مجله علمی پژوهان

دوره ۱۵، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵

مقاله پژوهشی

صفحات ۱۹ تا ۲۷

اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کیفیت زندگی زوجین ناسازگار

مریم رستمی[1*]، عباس ابوالقاسمی[2]، محمد نریمانی[3]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مشخصات مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۹

واژگان کلیدی

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی
کارکردهای روانشناختی
زوجین ناسازگار

نویسنده مسئول

مریم رستمی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
تلفن: ۰۹۳۸۵۳۵۴۴۸۸
ایمیل: m.maryamrostami@yahoo.com

چکیده

مقدمه: بهنجاری و نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده هاست. اغلب مداخله ها و روش های زوج درمانی درصدد افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین ناسازگار می باشند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی زوجین ناسازگار بود.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. از میان کلیه ی زوجین مراجعه کننده به بهزیستی شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ تعداد ۳۰ زوج که به صورت نمونهگیری در دسترس به طور تصادفی در دوگروه آزمایش ۱۵ زوج و گروه کنترل ۱۵ زوج گمارده شدند. آزمودنیهای گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله را دریافت کردند و آزمودنی های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. داده ها با مقیاس کیفیت زندگی SF-۳۶ جمع آوری گردید. داده های پژوهش با روش تحلیل کواریانس چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث بهبود کیفیت زندگی به طور کلی می شود ($P<۰/۰۰۱$). همچنین بین مؤلفه های عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، تحمل درد، سرزندگی و نشاط، محدودیت عاطفی و هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). اما اختلاف معناداری در مولفه های سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی وجود نداشت ($P>۰/۰۵$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها می توان نتیجه گیری کرد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، کیفیت زندگی زوجین را ارتقا می دهد .لذا تدوین برنامه های این گونه می تواند باعث افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی زوجین ناسازگار گردد.

مقدمه

بهنجاری و نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده هاست و هیچ یک از آسیب های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی آید[۱]. آنچه در ازدواج مهم است سازگاری زناشویی(Marital compatibility) و رضایت ازدواج می باشد. طبق نظر Greef و Malherbe در سال ۲۰۰۱ زوجین سازگار، زن و شوهرهایی هستند که از نوع روابط شان راضی اند، از نوع گذراندن اوقات فراغت رضایت دارند و وقت و مسائل مالی شان را به خوبی برنامه ریزی می کنند [۲]. تعارضات زناشویی نیز به عنوان شاخصی در تقابل با سازگاری زناشویی با دامنه گسترده ای از مسائل، اثر منفی بر کارکرد جنسی [۳]، بروز افسردگی در زوجین [۴]، افزایش انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش های فرهنگی در بین زوجین[۵]، افزایش احتمال طلاق [۶] و کاهش کیفیت زندگی همراه است[۷]. با توجه به آمارها میزان طلاق در سال ۱۳۸۹ نسبت به سال قبل ۷/۵ درصد افزایش داشته است و در تهران از هر چهار ازدواج، یک ازدواج به طلاق می انجامد[۸]. لذا ضرورت توجه و پرداختن به عوامل زیربنایی مشکلات زوجین ضروری است.روش ها و بسته های درمانی متعددی برای مسائل و مشکلات زوجین در دسترس قرار گرفته است[۹]،که هدف تمامی این رویکردها و روش ها بهبود روابط زوجین است[۱۰]. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی(Quality of life therapy) نمونه ای از این روش های مختلف است.کیفیت زندگی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.21859/psj-15013]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

مفهومی پویا ووسیع تر از سلامتی است. طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید ابعاد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در برگیرد. کیفیت زندگی یک سازه ی چند بعدی و پیچیده است و بر اساس ارزیابی بیمار از وضعیت خودش در حیطه های جسمانی، روان شناختی و اجتماعی تعیین می شود[۱۱-۱۳]. 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 جبنه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی بهزیستی است[۱۴]. 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 کردهاند. بر اساس آن رویکردهای مداخله ای متعددی را بر اساس روانشناسی مثبت(Positive psychology) بنا نهاده اند و معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان ازکمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی، بهزیستی و شادمانی بود[۱۵، ۱۶]. 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 (Action theory) میهالی (Mihalyi) با روان شناسی مثبت سلیگمن، توسط فریش(Frisch) طراحی شده است. گروهای 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[۱۷]. یکی از مفاهیم مهم در زمینه کیفیت زندگی و رویکرد روان شناسی مثبت، مفهوم کیفیت زندگی می باشد. نظریات متفاوتی در مورد مفهوم کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که تواماً چندین بعد از سلامتی سنجیده شود، می توان آن را کیفیت زندگی نامید. اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می گیرد و چند بعد دارد و از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می نمایند[۱۸،۱۹]. Rapley با پایبندی به دیدگاه ذهنی در مورد کیفیت زندگی ویژگی های کلیدی که به اعتقاد او در چند تعریف مورد پذیرش گسترده از کیفیت زندگی وجود دارد را خلاصه می کند. وی معتقد است:« همه ی این تعاریف تصریح می کنند که کیفیت زندگی برداشت روان شناختی شخص از واقعیت مادی جنبه های مختلف جهان است.» بنابراین چنین دیدگاهی به جای واقعیت عینی مستقل مربوط به وجود افراد، بر برداشت روان شناختی آن ها مبتنی است[۲۰]. با این وجود رویکرد روانشناسی مثبت و درمان های منتج از آن، به ابعاد مختلف زندگی، پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی تأکید می کند. رویکرد کیفیت زندگی درمانی، یکی از بهترین روش های درمانی برای افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی است. در این ارتباط Proulx و همکاران در سال ۲۰۰۷ به این نتیجه رسیدند که هر چه کیفیت زناشویی بالاتر باشد، بهزیستی روانشناختی نیز افزایش می یابد[۲۱]. Sin و (۲۰۰۹) Lyubomirsky به این نتیجه رسیدند که روان درمانی مثبت نگر در افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش نشانه های افسردگی بیماران موثر است[۲۲]. Mitchel و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی مقایسه ای بین روان درمانی مثبت نگر با روان درمانی مبتنی بر حل مسأله و گروه های دریافت کننده پلاسیبو، مشخص شد که روان درمانی مثبت نگر، میزان بهزیستی روانشناختی آزمودنی ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می دهد[۲۳]. Abedi و(۲۰۱۰)Vošťanis نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با رویکرد شناختی_رفتاری، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی را در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری_عملی و مادران آن ها را، بیشتر افزایش می دهد[۲۴]. با توجه به اهمیت روابط زوجین و افزایش میزان ناسازگاری ها 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 می رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی زوجین ناسازگار بود.

روش کار

در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی است با پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه ی زوجین مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ تشکیل داده بودند. نمونه این پژوهش شامل۳۰ زوج بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس زوجین داوطلب به صورت تصادفی به دو گروه زیر گمارده شدند: ۱۵ زوج برای گروه آزمایش و ۱۵ زوج برای گروه کنترل. ملاک های ورود نیز عبارت بودند از: وجود ناسازگاری زناشویی، عدم وجود سابقه ی بیماری روانی، گذشت حداقل دو سال از زمان ازدواج و تکمیل فرم رضایت نامه درمان؛ و ملاک های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه درمان.

بعد از انتخاب آزمودنی هایی که ملاک های شمول در مورد آن ها صدق می کرد، در مورد منطق درمان و هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و فرم رضایت نامه آگاهانه درمان توسط آن ها تکمیل گردید. همچنین به آن ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در این مطالعه برای جمع آوری داده ها از مقیاس کیفیت زندگی شامل ۳۶ سؤال در نه بعد است که شامل عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی و عملکرد اجتماعی است. نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت انجام شد که در دامنه صفر تا صد می تواند نوسان داشته باشد صفر نشان دهنده پایین ترین سطح و صد بالاترین سطح کیفیت زندگی است. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط، سایر مقیاس های گونه فارسی از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴۰ (دامنه ی تغییر ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). در آزمون تحلیل عاملی دو جزء اصلی به دست آمد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس های پرسشنامه ۳۶ -SF را توجیه می نمود. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است[۲۷].

در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونبخ برای هشت بعد در دامنه ای

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.21859/psj-15013]

بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ به دست آمد. در مرحله بعد پیش آزمون اجرا شد و سپس با آزمودنی های 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 (جدول۱). این طرح مداخله ای از پنج تکنیک اصلی در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده شد که در جدول زیر به آن اشاره شده است[۲۷]. در نهایت داده های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

۳۳/۳درصد (۱۰نفر) از آزمودنی های گروه آزمایش دارای سطح تحصیلی دیپلم، ۵۰ درصد (۱۵ نفر) فوق دیپلم، ۱۰ درصد (۳نفر) لیسانس و ۷/۶ درصد (۲ نفر) فوق لیسانس می باشند. اما در گروه گواه ۴۳/۳ درصد (۱۳نفر) دیپلم، ۳۳/۳درصد (۱۰ نفر) فوق دیپلم و ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) لیسانس بودند. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و (انحراف معیار) مولفه های کارکردهای روانشناختی گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمایش۴/۵۲± ۱۰۴ و در مرحله ی پس آزمون ۳/۵۴ ± ۱۴۰/۲۴ بود. میانگین و و انحراف معیار) مولفههای کیفیت زندگی گروه گواه نیز در مرحلهی پیشآزمون ۵/۸۹±۹۷/۸۹ و در مرحله ی پس آزمون ۷۷/۱۰۰۰±۸۵/۵ بود.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین (Levene) مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس ها در متغیرهای مورد بررسی در دو گروه تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنا دار نبود (P= ۰/۲۳۵، df ۲=۵۸ ،df ۱=۱ ،P=۱/۴۵) را نتیجه استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع شناخته شد. همچنین برای بررسی فرض همگنی واریانس ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنادار نیست و پیش فرض عدم تفاوت بین واریانس ها برقرار است (P=۰/ ۲۴، F=۱/۹۱، BOX=۱۴/۳). نتایج تحلیل کواریانس با کنترل نمرات پیش آزمون نشان داد که در کیفیت زندگی آزمودنی های دو گروه قبل از اجرای پژوهش رابطه ی معناداری نداشتند (P<۰/۰۵). با کنترل این رابطه ی غیر معنا دار و با توجه به ضریب Fمحاسبه شده، تفاوت می میان دو گروه از لحاظ آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱). توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش نمره کل کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله ی پس آزمون شده است. مجذور اتا یا ضریب تاثیر حاکی از آن است که مداخله ی مورد مطالعه باعث بهبود ۴۸ درصدی کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است (جدول۳). همچنین همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود بین میانگین مولفه های عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، تحمل درد، سرزندگی و نشاط، محدودیت عاطفی و هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش مولفه های فوق در مرحله ی پس آزمون در گروه آزمایش شده بود. اما اختلاف معناداری در مولفه های سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی بین دو گروه وجود نداشت (P<۰/۰۵).

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.21859/psj-15013]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

جدول ۱ جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی

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

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کارکردهای روانشناختی و ابعاد آن

گروه	آزمایش				گواه			
مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
مولفه های کیفیت زندگی	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
عملکرد جسمانی	۴/۱۸	۲۵/۰۶	۲/۷۹	۲۸/۸۰	۳/۹۸	۲۴/۹۰	۴/۳۰	۲۴/۵۳
محدودیت جسمی	۱/۵۸	۶/۳۳	۰/۵۳۰	۸/۸۳	۱/۹۲	۶/۴۳	۱/۷۳	۶/۲۳
سلامت عمومی	۱/۵۰	۱۶/۴۳	۱/۱۷	۱۶/۳۰	۱/۴۸	۱۶/۲۶	۱/۲۱	۱۶/۲۰
تحمل درد	۱/۹۲	۵/۷۳	۱/۳۴	۴/۱۰	۲/۲۲	۴/۵۰	۲/۱۱	۴/۴۶
سرزندگی و نشاط	۱/۰۸	۱۵/۲۶	۱/۳۵	۱۹/۳۶	۱/۴۳	۱۴/۷۰	۱/۳۳	۱۴/۸۶
محدودیت عاطفی و هیجانی	۱/۰۹	۳/۹۰	۰/۳۰	۶/۹۰	۱/۰۵	۴/۰۱	۱/۱۵	۴/۳۳
عملکرد اجتماعی	۱/۰۰	۵/۵۰	۰/۶۱	۵/۹۶	۰/۶۱	۵/۲۰	۰/۸۶۸	۵/۲۶
سلامت روانی	۷/۳۴	۲۲/۰۳	۱/۲۷	۲۲/۹۶	۱/۵۱	۲۱/۶۳	۱/۵۹	۲۰/۹۳
کل	۴/۵۲	۱۰۴/۰۰	۳/۵۴	۱۱۳/۵۰	۵/۸۹	۱۰۱/۸۰	۵/۸۵	۱۰۰/۷۷

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.21859/psj-15013]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات کارکردهای روانشناختی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	ETA
عملکرد جسمانی	۶۶/۱۵	۱	۶۶/۵۱	۹/۱۶	۰/۰۰۴	۰/۱۳۶
محدودیت جسمی	۴۳/۳۵	۱	۳۴/۵۳	۱۵/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۲۱۵
سلامت عمومی	۰/۰۶	۱	۰/۶۰	۰/۰۲	۰/۸۶۷	۰/۰۰۰
تحمل درد	۱۰۱/۴۰	۱	۱۰۱/۰۴	۱۱/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۲۷۹
سرزندگی و نشاط	۶۰/۰۰	۱	۰۶/۰۰	۱۳/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۱۹۳
محدودیت عاطفی و هیجانی	۵۸/۰۱	۱	۸۵/۱۰	۲۹/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸۰
عملکرد اجتماعی	۲/۴۰	۱	۲/۰۴	۲/۷۱	۰/۱۰۵	۰/۰۴۵
سلامت روانی	۴۰/۰۱	۱	۰۴/۱۰	۱/۳۶	۰/۲۴۷	۰/۰۲۳
نمره کل قیاس	۹۴۴/۷۱۶	۱	۹۴۴/۷۱۶	۵۱/۸۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷۶

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کارکردهای روانشناختی زوجین ناسازگار بود. نتایج پژوهش نشان داد که این درمان باعث افزایش کارکردهای روانشناختی زوجین ناسازگار در مرحله پس آزمون شده است. این نتایج با یافته های پژوهشهای پاداش و همکاران در سال ۱۳۹۰ [۲۵] که نشان دادند کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی زنان و مردان متاهل موثر است و قاسمی و همکاران [۲۶] که به این نتیجه رسیدند روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شاخص های سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می دهد، همسو است. همچنین با یافته های پژوهش پاداش و همکاران [۲۸] که نشان دادند کیفیت زندگی درمانی بر رضایت زناشویی زنان و مردان متاهل موثر است و با یافته های پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند روان-درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شاخص های بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار را ارتقا می دهد، همسو می باشد[۲۹]. نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در زندگی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته های پژوهش های دیگر قرار دارد[۲۹, ۲۸, ۲۶, ۲۵] . درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تاکید 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 می شود تا به عنوان افرادی باشند که احساسات مبتنی بر همدلی و عاطفه نسبت به دیگران از خود نشان می دهند و همچنین قادر به برقراری روابط عمیق تر با دیگران هستند، و بدین طریق توانایی درک همسر و برقراری روابط عمیق را به هریک از زوجین می دهد و توانایی همدلی و افشای احساسات را به هریک از آنها می دهد.

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش کارکرد نقش جسمی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته های پژوهش های دیگر قرار دارد[۲۵-۲۸]. با بهبود و افزایش کارکرد نقش جسمی در واقع توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود، پرورش و بدست آوردن توانایی های جدید برای روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات میسر می شود، زیرا رویارویی با این شرایط باعث میشود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز توانایی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.21859/psj-15013]

های جدید بدست آورد.

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش کارکرد نقش هیجانی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته های پژوهش های دیگرقرار دارد[۲۸ ,۲۷]. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تاکید بر جنبه های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد، موجب به وجود آمدن ایده هایی میشود که نشان دهنده توانایی کنترل هیجانات در زندگی است و این حس و فرض را در افراد تقویت می کند که زندگی برای افراد قابل کنترل است، و بدین طریق زوجین را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت میکند درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با توجه به ذهنی بودن به افراد می آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت می باشد و نه شخص جایگزین، و بدین طریق به زوجین می آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود و پرورش و بدست آوردن توانایی های جدید داشته باشند، زیرا رویارویی با این شرایط باعث می شود توانایی زوجین در حل مشکلات افزایش یابد. نتایج نشان دادکه روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش تحمل درد زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته های پژوهش های دیگرقرار دارد[۲۹ ,۲۶] 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 تعیین کننده بهزیستی فرد است و به این طریق توانایی تحمل درد را در زوجین افزایش میدهد و بدین طریق آنها در مدیریت محیط اطراف خود، کنترل بر مجموعه پیچیده ای از فعالیت های بیرونی و استفاده مؤثر و کارآمد از فرصت های به وجود آمده، توانمند می کند و چنین توانایی و مهارتی موجب می گردد تا هریک از زوجین هنگام مواجهه با شرایط مشکل آفرین بتوانند بر محیط کنترل داشته باشند و با در نظر گرفتن کلیه ی جوانب به واکنش و عمل بپردازند. لذا مشارکت فعال افراد در تسلط بر محیط، یک عنصر مهم و با اهمیت انعکاس کنش روانشناختی مثبت محسوب می شود[۳۰].

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش و بهبود عملکرد جسمانی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته های پژوهش های دیگرقرار دارد[۲۵-۲۸]. بعد جسمی به دریافت فرد از توانایی هایش در انجام امور و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، اشاره می کند و میتواند در بر دارنده ی مقیاسهایی چون تحرک، توان و انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان کاری باشد. با توجه به اینکه عملکرد جسمانی یکی از ۵ بعد اصلی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است[۲۷]. با توجه به اینکه سازه ی کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی(کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهزیستی درونی) است و عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت ها و روابط بین فردی متمرکز (۲۰۰۴) افزایش عملکرد جسمانیLambert & Naberهستند[۳۱].

موجب افزایش توانایی فرد رد برقراری ارتباط با دیگران و افزایش سطح سازگاری با شرایط مختلف در جامعه است[۳۲].

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 رویکردهای درمانی جدید، و عدم وجود دوره های پیگیری از محدودیتهای 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 ترمورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد میگردد که از این پژوهش برای بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین در مراکز درمانی استفاده شود.

نتیجه گیری

بر اساس یافته ها این پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، کیفیت زندگی کلی و بسیاری از مولفه های آن را زوجین را ارتقا می دهد .لذا توجه و تدوین برنامه های این گونه می تواند باعث افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی زوجین ناسازگار گردد و باعث پیشگیری از بسیاری مشکلات در خانواده ها گردد

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری فرمودند، نهایت تشکر و قدردانی می شود

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.21859/psj-15013]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

REFERENCES

1. Hamidi F, Afrooz G, Kiamanesh A, Rasoolzadeh K. Review the effectiveness of family therapy and family structure of runaways and supportive therapy change. Journal of Psychology. 2004;30(8):114-127. (Persian)
2. Greeff AP, Malherbe HL. Intimacy and marital satisfaction in spouses. Journal of Sex & Marital Therapy. 2001;27(3):247-257.
3. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction part II: Diagnosis, management, and prognosis. Journal of American Board of Family Practice. 1992;5(2):177–192.
4. Emery RE, Weintraub S, Neale JM. Effects of marital discord on the school behavior of children of schizo phrenic, affectively disordered, & normal parents. Journal of Abnormal Child Psychology. 1995;(10):215– 225.
5. Kerig P, Cowan P, Cowan C. Marital quality and gender differences in parent-child interaction. Journal of Developmental Psychology. 1996;(29):931-939.
6. Kayser K. The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. American Journal of Family Therapy. 2000;(24):68-80
7. Primomo J, Yates BC, Woods NF. Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types of adjustment. Journal of Research Nursing and Health. 1990;13(3):153–161.
8. Health's Information Center. 2010. Avaible from: www. Salamatiran.com /NSite/Information /Information.
9. Gurman AS. Clinical handbook of couple therapy. New York:The Guilford Press;2009.
10. Oltmanns TF, Emery RE. Abnormal Psychology. Pearson Publication. USA; 2012.
11. McAlindon NM, Oei TP. Validation of the quality of life inventory for patient with anxiety and depression. Journal of Comprehensive Psychiatry. 2006;47(4):307-314.
12. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. Basic and Clinical Neuroscience. 2013;4(2):11-18.
13. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G, et al. The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. Basic and Clinical Neuroscience. 2013;4(1):24-30.
14. Ryff CD, Singer BH. The contours of positive human health. Journal of Psychological Inquiry. 1998;9(1):1-28.
15. Duckworth A, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. Annual Review of Clinical Psychology. 2005;27(1):629-51.
16. Joseph S, Lindley AP. Positive therapy: A metatheory for psychological practice. New York:Rutledge Press;2006.
17. Frisch MB. Quality of life therapy, applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey:John Wiley & Sons;2006.
18. Hogerty MR, Cummins RA, Ferriss AL. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. Social Indicator Research. 2001;55(1):1-96.
19. Commins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of International Disability Research. 2005;49(10):699-706.
20. Rapley M. Quality of life research: A critical introduction. London:Sage Publications;2003.
21. Proulx CM, Helms HM, Buehler C. Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. Journal of Marriage and Family. 2007;69(3):576-593.
22. Sin N, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice- friendly meta-analysis. Journal of Clinical Psychology. 2009;65(5):467-487.
23. Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick DA. Randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting wellbeing. Journal of Computers in Human Behavior. 2009;25(3):749-760.
24. Abedi MR, Vostanis PE. Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorder in Iran. Journal of European Child and Adolescent Psychiatry. 2010;19(7):605–613.
25. Padash Z, Fatehizade M, Abedi M. The effectiveness of psychotherapy based on the quality of life for the happiness of the spouses. Journal of Psychology and Family Counseling. 2010;1(1):115-130. (Persian)
26. Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiee M. The effectiveness of psychotherapy based on the quality of life on subjective well-being and mental health. Journal of Clinical Psychology. 2010;3(2):23-34.
27. Montazeri A, Gashtasbi A, VahdaniNia M. Translation, reliability and validity of Persian standard questionnaire SF-36. Quarterly Monitoring. 2005;5(1):49- 56. (Persian)
28. Padash Z, Fatehizade M, Abedi M, Izadikhah Z. The Effectiveness of psychotherapy based on the quality of life on marital satisfaction. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2011;10(5):363-372. (Persian)
29. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. Effec-

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.21859/psj-15013]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

tiveness of psychotherapy based on the quality of life, psychological well-being discordant couples. Journal of Counseling and Psychotherapy family. 2012;3(1):105- 123. (Persian)
30. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Haghparast A, Ghaleiha A. Quality of life in patients with chronic pain disorders: Determination the role of intensity and duration of pain. Koomesh. 2016;17 (4):836 843.(Persian)
31. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee S, Moghimi De Dehkordi B. Quality of life and its influencing factors in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology. 2007:3(3):61-66. (Persian)
32. Shayan A, Masoumi S Z, Yazdi-Ravandi S, Zarenezhad M. Factors affecting spouse abuse in women referred to the Shiraz legal medicine center in 2013. Pajouhan Scientific Journal. 2015;14(1):39-48. (Persian)
33. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. CNS Drugs. 2004;18(2):5-17.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.21859/psj-15013]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

Pajouhan scientific journal Vol 15, No 1, Autumn 2016

Research Article pages 19 to 27

The effectiveness of quality of life therapy on quality of life in maladjustment couples

Maryam Rostami[1] Abbas Abolghasemi[2] Mohammad Narimani[3]

1. MA in Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardebil, Iran
2. Professor of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Guilan University, Rasht, Iran
3. Professor of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University Ardebil, Iran

Art. details

Received: 4 Jun. 2016

Accepted: 24 May. 2016

keywords

Quality of life therapy
Psychological functions
Maladjustment couples

Corresponding author

Maryam Rostami, MA in Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardebil, Iran

Tel: +989385354488

E-mail:M.maryamrostami@Yahoo.com

Citation

Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. [The effectiveness of quality of life therapy on quality of life in maladjustment couples]. Pajouhan Scientific Journal; 2016;15(1): 19-27

Abstract

Introduction: Normal and abnormal of each society depends on general conditions of the families. Most of interventions and couple therapy methods seek to enhance the marital satisfaction and quality of life in incompatible couples. The purpose of this study was to indicate the effectiveness of therapy based on improving quality of life in incompatible couples.

Methods: This was a quasi-experimental pre-test/post-test design with a control group. Of all subjects, referred to the welfare institution of Shiraz in 2011, thirty couples were divided by random sampling into experimental and control groups (each including fifteen couples). Subjects of experimental group received 8 sessions of intervention. Meanwhile, the subjects of control group were placed in waiting list. The data was collected by SF-36 quality of life scale. Data analysis, moreover, was done through multivariate covariance using SPSS-16.

Results: Results of covariance analysis showed that quality of life therapy improves the quality of life in general ($P<0.001$). Also, there was a significant difference for physical functioning, physical limitation, pain tolerance, vitality and emotional and social limitation indices between two groups ($P<0.001$). However, no significant discrepancy was seen for general health, social role functioning and mental health ($P>0.05$).

Conclusion: According to these results, it can be concluded that therapy based on improving the quality of life enhances the life quality of these couples. Therefore, designing such programs can elevate the well being and quality of life in incompatible couples.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.21859/psj-15013]

© 2017 Pajouhan Scientific Journal. All right reserved