

## بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر بهبود ابعاد عشق (تعهد، صمیمیت و میل) زنان متأهل

ماه منیر چیت ساز اصفهانی<sup>۱</sup>

زهرا یوسفی<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش بهبود کیفیت زندگی بر افزایش تعهد و میل و اشتیاق و صمیمیت زناشویی صورت گرفته است. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از کلیه زنان متأهل شهر اصفهان. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر داوطلب بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار بود، گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بسته-ی آموزشی را دریافت کردند. ابزار پژوهش مقیاس مثلث عشق استرنبرگ (استرنبرگ، ۱۹۹۷) بود. هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در معرض ارزیابی قرار گرفتند. به منظور بررسی و تجزیه تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (کواریانس چند متغیری) استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد در گروه آزمایش پس از ارائه بسته‌ی آموزشی کیفیت زندگی درمانی، تعهد به طور معناداری تغییر نکرده است اما میل و صمیمیت زناشویی به طور معنادار افزایش یافته است. طبق یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت آموزش بهبود کیفیت زندگی روش مناسبی برای افزایش میل و صمیمیت زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان بوده است.

**واژه‌گان کلیدی:** تعهد، میل، صمیمیت زناشویی، آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی.

m.chitsaz8@gmail.com

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد ارسنجان (شیراز)، ایران

۲- دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران (نویسنده

Dr.yousefi.zahra@gmail.com

مسئول)

## مقدمه

خانواده این واحد به ظاهر کوچک اجتماعی، از ارکان عمده و از نهادهای اصلی هر جامعه به شمار می‌رود. خانواده کانونی است که باید فشارهای روانی وارد شده به اعضای خود را تخفیف داده و راه رشد و شکوفایی آنها را هموار کند. اگر خانواده محیط سالم و سازنده‌ای برای اعضای خود باشد و نیازهای جسمانی و روانی آنها را برآورده سازد، بی‌شک نیاز آنها به نهادهای درمانی خارج از خانواده کاهش خواهد یافت.

مطالعات و تجارب بالینی نیز نشان می‌دهد که ریشه بسیاری از مشکلات زناشویی فقدان صمیمیت و مشکلات ارتباطی بین زوج هاست. استرنبرگ (۲۰۰۷) معتقد است عشق زوجین به یکدیگر می‌تواند حاوی سه بعد باشد: صمیمیت، تعهد و میل. بعد صمیمیت مستلزم ارتباط و درک متقابل است در صمیمیت زوجین به رفاه و آسایش یکدیگر اهمیت می‌دهند، احساس‌های همدیگر را درک کرده و به آن احترام می‌گذارند و اعتماد دارند که به هنگام نیازمندی می‌توانند روی یکدیگر حساب کنند. میل یا کشش با معاشقه و برانگیختگی جنسی همراه است و با نیاز جنسی و ارضای آن رابطه دارد ولی تنها به آن محدود نشده بلکه نیازهای شبیه پیوندجویی، سلطه‌گری و عزت‌نفس نیز ممکن است در آن دخیل باشد. تعهد جنبه‌ی شناختی مدل مثلث صمیمیت است در این بعد به شناخت اولیه‌ی عشاق اهمیت داده می‌شود به نظر می‌رسد که جهت فعال‌نگه داشتن صمیمیت و میل برای مدت طولانی نیاز به تعهد است (رفیعی‌نیا و اصغری، ۱۳۸۵). ترکیبات مختلف هر یک از این سه بعد می‌تواند اشکال مختلفی از عشق را به شرح زیر به وجود آورد:

الف. دوست داشتن: یعنی صمیمیت بدون شهوت و تعهد. مثل روابط دوستی در بین دوستان و رفقا. ب. شیفتگی<sup>۱</sup>: یعنی شهوت و میل بدون صمیمیت و تعهد. در این نوع از صمیمیت و تعهد روابط از همان ابتدا بر اساس ارضای نیازهای جنسی بنا نهاده شده است. ج. تعهد پوچ<sup>۲</sup>: یعنی تعهد بدون صمیمیت و شهوت. این نوع رابطه بین دو نفری یافت می شود که زندگی مشترکشان صرفاً به خاطر اینکه سرپناهی داشته باشند و یا به خاطر بچه ها دوام می یابد. د. صمیمیت و میل بدون تعهد: یعنی شهوت و صمیمیت بدون تعهد. صمیمیت و میل بدون تعهد که در آن هیچکدام از طرف رابطه نمی خواهند یا قادر نیستند که نسبت به هم تعهد داشته باشند. هر دو به این امر واقفند که ممکن است رابطه شان به طور ناگهانی قطع شود اما در صورت ادامه داشتن آن را غنیمت می شمرند. ه. صمیمیت و تعهد همسری بدون میل و شهوت: صمیمیت و تعهد همسری حکایت از زوج هایی دارد که برای سالیان دراز در کنار هم به خوبی و خوشی زندگی کرده اند و در روابط آنها تمایلات جنسی در دراز مدت حالت خسته کننده و کسل کننده شده ولی در عین حال متوقف نشده است. و. صمیمیت، میل و شهوت و تعهد کامل<sup>۳</sup>: یعنی هر سه بعد میل، صمیمیت و تعهد در کنار هم حضور دارد (راس، ترجمه جمالفر، ۱۳۸۳؛ رفیعی نیا و اصغری، ۱۳۸۵).

به هر حال صمیمیت فقط یک آرزو یا تعامل نیست بلکه نیاز اساسی و واقعی انسان است. از این رو، عدم ارضای آن می تواند موجب افزایش تعارضات، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی گردد. صمیمیت به طور کلی به عنوان بخش

1. Intuition

2. Romantic Love

3. Commitment Love

ضروری از یک رابطه در نظر گرفته می‌شود به نظر می‌رسد صمیمیت می‌تواند به افزایش تعهد زوجین نسبت به یکدیگر منجر گردد و همچنین افزایش تعهد می‌تواند صمیمیت را ارتقا دهد (باگاروزی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

تعهد به روابط زناشویی حیات می‌بخشد. چنانچه هر کدام از همسران به خاطر رهایی و فرار از تعهد ازدواج، انتخاب طلاق را بپذیرند، ازدواج دچار مخاطره می‌شود. تعهد زمینه‌ای را ایجاد می‌کند که زوجین بتوانند زمانی را برای تلاش در رفع مشکلات خانوادگی اختصاص دهند. بعد تعهد به روابط زناشویی حیات می‌بخشد (استرنبرگ، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بر خورداری از صمیمیت در بین زوج‌ها، از جمله عوامل مهم در ایجاد ازدواج‌های پایدار است. و از سوی دیگر، اجتناب از برقراری روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی می‌شود (گریفی و مالهربی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱)

تا کنون روش‌های گوناگونی برای افزایش تعهد و شور و اشتیاق و صمیمیت انجام شده است از جمله: (۱) زناشویی درمانی رفتاری، (۲) زناشویی درمانی شناختی، (۳) زناشویی درمانی شناختی-رفتاری، (۴) زناشویی درمانی عقلانی-هیجانی، (۵) زناشویی درمانی بینش مدار، (۶) زناشویی درمانی هیجان محور، (۷) رویکردهای تلفیقی، (۸) درمان زناشویی روان تحلیلی، (۹) زوج درمانی ارتباط شیء (کار، ۲۰۰۰). یکی از روش‌های جدید کیفیت زندگی درمانی<sup>۳</sup> است به نظر می‌رسد این روش نیز می‌تواند بر ابعاد عشق بین زوجین موثر باشد.

1. Bagarozzi

2. Greefe & Malherbe

3. Quality of Life Therapy

فریش (۲۰۰۶) با ترکیب رویکرد شناختی-رفتاری آرون تی بک و روانشناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه «درمان مبتنی بر کیفیت زندگی» را در ۱۶ حیطه برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ارائه کرده است که عبارتند از: ۱) بهداشت و سلامت جسمانی (۲) عزت نفس (۳) اهداف و ارزش‌ها (۴) پول و مادیات (۵) کار (۶) بازی (۷) یادگیری (۸) خلاقیت (۹) کمک به دیگران (۱۰) عشق (۱۱) دوستان (۱۲) فرزندان (۱۳) خویشاوندان (۱۴) خانه و همسایه (۱۵) جامعه و ۱۶) همسر (فریش، ۲۰۰۶؛ ترجمه خمسه، ۱۳۹۰).

کیفیت زندگی درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعین در شناسایی، دنبال کردن و برآورده کردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و بارز زندگی آموزش داده می‌شود. در واقع کیفیت زندگی درمانی از افزایش خود مراقبتی و غنای درونی تشکیل شده است. فریش (۲۰۰۶) معتقد است که این درمان مانند روان درمانی‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان‌ها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که هدف اصلی آن ایجاد بهزیستی ذهنی<sup>۱</sup> و رضایت از زندگی براساس یک الگوی پنج راهه است که (CASIO) این موارد را در بر می‌گیرد: ۱) اصلاح شرایط زندگی<sup>۲</sup>، ۲) نگرش‌ها<sup>۳</sup>، ۳) اصلاح استانداردهایی که هرکس برای خود تعریف می‌کند<sup>۴</sup>، ۴) ارزش‌ها<sup>۵</sup> و ۵) رضایت از زندگی<sup>۶</sup>.

1. Subjective

2. Crumstance

3. Attitude

4. Standared

5. Importance

6. Overall Satisfaction

همانگونه که اشاره شد تا کنون پژوهش‌های گوناگونی به ابعاد عشق در زوجین پرداخته‌اند از جمله: فیروزی و غفاری (۱۳۹۳) زوج درمانی بر بهبود صمیمیت؛ قاسمی آرگنه، اعتمادی، احمدی (۱۳۹۴) از طریق آموزش غنی سازی روابط زناشویی موفق شدند صمیمیت را افزایش دهند؛ اعتمادی، امین جعفری و شاه سیاه (۱۳۹۳) از طریق ارتباط درمانی صمیمیت را بهبود بخشیدند. رضایی، احمدی، اعتمادی، حسین آبادی (۱۳۹۰) از طریق آموزش زوج درمانی اسلام محور در زوج‌ها موفق شدند تعهد شخصی-اخلاقی و ساختاری زوجین را افزایش دهند؛ زارع پور، حجاری و خدایاری فرد (۱۳۸۸) از طریق آموزش مهارت حل مسئله در بین زوج‌ها صمیمیت کلی و عقلانی و روانشناختی و فیزیکی افزایش دادند؛ عباسی، فاتحی زاده و قمرانی (۱۳۹۲) اثربخشی زوج درمانی گلاسر را بر تعهد اخلاقی زوجین را بررسی کردند. امانی (۱۳۹۴) اثربخشی واقعیت درمانی را بر بهبود تعهد زناشویی نشان داد.

پژوهش‌هایی نیز اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر سازه‌های گوناگون روان شناختی بررسی کرده‌اند از جمله: پاداش، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۹۰) بر شادکامی همسران نشان دادند. امامی، عابدی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱) تعارضات کار خانواده را کاهش دادند. قاسمی، کجباف و ربیعی (۱۳۹۰) اثر آن را بر بهبود بهزیستی روانی و سلامت روان نشان دادند. پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی و ایزدی خواه (۱۳۹۱) رضایت زناشویی و جهت‌گیری مذهبی را افزایش دادند.

با توجه به این مهم که تعارضات زناشویی، صمیمیت، شور و اشتیاق و تعهد از سازه‌های مهم خانوادگی محسوب می‌شوند که همواره دغدغه‌ی بهبود آن مدنظر پژوهشگران است و با توجه به اینکه به نظر می‌رسد سازوکارهای حاکم بر کیفیت زندگی درمانی می‌تواند

بر ابعاد فکری، هیجانی و رفتاری افراد مؤثر باشد و با بهبود سلامت روان افراد بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش تعهد، میل و صمیمیت زوجین مؤثر واقع گردد. با استفاده از نتایج این پژوهش می توان چارچوب‌های آموزشی و درمانی برای افزایش صمیمیت، تعهد و میل اشتیاق زناشویی فراهم کرد. از این رو پژوهش حاضر بر آن بود تا اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی را بر تعارضات زناشویی، صمیمیت، میل و تعهد بررسی کند.

### **روش پژوهش**

با توجه به اینکه این پژوهش، به بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر افزایش صمیمیت، میل و تعهد زناشویی پرداخت، بنابراین آزمایشی و با توجه به نحوه انتخاب نمونه از نوع نیمه آزمایشی بود. طرح پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود.

### **جامعه آماری**

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمام زنان متأهل شهر اصفهان در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود.

### **نمونه و روش نمونه گیری**

به منظور انجام پژوهش ابتدا منطقه اصفهانک شهر اصفهان به طور تصادفی انتخاب شد و تبلیغات آموزش گروهی انجام شد سپس از بین افراد ثبت نام کننده ۴۰ نفر که ملاکهای ورود و خروج مطالعه را داشتند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به شکل تصادفی توزیع شدند.

## ملاک‌های ورود و خروج نمونه

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- متأهل بودن: (به نحوی که حداقل یک سال از آغاز زندگی مشترک آنها گذشته باشد)؛ ۲- محدوده سنی ۱۹ تا ۵۰ سال، ۳- توانایی شرکت در جلسات؛ ۴- داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی؛ ۵- توانایی جسمانی و روانی لازم (که از طریق مصاحبه کوتاه توسط محقق بررسی شد) و ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱- شرکت در یک دوره‌ی آموزشی دیگر به طور همزمان؛ ۲- ابتلا به یک اختلالات حاد جنسی و روانشناختی؛ ۳- عدم حضور در بیش از یک جلسه؛ ۴- دیرکردهای مکرر در جلسات؛ ۵- عدم توجه به مطالب مربوطه و ایجاد بی‌نظمی در جریان جلسات.

## ابزار جمع‌آوری داده‌ها

### مقیاس مثلث عشق استرنبرگ

این پرسشنامه توسط رابرت. جی. استرنبرگ (۱۹۹۷) بر این اساس تهیه شده است که عشق از سه عنصر صمیمیت، میل و تعهد تشکیل می‌شود. بنابراین در این مقیاس سه نتیجه متفاوت حاصل می‌شود. ۱۵ ماده اول صمیمیت، ۱۵ ماده بعدی میل و ۱۵ ماده آخر تعهد را منعکس می‌کند. برای این کار افراد بایستی روی یک مقیاس ۹ درجه‌ای از (۱) کاملاً مخالفم، (۵) به طور متوسط و (۹) کاملاً موافقم وضعیت خود را در آن ماده از پرسشنامه مشخص کنند. اعدادی را که در جلو هر گروه ۱۵ جمله‌ای گذاشته شده جمع می‌شود تا سطح فرد در سه عنصر عشق معلوم شود. در پژوهش حاضر همسانی درونی پرسشنامه



مجدداً بررسی شد و برای صمیمیت ( $\alpha=0/66$ ) برای میل و شهوت ( $\alpha=0/77$ ) و برای تعهد ( $\alpha=0/92$ ) محاسبه شد.

### روش انجام پژوهش

در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشت گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش و یک جلسه پیگیری برای آموزش کیفیت زندگی درمانی را دریافت کردند. جلسات آموزشی به صورت هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه بودند. در هر جلسه، هم در حین جلسه و هم در فواصل بین جلسات بعدی، به افراد تکالیفی ارائه شد.

### نتایج پژوهش

فرضیه پژوهش: کیفیت زندگی درمانی بر افزایش صمیمیت، شور و اشتیاق و تعهد زناشویی تاثیر معناداری دارد. به منظور بررسی این فرضیه و کنترل نمرات پیش آزمون از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد صمیمیت، میل و شهوت و تعهد زناشویی را بر حسب گروه نشان می‌دهد.

**جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد تعهد، میل و شهوت و صمیمیت زناشویی**

**بر اساس گروه آزمایش و کنترل**

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
صمیمیت	گروه آزمایش	پیش آزمون	۴۸/۰۰	۳/۰۸	۲۰
		پس آزمون	۶۵/۰۵	۱۰/۴۰	۲۰
	گروه کنترل	پیش آزمون	۴۶/۷۵	۲/۸۲	۲۰
		پس آزمون	۴۹/۸۵	۳/۳۱	۲۰

میل	گروه آزمایش	پیش آزمون	۴۰/۰۰	۳/۸۲	۲۰
		پس آزمون	۶۴/۰۰	۹/۴۰	۲۰
میل	گروه کنترل	پیش آزمون	۳۹/۸۵	۱/۹۲	۲۰
		پس آزمون	۴۴/۱۰	۳/۴۶	۲۰
تعهد	گروه آزمایش	پیش آزمون	۸۵/۰۰	۳/۹۰	۲۰
		پس آزمون	۶۵/۵۰	۱۶/۸۳	۲۰
	گروه کنترل	پیش آزمون	۵۲/۶۵	۴/۹۲	۲۰
		پس آزمون	۵۵/۷۰	۴/۱۱	۲۰

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین تعهد گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است. و میانگین صمیمیت و میل گروه آزمایش نسبت به پس آزمون افزایش پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین صمیمیت، میل و تعهد زناشویی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن صمیمیت، میل و تعهد زناشویی از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این تحلیل‌ها در جدول (۲) و (۳) آمده است.

#### جدول (۲): نتیجه آزمون شاپیرو ویلک به منظور بررسی نرمال بودن نمرات

##### صمیمیت، میل و تعهد زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	گروه	آزمون شاپیرو ویلک	Df	معناداری
صمیمیت	آزمایش	۰/۸۵۹	۲۰	۰/۰۷۸
	کنترل	۰/۸۴۵	۲۰	۰/۰۷۴
میل	آزمایش	۰/۹۲۳	۲۰	۰/۱۱۴
	کنترل	۰/۹۳۲	۲۰	۰/۱۷۲

۰/۰۵۱	۲۰	۰/۵۶۶	آزمایش	تعهد
۰/۱۲۵	۲۰	۰/۹۲۵	کنترل	

نتایج آزمون شاپیروویلک در جدول (۳) نشان می‌دهد که صمیمیت، میل و تعهد زناشویی نرمال است.

این پیش فرض استفاده از آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است. به منظور بررسی برابری واریانس‌های متغیرهای صمیمیت، میل و شهوت و تعهد زناشویی از آزمون لوین استفاده شد. جدول ۳ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

جدول (۳): نتیجه آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس نمرات صمیمیت، میل و

#### شهوت و تعهد زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

معناداری	df <sub>2</sub>	df <sub>1</sub>	F	منبع تغییرات
۰/۰۶۱	۳۸	۱	۷/۱۱۸	صمیمیت
۰/۰۶۴	۳۸	۱	۹/۴۳۴	میل
۰/۰۸۲	۳۸	۱	۵/۲۱۶	تعهد

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت کواریانس‌های صمیمیت، میل و تعهد زناشویی گروه‌ها با هم تفاوت معنادار ندارند و این پیش فرض استفاده از آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است.

به منظور بررسی برابری کواریانس‌ها صمیمیت، میل و تعهد زناشویی در دو گروه از آزمون باکس استفاده شد.

جدول (۴): نتیجه آزمون باکس به منظور بررسی برابری کواریانس صمیمیت، میل و

#### تعهد زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

معناداری	df <sub>2</sub>	df <sub>1</sub>	F	آزمون باکس
۰/۰۵۷	۴۵۵۹/۹۱	۷۸	۳/۲۲۳	۳۸۳/۲۶۲

جدول ۴ برای آزمون باکس نشان می‌دهد که تفاوت کواریانس‌های صمیمیت، میل و تعهد زناشویی در دو گروه غیرمعنادار است. با توجه به تایید پیش فرض‌ها به منظور مقایسه دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری را نشان می‌دهد.

**جدول (۵): نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری به منظور مقایسه صمیمیت، میل و تعهد زناشویی بر حسب گروه پیش آزمون**

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
مدل اصلاح شده	صمیمیت	۲۶۴۱/۵۲۳	۱۳	۲۰۳/۱۹۴	۲/۷۳۱	۰/۰۱۴	۰/۵۷۷	۰/۹۲۵
	میل	۴۴۶۰/۱۸۶	۱۳	۳۴۳/۰۹۱	۶/۳۳۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۰	۱/۰۰
	تعهد	۳۴۴۹/۸۳۴	۱۳	۲۶۵/۳۷۲	۲/۱۴۳	۰/۰۴۸	۰/۵۱۷	۰/۸۳۲
پیش آزمون	صمیمیت	۱۷/۶۹۶	۱	۱۷/۶۹۶	۰/۲۳۸	۰/۶۳۰	۰/۰۰۹	۰/۰۷۶
	میل	۸۳/۳۶۶	۱	۸۳/۳۶۶	۱/۵۴۰	۰/۲۲۶	۰/۰۵۶	۰/۲۲۳
	تعهد	۱۴۶/۳۵۵	۱	۱۴۶/۳۵۵	۱/۱۸۲	۰/۲۸۷	۰/۰۴۳	۰/۱۸۲
گروه	صمیمیت	۸۰۹/۴۷۳	۱	۸۰۹/۴۷۳	۱۰/۸۸۰	۰/۰۰۳	۰/۲۹۵	۰/۸۸۸
	میل	۱۸۷۳/۷۰۱	۱	۱۸۷۳/۷۰۱	۳۴/۶۰۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱	۱/۰۰
	تعهد	۳۰۷/۷۱۹	۱	۳۰۷/۷۱۹	۲/۴۸۵	۰/۱۲۷	۰/۰۸۷	۰/۳۳۰
خطا	صمیمیت	۱۹۳۴/۳۷۷	۳۶	۷۴/۳۹۹				
	میل	۱۴۰۷/۷۱۴	۳۶	۵۴/۱۴۳				
	تعهد	۳۲۱۹/۷۶۶	۳۶	۱۲۳/۸۳۷				

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین دو گروه در صمیمیت و میل زناشویی معنادار است و تفاوت میانگین دو گروه در تعهد زناشویی غیر معنادار است، توان آماری صمیمیت و میل معادل  $1/00$  نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. توان آماری تعهد کمتر از حد نصاب  $0/8$  (معادل  $0/33$ ) است و اندازه اثر پایین نشان دهنده آن است که برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر نیاز به حجم نمونه بیشتری است. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که کیفیت زندگی درمانی  $29/5\%$  از تغییرات صمیمیت و  $57/1\%$  از تغییرات میل را تبیین می‌کند. به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفته شود که کیفیت زندگی درمانی بر افزایش صمیمیت و میل و شهوت زناشویی تأثیر دارد. توان آزمون به جز بخش تعهد برای همه‌ی متغیرها وابسته بالای  $0/8$  است که نشانه کفایت حجم نمونه است.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر بهبود ابعاد عشق بود. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که این روش بر صمیمیت میل تأثیر معنادار دارد ولی بر تعهد اثر ندارد.

یافته‌های این پژوهش در زمینه اثر بخشی کیفیت زندگی درمانی بر صمیمیت و میل با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در زمینه اثر بخشی سایر روشهای درمانی همسو است از جمله فیروزی و غفاری (۱۳۹۳) زوج درمانی بر بهبود صمیمیت؛ قاسمی آرگنه، اعتمادی، احمدی (۱۳۹۴) از طریق آموزش غنی‌سازی روابط زناشویی موفق شدند صمیمیت را افزایش دهند؛ اعتمادی، امین جعفری و شاه سیاه (۱۳۹۳) از طریق ارتباط درمانی صمیمیت

را بهبود بخشیدند. رضایی، احمدی، اعتمادی، حسین آبادی (۱۳۹۰) از طریق آموزش زوج درمانی اسلام محور در زوج‌ها موفق شدند تعهد شخصی-اخلاقی و ساختاری زوجین را افزایش دهند؛ زارع پور، حجاری و خدایاری فرد (۱۳۸۸) از طریق آموزش مهارت حل مسئله در بین زوج‌ها صمیمیت کلی و عقلانی و روانشناختی و فیزیکی افزایش دادند؛

همچنین نتایج این پژوهش در زمینه اثربخش کیفیت زندگی درمانی بر سایر سازه‌ها روانشناختی با سایر پژوهش‌ها هماهنگ است از جمله با پاداش، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۹۰) بر شادکامی همسران نشان دادند. امامی، عابدی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱) تعارضات کار خانواده را کاهش دادند. قاسمی، کجاف و ربیعی (۱۳۹۰) اثر آن را بر بهبود بهزیتی روانی و سلامت روان نشان دادند. پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی و ایزدی خواه (۱۳۹۱) رضایت زناشویی و جهت‌گیری مذهبی را افزایش دادند.

اما نتایج این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی سایر روشهای روان‌درمانی بر بهبود تعهد همسو نیست از جمله با یافته‌های عباسی، فاتحی‌زاده و قمرانی (۱۳۹۲) در زمینه اثربخشی زوج درمانی گلاسر را بر تعهد اخلاقی زوجین و امانی (۱۳۹۴) اثربخشی واقعیت درمانی بر بهبود تعهد زناشویی.

در تبیین اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر بهبود صمیمیت و میل زناشویی می‌توان گفت صمیمیت به احساس‌های نزدیک، ارتباط‌های صمیمیانه و ضمانت شده در روابط عاشقانه اشاره می‌کند، همچنین قلمرویی از هیجانات که سبب بالا رفتن احساسات می‌شود را نیز در بر می‌گیرد. میل سائقی است که انسان را به سوی عشق، جذابیت‌های بدنی، مقصد جنسی و وابستگی‌ها و به سوی پدیده‌های عاشقانه در روابط هدایت می‌کند. زمانی که عشق در زندگی زوجین دستخوش ناامنی می‌شود هیجانات منفی و تند را تجربه می‌کنند.

کیفیت زندگی درمانی که ترکیبی است از رویکرد شناختی-رفتاری بک و روانشناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، ریلکسیشن و مدیتیشن که با اصول و مهارت‌های شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی است به مراجعین کمک می‌کند تا از طریق آموزش فنون این روش، همدلی و محبت ورزیدن، اصول شادمان بودن و مدیریت زندگی روزمره را بیاموزند. به نظر می‌رسد این فنون در مجموع باعث شده تا رضایت در زندگی زنان افزایش یابد و به دنبال آن افسردگی، اضطراب و هیجانات منفی کمتری تجربه شود و در نتیجه تعارضات زنان با همسرانشان کاهش یافته که متعاقباً به میل زنان نسبت به همسرانشان کمک کرده و شاید افزایش میل باعث تقویت صمیمیت شده و توانسته تعارضات گوناگون را کاهش دهد.

همچنین روش پنج راه‌ی کیفیت زندگی درمانی با فن تغییر نگرش موجب شده تا زنان از زاویه جدیدی به تعارضاتشان نگاه کنند و شاید این تغییر نگرش موجب شده آنها تعارض کمتری را تجربه کنند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد شاید افراد به کمک فن تغییر شرایط عینی، با تغییرات کوچکی موفق شده اند از شدت تعارضاتشان بکاهند. همچنین رضایت کلی از زندگی در توجه به ۱۶ بعد زندگی باعث شده تا آنان روی نقاط قوت زندگی متمرکز شوند و فقط به ابعاد منفی توجه نکنند که موارد مذکور در کنار هم می‌تواند موجب افزایش صمیمیت شود. از سوی دیگر به نظر می‌رسد از آنجا که کیفیت زندگی درمانی در کل کمک می‌کند تا افراد رضایت زندگی‌شان افزایش یابد به طبع آن افسردگی و اضطراب این زنان کاهش یافته و در نتیجه مشکلات درون فردی است کاهش یابد. در این دوره آموزشی سعی شد به کمک استعاره و تکلیف، این فنون به مراجعان آموزش داده شود. به نظر می‌رسد یادگیری این فنون نه تنها رضایت زندگی افراد را

افزایش داده بلکه با رشد شناختی آنها شادی و عاطفه‌ی مثبت را در زندگی زناشویی موجب شده است و باعث شده تا زوجین صمیمیت و میل بیشتری را نسبت به یکدیگر تجربه نمایند.

در تبیین عدم اثر بخشی این روش بر تعهد زناشویی باید گفت شاید افزایش تعهد به زمان بیشتر برای اجرای اموخته‌ها و اثر آن روی تعهد نیاز داشته باشد و شاید در کنار آموزش‌های مثبت نگر به اصلاحات شناختی نیز برای بهبود تعهد نیاز است. با توجه به نتایج حاصل از این روش می‌توان گفت این روش بر افزایش صمیمیت و میل موثر است ولی برای افزایش تعهد به مداخله‌های ترکیبی نیاز است مداخلاتی که هم مثبت نگر باشد و هم اصلاحات شناختی را در بر بگیرد.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی برخوردار بود از جمله عدم پیگیری بلند مدت، استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار اندازه‌گیری که محدودیت‌های خاص خود را دارد. همچنین محدودیت جامعه به زنان که تعمیم یافته‌ها به مردان را دشوار می‌سازد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد اخلاقی ترکیبی مثبت نگر و اصلاح شناختی کیفیت زندگی درمانی بر تعهد بررسی شود.



## منابع

- ۱) اعتمادی، عذرا. امین جعفری، بتول، شاه سیا، مرضیه (۱۳۹۳). «تأثیر آموزش گروهی زوجین بر اساس رویکرد ارتباط درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین شاهد و ایثارگر شهر اصفهان»، **دوفصلنامه علمی پژوهشی پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده**، ۲ (۲)، ۳۸-۳۳.
- ۲) امامی، معصومه، عابدی، محمدرضا، جوادزاده شهشانهی، افسانه (۱۳۹۱). «بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش تعارض کار-خانواده و خانواده-کار در زنان شاغل در سازمان فرهنگی هنری شهرداری شهر تهران»، **سومین همایش ملی مشاوره، خمینی شهر**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- ۳) امانی، احمد (۱۳۹۴). «اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر عزت نفس و تعهد زناشویی زوجین»، **فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده**، شماره ۵ (۲)، ۲۳-۱.
- ۴) پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم السادات و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰). «اثربخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی همسران»، **مشاوره و روان درمانی خانواده**، ۱ (۱)، ۱۱۵-۱۳۰.
- ۵) پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ ایزدی خواه، زهرا و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). **بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی و شادکامی همسران**، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- ۶) راس. آلن (۱۳۷۸). **روانشناسی شخصیت نظریه ها و فرایندها**، ترجمه سیاوش جمال فر، تهران: نشر روان.
- ۷) رضایی، جواد؛ احمدی، سید احمد؛ اعتمادی، عذرا و حسین آبادی، مریم (۱۳۹۰). **بررسی تأثیر زوج درمانی اسلام محور بر تعهد زناشویی زوجین شهر اراک**، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- ۸) زارع پور، مریم؛ خدایاری فرد، محمد و حجاری، الهه (۱۳۸۸). **بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر صمیمیت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه تهران**، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران.

۹) عباسی مولید، حسین؛ فاتحی زاده، مریم و قمرانی، امیر (۱۳۹۳). «تأثیر زوج درمانی گلاسر بر افزایش تعهد اخلاقی زوجین»، **فصلنامه علمی ترویجی بصیرت و تربیت اسلامی**، ۲۵ (۱۰)، ۵۹-۸۰.

۱۰) فریش، مایکل ب (۲۰۰۶)، **روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی: کاربرد رویکرد رضایت مندی از زندگی در روان شناسی مثبت نگر و شناخت درمانی**، ترجمه اکرم خمسه، تهران: انتشارات نسل فردا. کتاب ارجمند.

۱۱) فیروزی، شهلا و غفاری، عذرا (۱۳۹۳). «اثر بخشی زوج درمانی مبتنی بر دل بستگی در افزایش صمیمیت زناشویی»، **اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران**

۱۲) قاسمی ارگنه، حاحد؛ اعتمادی، عذرا و احمدی، سید احمد (۱۳۹۴). **اثر بخشی غنی سازی روابط زناشویی بر اساس مدل ارتباطی بر صمیمیت زوجین استان کرمانشاه**، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه

۱۳) قاسمی، نظام الدین؛ کجباف، محمداقبر و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰). «اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر بهزیستی روانی و سلامت روان»، **روانشناسی بالینی**، دوره ۳ (۲)، ۲۳-۴۲.

- 14) Bagarozzi, D. A. (1999). Marital intimacy: assessment and clinical considerations. In the intimate couple, ed. j. Carlson and I. Sperry. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- 15) Bagarozzi, D. A. (1999). Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook. UK: Brunner-Routledge.
- 16) Greeff, A. P., Malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of sex marital therapy*, 27(3):247-57.
- 17) Carr, A., (2000). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. Chi Chester: wiley.
- 18) Sternberg, R. J. (2004). "A Triangular Theory of Love". In Reis, H. T.; Rusbult, C. E. *Close Relationships*. New York: Psychology Press
- 19) Sternberg, R. J. (2007). "Triangulating Love". In Oord, T. J. *The Altruism Reader: Selections from Writings on Love, Religion, and Science*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation.
- 20) Sternberg, Robert J. (1997). "Construct validation of a triangular love scale". *European Journal of Social Psychology*. 27 (3): 313-335.