

## اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت، عملکرد جنسی و تعهد زناشویی در زنان متأهل شهر اصفهان

ماه منیر چیت ساز اصفهانی

ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان

نام نویسنده مسئول:

ماه منیر چیت ساز اصفهانی

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر صمیمیت، تعهد زناشویی و عملکرد جنسی زنان متأهل شهر اصفهان صورت گرفته است. 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 بستهی آموزشی را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس مثلث عشق استرنبرگ (استرنبرگ، ۱۹۹۷) و پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا (۲۰۰۰). هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون در معرض ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس به وسیله نرم افزار spss-۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد در گروه آزمایش پس از ارائه بستهی آموزشی کیفیت زندگی درمانی، میزان صمیمیت، تعهد و عملکرد جنسی به صورت معنی دار تغییر یافته است ( $p < 0/05$ ) در صورتی که در میزان شور و اشتیاق زنان تغییر معنی داری مشاهده نشد.

**واژگان کلیدی:** تعهد، صمیمیت زناشویی، عملکرد جنسی، آموزش کیفیت زندگی درمانی.

## مقدمه

خانواده از ارکان اصلی جامعه است که کارکرد سالم آن می تواند سلامت و ادامه حیات جامعه را تضمین و اختلال در کارکرد آن باعث انحطاط جامعه گردد (۱). علاوه بر این سلامت خانواده عامل مهم رشد و سلامت اعضا به شمار می رود که می تواند تاثیرات ماندگاری بر فرد و جامعه داشته باشد (۲). از اینرو با توجه به این که زن و شوهر دو رکن اصلی خانواده را تشکیل می دهند، ارائه راهکار های مناسب جهت افزایش صمیمیت، کیفیت عملکرد جنسی و تعهد زناشویی ضروری بوده و موجبات تعالی اعضای خانواده را فراهم می آورد (۳). میزان صمیمیت در ازدواج کیفیت زناشویی را تحت تأثیر قرار میدهد و عامل تعیین کنندهای برای داشتن ارتباطات زناشویی و خانوادگی بسیار محکم است (۴). همه انسانها نیازمند به برقراری روابط صمیمانه هستند. صمیمیت یک نیاز روانشناختی اولیه و اصلی در نظر گرفته میشود (۴) و ملاکی مهم برای زوج هایی است که با رابطه عاطفی بلندمدت کنار هم زندگی میکنند (۵). از اینرو می توان صمیمیت را توانایی برقراری ارتباط با دیگری و بیان عواطف تعریف میکنند که از حالت طبیعی انسان بوده و عاملی مهم در رضایت زناشویی است (۶). تعهد زناشویی نیز از جمله عوامل موثر در پیش بینی رضایت زناشویی زوجین است تا جایی که هویی، لیندزی و البوت<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) بیان نمودند تعهد زناشویی، وفاداری نسبت به همسر، تعهد جنسی و احترام به همسر از ویژگی ازدواج ها موفق هستند (۷). آنچه مسلم است این است که زوج ها زمانی می توانند از آسیب های و خطاهای یکدیگر چشمپوشی کنند که به روابط خود پایبند باشند، ثبات و پایداری ازدواج برای آن ها با اهمیت باشند و از رابطه خود بهرمنند گردند (۸).

از دیگر عوامل پیش بینی کننده استحکام خانواده می توان به عملکرد جنسی زوجین اشاره نمود (۹). فعالیت جنسی بهعنوان یکی از ابعاد مهم زندگی افراد است که متأثر از ویژگیهای فرد، روابط بینفردی، شرایط خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، سوابق فعالیت های جنسی وی و همسر، سلامت جسمی و روانی و وضعیت هورمونی است (۱۰). پژوهشگران اعتقاد دارند که عملکرد ضعیف جنسی به طرز فاحش و شگفت انگیزی کیفیت زندگی زناشویی افراد را تحت تاثیر قرار داده و دیدگاه ایشان را نسبت به خود و روابط بین فردیشان دچار مشکل می کند (۱۱). همچنین یافته ها حاکی از آن است که اختلال عملکرد جنسی زنان، ایشان را از نظر جسمانی مشوش، از نظر عاطفی پریشان و از نظر اجتماعی تباه می کند (۱۲). تهماسبی و عباسی (۲۰۱۲) بیان می کنند که اختلال در عملکرد جنسی و رضایتمندی جنسی به هر علتی که ایجاد شود، پیامدهای متفاوتی در پی خواهد داشت و ممکن است موجب مشکلاتی از قبیل عصبانیت، خشونت، جدایی و افسردگی گردد (۱۳).

از اینرو پژوهش های انجام شده موید این موضوع می باشند که میزان صمیمیت زناشویی؛ عملکرد جنسی و تعهد زناشویی بر کیفیت زندگی زناشویی تاثیر گذار است (۱۴-۱۶). لذا پژوهشگران بیان می کنند که کیفیت زناشویی یک فرایندی است که به وسیله درجه تعارض زناشویی، رضایت، نزدیکی و توافق در تصمیمگیری تعیین میشود (۱۷). 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 فرد از وضعیت خودش در حیطه های جسمانی، روان شناختی و اجتماعی تعیین می شود (۱۸).

بر این اساس، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، که درمانی جدید در حوزه روان شناسی مثبت می باشد؛ 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<sup>۲</sup> میهالی<sup>۳</sup> با روان شناسی مثبت سلینگمن، توسط فریش<sup>۴</sup> طراحی شده است (۱۹). 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 (۲۰). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی پیرو رویکردی است که شادمانی را افزایش دهد و نیز رویکردی مداخله های در روانشناسی مثبتنگر را نیز در خود جای داده است. یافته های پژوهشی انجام شده در این زمینه مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای روانشناختی است به عنوان نمونه پژوهشی که توسط پاداش و همکاران (۲۰۱۲) (با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی بر روی ۳۲ زن و مرد متأهل اجرا شد؛ نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر ابعاد تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، روابط، حل تعارض، اوقات فراقت و جهتگیری مذهبی مدیریت مالی، روابط جنسی، شیوه فرزند پروری، خانواده و دوستان، و مساوات طلبی نقش ها موثر بوده است (۲۱).

از اینرو با توجه به این که درمان مبتنی بر زندگی اولاً باعث افزایش رضایت از زندگی و شادکامی گشته (و در ثانی بر روی گروه های غیر بالینی نیز کاربرد دارد؛ مقاله حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش صمیمیت، عملکرد جنسی و تعهد زناشویی در زنان متأهل شهر اصفهان انجام گرفت.

<sup>۱</sup> Hui, Lindsey, & Elliott

<sup>۲</sup> theory Action

<sup>۳</sup> Mihalyi

<sup>۴</sup> Frisch

## روش

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی استفاده شد. به همین منظور از طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد تا بتوان کنترل بهتری بر روی متغیرهای مزاحم و همزمان داشت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل شهر اصفهان بود که در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ در فرهنگسراهای شهر اصفهان عضویت داشتند. لیکن جهت انتخاب نمونه از افراد موجود در این جامعه به صورت در دسترس ۴۰ نفر انتخاب (۲۰ نفر گروه کنترل و ۲۰ نفر گروه آزمایش) شدند. هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند با این تفاوت گروه آزمایش در طی هشت جلسه محتویات جدول شماره ۱ را دریافت نمودند در حالی که گروه کنترل در انتظار درمان قرار گرفت. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه‌های پژوهش به کمک تحلیل کواریانس با استفاده از SPSS-24 تجزیه و تحلیل شد.

## ابزار پژوهش

مقیاس مثلث عشق اشترنبرگ (۱۹۹۷): جهت سنجش صمیمیت و تعهد زناشویی از پرسشنامه ۴۵ سوالی مثلث عشق اشترنبرگ (۱۹۹۷) استفاده گردید که از سه عنصر صمیمیت، شور و اشتیاق و تعهد تشکیل می‌شود. در این پرسشنامه ۱۵ ماده اول صمیمیت، ۱۵ ماده بعدی شور و اشتیاق و ۱۵ ماده آخر تعهد را منعکس می‌کند که به صورت لیکرت ۹ درجه‌ای (۱) کاملاً مخالفم، (۵) به طور متوسط و (۹) کاملاً موافقم نمره گذاری می‌گردد. بر اساس تحقیق اشترنبرگ همبستگی خرده مقیاسها در این سوالات ۲۱٪ تا ۶۵٪ بوده است و ضریب پایایی برای کل آزمون ۹۰٪ است (۲۲).

پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا (ASEX) این پرسشنامه توسط یکی از اساتید دانشگاه آریزونا آماده سازی شده است؛ این مقیاس پنج ماده‌ای در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه جهت غربالگری اختلال عملکرد جنسی به کار می‌رود. پنج عنصر عملکرد جنسی شامل تمایل جنسی، برانگیختگی جنسی، لغزندگی واژن، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم را ارزیابی می‌کند. که براساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت از ۱ تا ۶ تنظیم شده است. اگر نمره کل بیشتر از ۱۸ و یا نمره‌ی یکی از سوالات ۵ یا بیشتر از ۵ بود فرد دارای اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود (۲۳). پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰۵ محسوب می‌شود. مک‌گوی و در پژوهش پزشکی و بایرامی (۲۰۰۴) با روش بازآزمایی ۰/۸۷۳ گزارش کرده‌اند (۲۴).

## محتوای جلسات آموزشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶)

تعداد جلسات	هدف/ محتوای جلسه/ تکلیف
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر</li> <li>ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری</li> <li>تعیین اهداف گروه؛</li> <li>ذکر قوانین گروه و تأکید بر توجه کامل بر مباحث و تمرین‌های مربوطه</li> <li>تعریف تعارضات زناشویی، صمیمیت، شور و اشتیاق و تعهد و عوامل موثر در آن</li> <li>معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و ویژگی‌های کیفیت زندگی و تأثیر آن در شادزیستن</li> <li>ارائه تکلیف درخت رضایت جهت مشخص شدن حیطه‌های زندگی اختصاصی هر فرد؛ دریافت بازخورد</li> </ul>
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل</li> <li>- مروری بر تکلیف انجام شده و بررسی بازخورد افراد؛</li> <li>- صحبت در مورد روش افزایش بهزیستی ذهنی، شادی و فکر مثبت و بیان عوامل نسبی موثر در بهزیستی ذهنی شامل پول، سلامت، کار، روابط اجتماعی و تفریح.</li> <li>- شرح عوامل اصلی موثر در احساس رضایت و شادی شامل میزان مذهب، همسر خوب و شخصیت فرد؛</li> <li>- جمع بندی مطالب و پاسخ به سوالات؛</li> <li>- ارائه تمرین پرسشنامه نیمرخ کیفیت زندگی جهت تعیین میزان رضایت کلی افراد از زندگی و آموزش آن</li> </ul>
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بازنگری و ارائه خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبلی و بررسی شاخه‌هایی که بیشترین نارضایتی را در اعضا را شامل شده‌اند؛</li> <li>- آموزش مدل پنج راهه (CASIO) و توضیح کلی در مورد آنها و بحث در مورد ریشه اول، (تغییر شرایط) (C)؛</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- اشاره به انواع موقعیت ها و شرایط زندگی با کمک اعضا؛</li> <li>- استفاده از تکنیک نعمت ها، دستاوردها و استعدادها و شرح چگونگی استفاده از آن در منزل، جهت خودآگاهی بهتر در راه وصول تغییر شرایط؛</li> <li>- اشاره ای کلی و مختصر در مورد ریشه دوم (A) (CASIO)؛</li> <li>- بررسی بازخورد اعضا</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور مباحث جلسه گذشته و بررسی تکنیک مربوط به تغییر شرایط و پاسخ به سوالات؛</li> <li>- ادامه مبحث CASIO و شرح دومین مبحث آن (تغییر نگرش) (A)؛</li> <li>- ارائه توضیح در رابطه با افکار منفی و نتایج حاصل از آن با استفاده از مثال های مرتبط؛</li> <li>- آشنایی با سطوح ایجاد کننده خطاهای شناختی شامل افکار خودکار، فرضیات بنیادین و باورهای هسته ای همراه با مثال؛</li> <li>- بیان عوامل موثر بر تجربه های زندگی؛</li> <li>- آموزش مقابله با خطاهای فکری</li> <li>- پرسش و پاسخ</li> <li>- استفاده از تکنیک ثبت استرس روزانه جهت تغییر نگرش به عنوان تکلیف و آموزش آن به کمک یکی از اعضا.</li> </ul>	جلسه چهارم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بازنگری و ارائه خلاصه ای از مباحث جلسه قبل؛</li> <li>- ادامه مباحث CASIO، (تغییر استانداردها) (S)؛</li> <li>- توضیح کمال گرایی و مضرات آن با استفاده از استعاره هیولا؛</li> <li>- ارائه تکنیک هایی جهت تغییر استانداردها و ارزش هایی که ایجاد نارضایتی در زندگی می کنند. شامل تکنیک مبارزه با کمال گرایی و اصل خوب بودن نه خیلی عالی بودن؛</li> <li>- بررسی بازخورد اعضا</li> <li>- یادداشت کردن اهداف در ابعادی که نارضایتی افراد را شامل می شود بعنوان تکلیف خانگی با استفاده از تکنیک مطرح کردن سوالاتی در رابطه با هر بعد.</li> </ul>	جلسه پنجم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مروری کوتاه بر مباحث جلسه قبل و بررسی تکالیف؛</li> <li>- ادامه مباحث CASIO، ریشه های تغییر اولویت (I) و تقویت رضایت در سایر حیطه ها (O)؛</li> <li>- استفاده از کاربرد CASIO در زمینه تغییر اولویت های نادرست همراه با مثال؛</li> <li>- ارائه تکلیف رسم کیک شادمانی جهت تغییر اولویت های نادرست؛</li> <li>- بیان مضرات توجه به حیطه های محدودی از زندگی و بی توجهی به سایر حیطه ها با استفاده از مثال و استعاره بدن ساز؛</li> <li>- بررسی بازخورد اعضا؛</li> <li>- شرح تکنیک سبد تخم مرغ در جهت اهمیت به کلیه ی حیطه های زندگی و ارائه آن جهت تکلیف در منزل</li> </ul>	جلسه ششم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خلاصه ای از مباحث جلسه قبل؛</li> <li>- بررسی بازخورد افراد در مورد دو ریشه (I) و (O) و تمرینات انجام شده؛</li> <li>- آشنا کردن اعضا با اصول و تکنیک های مرتبط دیگر از کیفیت زندگی درمانی شامل شاخه های عزت نفس، کمک و یاری به دیگران و ارتباط موثر؛</li> <li>- اشاره به بحث احترام به خویشتن و اصل غنای درونی مربوط به آن در جهت افزایش اعتماد به نفس؛</li> <li>- کاربرد اصول در حیطه ها و ابعاد مختلف زندگی و شیوه کسب مهارت آنها از طریق مثال؛</li> <li>- مطرح کردن تعدادی از مهارت های ارتباط مرتبط با متغیرهای پژوهش که باعث برقراری ارتباط موثر می باشند و مثال های مرتبط با آنها و تشویق اعضا بر پیاده کردن آنها در زندگی؛</li> <li>- دریافت بازخورد از اعضا؛</li> </ul>	جلسه هفتم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مرور کوتاهی بر اصول مطرح شده در جلسه قبل؛</li> <li>- بررسی بازخورد افراد در رابطه با اصول جلسه قبل و مهارت های مربوط به آنها و پاسخ به سوالات</li> <li>- مروری کوتاه بر اصول مطرح شده در جلسات قبل</li> </ul>	جلسه هشتم

<ul style="list-style-type: none"> <li>- دریافت بازخورد در خصوص کیفیت زندگی درمانی</li> <li>- مروری بر مدل CASIO و تأکید بر استفاده از آن در تمام زندگی؛</li> <li>- تأکید بر کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی جهت حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود؛</li> <li>- پرسش و پاسخ؛</li> <li>- قدردانی از اعضا به دلیل همکاری؛</li> <li>- تعیین جلسه پیگیری</li> <li>- انجام پس آزمون</li> </ul>
--

### یافته های پژوهش

جهت بررسی داده های پژوهش حاضر از دو روش توصیفی و استنباطی استفاده گردید. یافته های مربوط به متغیر های دموگرافیک نشان داد که میانگین سنی نمونه پژوهش ۳۸/۵۲ با انحراف استاندارد ۸/۱۹ و میانگین مدت زمان ازدواج ۱۱/۳۸ و انحراف استاندارد ۴/۲۹ به دست آمد. در جدول شماره ۲ به بررسی یافته های توصیفی متغیر های پژوهش پرداخته شده است.

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
صمیمیت	گروه آزمایش	پیش آزمون	۴۸	۳/۰۸
		پس آزمون	۶۵/۰۵	۱۰/۴۰
	گروه کنترل	پیش آزمون	۴۶/۷۵	۲/۸۲
		پس آزمون	۴۹/۸۵	۳/۳۱
شور و اشتیاق	گروه آزمایش	پیش آزمون	۴۰	۳/۸۲
		پس آزمون	۶۴	۹/۴۰
	گروه کنترل	پیش آزمون	۳۹/۸۵	۱/۹۲
		پس آزمون	۴۴/۱۰	۳/۴۶
تعهد	گروه آزمایش	پیش آزمون	۸۵	۳/۹۰
		پس آزمون	۶۵/۵۰	۱۶/۸۳
	گروه کنترل	پیش آزمون	۵۲/۶۵	۴/۹۲
		پس آزمون	۵۵/۷۰	۴/۱۱
عملکرد جنسی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۳/۰۴	۳/۱۱
		پس آزمون	۱۱/۴۳	۲/۹۱
	گروه کنترل	پیش آزمون	۱۳/۴۲	۲/۹۸
		پس آزمون	۱۲/۷	۳/۶۵

همانطور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد میانگین پس آزمون متغیر های صمیمیت، شور و اشتیاق و تعهد نسبت به پیش آزمون آن ها در گروه آزمایش افزایش و میانگین نمرات عملکرد جنسی کاهش یافته است. آماره های های آزمون های کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو نشان داد که از سطح ۰/۰۵ بالاتر است. بنابراین چنین نتیجه گرفته می شود که پیش فرض نرمال بودن توزیع داد ها رعایت شده است.

### جدول شماره ۳ نتایج آزمون لوین متغیر های پژوهش

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
صمیمیت	گروه آزمایش	۱	۷/۱۱۸	۰/۰۶۱
شور و اشتیاق	گروه آزمایش	۱	۹/۴۳۴	۰/۰۵۴
تعهد	گروه آزمایش	۱	۵/۲۱۶	۰/۰۸۲
عملکرد جنسی	گروه آزمایش	۱	۶/۷۲	۰/۰۷۵

همان‌سور که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد سطح معنی داری به دست آمده برای تمامی متغیرها از خطای ۰/۰۵ بزرگتر است. بنابراین پیش فرض همگنی واریانس‌ها جهت انجام تحلیل کواریانس رعایت شده است. در ادامه نتایج تحلیل کواریانس بر متغیرهای وابسته در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری به منظور مقایسه صمیمیت، شور و اشتیاق، تعهد زناشویی

و عملکرد جنسی بر حسب گروه پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزورات	توان آزمون
پیش‌آزمون	صمیمیت	۱۷/۶۹۶	۱	۱۷/۶۹۶	۰/۰۲۳۸	۰/۶۳۰	۰/۰۰۹	۰/۰۷۶
	شور و اشتیاق	۱۴۶/۳۵۵	۱	۱۴۶/۳۵۵	۱/۱۸۲	۰/۲۸۷	۰/۰۴۳	۰/۱۸۲
	تعهد	۸۳/۳۶۶	۱	۸۳/۳۶۶	۱/۵۴۰	۰/۲۲۶	۰/۰۵۶	۰/۲۲۳
	عملکرد جنسی	۳/۸۱	۱	۳/۸۱	۰/۶۵	۰/۴۶۱	۰/۰۲	۰/۱۱
گروه	صمیمیت	۸۰۹/۴۷۳	۱	۸۰۹/۴۷۳	۱۰/۸۸۰	۰/۰۰۳	۰/۲۹۵	۰/۸۸۸
	شور و اشتیاق	۳۰۷/۷۱۹	۱	۳۰۷/۷۱۹	۲/۴۸۵	۰/۱۲۷	۰/۰۸۷	۰/۳۳۰
	تعهد	۱۸۷/۷۰۱	۱	۱۸۷/۷۰۱	۳۴/۶۰۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱	۱/۰۰
	عملکرد جنسی	۶۰/۲۶	۱	۶۰/۲۶	۸۷/۸	۰/۰۰۷	۰/۲۷	۰/۸۲
خطا	صمیمیت	۱۹۳/۳۷۷	۳۶	۷۴/۳۹۹				
	شور و اشتیاق	۵۲۵/۶۰۳	۳۶	۱۴۲/۱۵۱				
	تعهد	۱۴۰/۷۱۴	۳۶	۵۴/۱۴۳				
	عملکرد جنسی	۱۶۲/۹۳	۳۶	۶/۷۸				

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد تفاوت در میزان صمیمیت، تعهد و عملکرد جنسی مراجعین تحت درمان بین گروه آزمایش و گروه گواه پس از حذف اثرات پیش‌آزمون در هر دو موقعیت پس‌آزمون معنادار است ( $P < 0/01$ ). با توجه به این نتایج می‌توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت، تعهد و عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و منجر به بهبود آن شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش صمیمیت، عملکرد جنسی و تعهد زناشویی در زنان متأهل شهر اصفهان انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهبود صمیمیت، تعهد و عملکرد جنسی زنان شهر اصفهان مؤثر بوده ( $P > 0/01$ ). عدل، شفیع‌آبادی و پیرانی (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که گروه درمانی برنامه کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی تأثیر داشت و آن را بهبود می‌بخشد (۲۵). عیسی‌نژاد، جهرمی و بزرگی (۲۰۱۸) نیز نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند میزان صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی را افزایش دهد (۲۶). افتخار سعادی و سلیمانان (۱۳۹۵) نشان دادند مداخله آزمایشی (آزمایش به شیوه شناختی - رفتاری) بر صمیمیت خانواده دانشجویان متأهل تأثیر مثبت و معنا دار دارد (۲۷). در تبیین این نتایج می‌توان گفت: صمیمیت به احساس‌های نزدیک، ارتباط‌های صمیمانه و ضمانت شده در روابط عاشقانه اشاره می‌کند (۲۸). همچنین قلمرویی از هیجانات که سبب بالا رفتن احساسات میشود را نیز در بر می‌گیرد که در واقع تجربه‌ای از گرما و شور و اشتیاق را در روابط عاشقانه میسر می‌سازد (۲۹). در این پژوهش کیفیت زندگی درمانی و فنون آن توانسته بر افزایش صمیمیت اثر معنادار داشته باشد. علت این امر می‌تواند مربوط به فنونی باشد که فرد در این روش آموخته است. از جمله اینکه به کمک اصل غنای درونی در کیفیت زندگی درمانی، همدلی، همدردی و محبت ورزیدن را آموخته در عین حال غنای درونی با تغییر نگرش، تغییر اولویت و تقویت رضایت حیطة‌های مهم زندگی همراه شده است. همه امور باعث شده تا در کل رضایت فرد از زندگی افزایش یافته و در نتیجه، افسردگی و اضطرابش کاهش یابد و در تعارضات کمتر گردد و فرصت صمیمیت در ابعاد مختلف زندگی فراهم گردد و این حالت یعنی افزایش صمیمیت زوجین بر کاهش تعارضات مؤثر باشد و متقابلاً رضایت از زندگی افزایش یابد، بنابراین افزایش صمیمیت با نوع آموزشها هماهنگ است.

همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش میزان تعهد زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان موثر است. در تبیین یافته های حاضر می توان بیان نمود فرایندهای شناختی، نقشی تعیین کننده در رفتار های زناشویی دارند (۳۰). فرایندهای شناختی به عنوان بخشی از آسیب شناسی روانی موجب ایجاد انتظارات و ادراک های نادرستی در زوجین می شود که فرد از خود و همسر خود دارد و این انتظارات می توانند به اضطراب و اجتناب های دفاعی (از جمله خیانت) از منجر شده اند (۱). از اینرو با توجه به این که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تلفیقی از درمان ناخستی و مثبتنگر می باشد؛ قادر است علاوه بر افزایش رضایت که خو عاملی در جهت افزایش تعهد می باشد، فرایندهای شناختی زوجین را بهبود بخشیده و منجر به افزایش تعهد زناشویی ایشان گردد.

یافته های پژوهش شیندل و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که کیفیت زندگی بر عملکرد جنسی زوجین تاثیر دارد و زوجینی که از کیفیت زندگی زناشویی پایینی برخوردار هستند، اختلالات جنسی بیشتری را از خود نشان می دهند (۳۱). نتایج پژوهش تراکیویکی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد زوجینی که از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند نارضایتی جنسی بیشتری از خود نشان می دهند و اختلال در انزال و نعوظ بیشتری را تجربه می کنند (۳۲). در تبیین این یافته ها باید بیان نمود کیفیت زندگی درمانی توانسته با کمک فنون خود به فرد کمک کند تا مهارت های به تصدیق و پذیرش، توجه کردن و درک نمودن و پاسخ دادن به عواطف مثبت را در فرد به وجود آورده تا زندگی سرشار از شور و اشتیاق و نشاط درونی را تجربه کند (۲۸). در نظریه کیفیت زندگی، کنترل عواطف و مهارت تدبیر و کنترل زندگی و استفاده از راهبردهای مناسب در رسیدن به هدف و احساس شادمانی و سلامت ذهنی در زمره مهارت های انطباقی محافظت کننده یا توانایی کارکردی هستند (۲۸) و فرد میتواند با راهبردهای همدلی و احساسی که می آموزد زندگی سرشار از شادمانی و شور و شوق داشته باشد. از سوی دیگر به نظر میرسد افزایش رضایت از زندگی و شادمانی حاصل از فنون کیفیت زندگی درمانی کمک کرده تا فرد اضطرابها و افسردگیهایش را کاهش دهد و این امر بخشی از انرژی روانی مربوط به تعارضات درونی روانی را آزاد کرده، در نتیجه تعارضات با همسر کاهش یافته و ممکن است انرژی که صرف کج خلقی و تعارض میشود به شکل میل و کشش به سوی طرف مخالف تغییر جهت بدهد.

در نتیجه گیری پژوهش حاضر می توان بیان نمود درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به دلیل این که رضایت فرد از زندگی را افزایش مد دهد می تواند با تقویت رفتار زوجین نسبت به یکدیگر صمیمیت زناشویی را افزایش داده و همینطور باعث افزایش رضایت نسبت به یکدیگر گردد. از طرف دیگر باید بیان نمود افزایش رضایت از زندگی موجب کاهش استرس ها و ناملایمات زندگی شده و روابط آشفته همسران را کاهش می دهد. از اینرو این زنان با وارد کردن اصل شادکامی در زندگی جنسی خود، آشفستگی جنسی کمتری را از خوی نشان داده و عملکرد جنسی خود را بهبود می بخشند. از جمله محدودیت هایی پژوهش حاضر اجرای آن بر جمعیت زنان بود که مانع از تعمیم یافته ها به جامعه مردان متأهل می گردد لذا پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اختلال عملکرد جنسی مردان مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع و مراجع

- [1] Kirby JS, Lataillade JJ. Cognitive behavioral couple therapy. Clinical handbook of couple therapy New York, NY: Guilford Publications. 2015.
- [2] Hakio N, Rantanen A, Åstedt-Kurki P, Suominen T. Parents' experiences of family functioning, health and social support provided by nurses—A pilot study in paediatric intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015;31(1):29-37.
- [3] Predicting the marital commitment in couples: The role of sexual function and quality of relationship. *Journal of Counseling Research*. 2013;12(48):122-42.
- [4] Rezaeifar N, Doosti YA, Mirzaiyan B. The Effectiveness of Transactional Analysis Psychotherapy on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction in Females with Non-clinical Depression. 2018.
- [5] Waring EM. Enhancing marital intimacy through facilitating cognitive self disclosure: Routledge; 2013.
- [6] Rambo A. Becoming a Family Counselor: A bridge to family therapy theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2010;36(1):109-10.
- [7] Hui SkA, Lindsey CR, Elliott TR. Church attendance and marital commitment beliefs of undergraduate women. *Journal of Applied Social Psychology*. 2007;37(3):501-14.
- [8] Mohammadi B, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. Investigation on the Role of Religiosity and its Dimensions in Predicting of Marital Commitment of Personnel of State Welfare Organization of North Khorasan.
- [9] Mor MK, Sevic MA, Shields AM, Green JA, Palevsky PM, Arnold RM, et al. Sexual function, activity, and satisfaction among women receiving maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2014;9(1):128-34.
- [10] KARAMI J, SHALANI B, HOVEYZI N. RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL SELF-ESTEEM AND SEXUAL DYSFUNCTION WITH MARITAL SATISFACTION IN NURSES HOPITALS KERMANSHAH CITY (IRAN). 2017.
- [11] McQuillan SK, Grover SR. Systematic review of sexual function and satisfaction following the management of vaginal agenesis. *International urogynecology journal*. 2014;25(10):1313-20.
- [12] Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO, Group GI. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU international*. 2005;95(4):609-14.
- [13] TAHMASEBI H, ABASI E. Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to Medical Science University in Sari Township. 2013.
- [14] Luk BH-K, Loke AY. The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of sex & marital therapy*. 2015;41(6):610-25.
- [15] Nappi R, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014;17(1):3-9.
- [16] Ellison CG, Henderson AK, Glenn ND, Harkrider KE. Sanctification, stress, and marital quality. *Family Relations*. 2011;60(4):404-20.
- [17] Carr D, Freedman VA, Cornman JC, Schwarz N. Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*. 2014;76(5):930-48.
- [18] Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes: John Wiley & Sons; 2013.
- [19] Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2005.
- [20] Frisch MB. Quality of life therapy. Hoboken: Wiley. 2006.
- [21] Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR. Effectiveness of psychotherapy training based on the quality improvement of life on the wives's welfare. *Journal of family consulting and psychotherapy*. 2012;1(1):115-1130.



- [22] Sternberg RJ. Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Social Psychology*. 1997;27(3):313-35.
- [23] A. McGahuey AJG, Cindi A. Laukes, Francisco A. Moreno, Pedro L. Delgado, Kathy M. McKnight, Rachel Manber, Cynthia. The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26(1):25-40.
- [24] Pezehki M, Bayrami R, editors. Reliability and construct validity of Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) among pregnant women referred to Tabriz urban health centers. *Proceedings of the 2nd National Congress on Family and Sexual Problems*; 2004.
- [25] ADL H, SHAFI AA, PIRANI Z. THE EFFECTIVENESS OF GROUP THERAPY BASED ON QUALITY OF LIFE ON MARITAL INTIMACY IN INFERTILE WOMEN. 2016.
- [26] Eisanezhad Boshehri S, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Behavioral Activation Treatment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction of Women During Premenopause. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(1):63-71.
- [27] Eftkhar Saadi Z, Solimani S. Study the effect of cognitive behavior skill on marital Intimacy between married students of Islamic Ahwaz Azad University. *social psychology*. 2017;2(38):37-47.
- [28] Scarf M. *Intimate partners: Patterns in love and marriage*: Ballantine Books; 2010.
- [29] Education P-M. *LOVE & MARRIAGE*. 2016.
- [30] Neff LA, Karney BR. How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004;30(2):134-48.
- [31] Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of urology*. 2008;179(3):1056-9.
- [32] Traceviciute J, Zwink N, Jenetzky E, Reutter H, Hirsch K, Stein R, et al. Sexual Function and Quality of Life in Adult Male Individuals with Exstrophy-Epispadias Complex—a Survey of the German CURE-Network. *Urology*. 2017.