Family Psycholog

2021, Vol 7, No. 2, 1-16

روانشناسی خانواده

۱۳۹۹، دوره ۷، شماره ۲، ۱۶-۱

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

The effectiveness of Couples Therapy Based on Improving Quality of Life on conflict resolution styles, marital satisfaction, and quality of life of couples with a history of marital infidelity

Abdolabbas Zeheiri
Psychology
Soodabeh Bassak Nejad*
Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz,Iran
Zabihollah Abbaspur
Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Abstract: Marital infidelity is a romantic relationship or emotional involvement that leads to a breakdown in the marital relationship commitment and the formation of some degree of emotional and physical intimacy with someone outside the relationship. The purpose of this study was to determine the effectiveness of Couple Therapy Based on improving quality of Life on conflict resolution styles, marital satisfaction, and quality of life of couples with a history of marital infidelity. For this purpose, among couples with a history of marital infidelity referred to counseling centers in Ahvaz in 2019. Four couples entered the intervention phase. In this study, a single case experimental design of multiple baseline types was used. Couple therapy protocol based on improving quality of life was performed in two to four baseline stages, eight to ten sessions of intervention and two months of follow up. The couples responded to WHO's Quality of Life Questionnaire, Rahim Conflict Resolution Styles Questionnaire (ROCI-II), and Enrich Marital Satisfaction Scale (1998). The rate of improvement in the post-treatment and follow-up phase in marital satisfaction in the post-treatment and follow-up phase was 44.76 and 45.85, in conflict resolution and 39.88 and 48.54, and in quality of life was 26.30 and 20.42. Therefore, this approach has been effective on treatment goals. By using this treatment, couples with marital infidelity can increase their quality of life and resolve their conflicts.

Keywords: Couples Therapy based on Quality of Life, conflict resolution styles, marital satisfaction, quality of life

---

* نویسنده مسوول: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی . پست الکترونیکی: S.bassak@scu.ac.ir

Received: 08 Sep 2020 **Accepted:** 22 Nov 2020

دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۸ **پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۹/۰۲

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برسبک‌های حل تعارض، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی

عبدالعباس ظهیری
روانشناسی
سودابه بساک‌نژاد
دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
ذبیح‌الله عباس‌پور
دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده: پیمان‌شکنی زناشویی یک رابطه عاشقانه یا درگیری عاطفی است که منجربه نقص تعهد رابطه زناشویی و شکل‌گیری درجاتی از صمیمیت عاطفی و فیزیکی با فردی خارج از این رابطه می‌شود. هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برسبک‌های حل تعارض، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی بود. بدین منظور از بین زوج‌های دارای سابقه پیمان‌شکنی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۹۸ چهار زوج وارد مرحله درمان شدند. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. پروتکل درمانی زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در دو تا چهار مرحله خط پایه، هشت تا ده جلسه مداخله و دو ماه پیگیری اجرا شد و زوج‌ها به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL)، سبک‌های حل تعارض رحیم در زوجین (ROCI-II) و رضایتمندی زناشویی اِنریچ (EMS) پاسخ دادند. نتایج نشان داد میزان بهبودی در مرحله پس از درمان و پیگیری در رضایت زناشویی در مرحله پس از درمان و پیگیری ۴۴/۷۶ و ۴۵/۸۵، در حل تعارض و ۳۹/۸۸ و ۴۸/۵۴ و در کیفیت زندگی۲۶/۳۰ و ۲۰/۴۲ بود. بنابراین این رویکرد بر اهداف درمان اثربخش بوده است. با استفاده از این روش درمانی زوجین پیمان‌شکن می‌توانند کیفیت زندگی را افزایش داده و تعارضات خود را حل کنند.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، حل تعارض، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

مقدمه

نظام خانواده[1] در زمره مهمترین نظام‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج[2] بین دو فرد شکل می‌گیرد و براساس نیاز به برقراری و حفظ پیوند و روابط نزدیک با یکدیگر به‌عنوان انگیزه اساسی بشر حایز اهمیت است (فتح‌اله‌زاده، میرصیفی‌فرد، کاظمی، سعادتی و نوابی‌نژاد، ۱۳۹۶). تقویت زندگی خانوادگی، ثبات و دوام آن در گرو نگرش و طرز تعامل زوج‌ها با یکدیگر است (آنسا، نجما و نورین، ۲۰۱۳). روابط زوج‌ها و کیفیت روابط زناشویی[3] به واسطه نقش مهمی که بر سلامت روانشناختی زوجین دارد موردتوجه متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته و مداخلات گوناگونی برای بهبود کیفیت زندگی[4] و رضایت زناشویی[5] ارائه شده است (آقایوسفی، فتحی آشتیانی، علی اکبری و ایمنی‌فر، ۱۳۹۵). روابط زناشویی زوجین مفهومی چندبُعدی شامل سازگاری[6]، رضایت[7] و تعهد[8] می‌شود و کیفیت زندگی زوجین ترکیبی از این ابعاد است (دوگال، آگروپال و شاه، ۲۰۱۱). گاتمن [9](۱۳۹۷) کیفیت زندگی را بازتاب ارزیابی کلی فرد از رابطه زناشویی می‌بیند و کیفیت زندگی را تابعی از شیوه‌هایی می‌داند که هر زوج یا فرد متاهل به‌طور نظام‌مند در این مثلث سازماندهی می‌کند. نظام‌دار [10]بودن خانواده و روابط حاکم بر آن به معنای وجود جوهره‌ای پویا و در حال تغییر مداوم است که در سایه ارتباط دائم و تعاملی جهت‌دار در راستای ساماندهی به شکل یک کل، علی‌رغم گسترش در طول زمان و مکان است (جاویدی، سلیمانی، احمدی و صمدزاده، ۱۳۹۲).

از همین روی رضایت زناشویی مهمترین رکن جهت پایداری و دوام زندگی مشترک است. رضایت زناشویی از ارزیابی منطقی درباره حالات خوشایند ایجاد می‌شود و در کنش‌های متقابل اجتماعی و بروز حالات روانی زوجین نسبت به یکدیگر به‌دست می‌آید (بشارت، میرزایی، غلامعلی لواسانی و تقی‌پور، ۱۳۹۶). یکی از عوامل آسیب‌زا در روابط زوجین و ثبات خانوادگی، پیمان‌شکنی زناشویی [11] است. در فرهنگ‌های مختلف پدیده پیمان‌شکنی زناشویی به شکل‌های مختلف تعریف شده و جنبه مشترک همه تعاریف رابطه پنهان بین یکی از همسران با فرد سوم است (حبیبی عسکرآباد و حاجی حیدری، ۱۳۹۴). پیمان‌شکنی زناشویی فقط برای ارتباط جنسی با فردی خارج از زوج نیست بلکه می‌تواند شامل رابطه عاطفی، اینترنتی و ترکیبی از همه موارد باشد. عوامل مختلفی ازجمله کسب صمیمت[12] و مقابله با احساسات ناکارآمدی می‌تواند ایجادکننده یک رابطه خارج از عرف و نامعقول شود. برگشت به زندگی قبلی و بازگشت به خانواده و قبول زوج به پذیرش زندگی نیازمند روش‌های مختلف آموزشی و مشاوره‌ای است (عیسی‌نژاد و رمضانی، ۱۳۹۷). یکی از روش‌های افزایش صمیمیت در متأهلین آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی زناشویی تغییر سبک زندگی[13] و تنظیم هیجانات[14] در زوجین است (مومنی جاوید و شعاع کاظمی،۱۳۹۰).

برخی زوجین علیرغم اشتیاق به داشتن عشق واقعی و روابط متعهد عاشقانه، ممکن است از سوی همسر خود مورد خیانت قرار گیرند و با یک پیمان‌شکنی زناشویی مواجه شوند (آداموپولو، ۲۰۱۳). خیانت، سلامت خانواده را با چالش مواجه می‌کند و مهمترین عامل تهدیدکننده عملکرد، کیفیت، ثبات و تداوم پیمان زناشویی است (مارک، جنسن و میلهاوسن ، ۲۰۱۱). پیمان‌شکنی زناشویی به‌عنوان یک راز جنسی، عاشقانه یا درگیری عاطفی که منجربه نقص تعهد رابطه زناشویی[15] است تلقی می‌شود و نتیجه نقص رابطه دو نفره است که منجربه شکل‌گیری درجاتی از صمیمیت عاطفی و فیزیکی با فردی خارج از این رابطه می شود (لادوا، جنیس و هاواگر، ۲۰۱۳؛ کریمی، یوسفی و سلیمانی، ۱۳۹۶).

جذابیت پیمان‌شکنی زناشویی بدین دلیل است که هیچ یک از طرفین این رابطه عیب‌جویی، سرزنش و نق‌زدن را بروز

1. family system
2. marriage
3. quality of marital relationships
4. quality of life
5. marital satisfaction
6. compatibility
7. satisfaction
8. commitment
9. Gottman
10. systematic
11. marital infidelity
12. intimacy
13. lifestyle
14. emotion regulation
15. marital commitment

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

نمی‌دهند و در کنار یکدیگر احساس راحتی و همراز بودن می‌کنند و به رابطه پنهانی خود ادامه می‌دهند (خدابخشی کولائی، بهرامی و اقلیما، ۱۳۹۶)؛ اما در آن سوی رابطه، زوجینی که خیانت همسر خود را تجربه می‌کنند، اضطراب، انتقام و واکنش‌های شدید هیجانی و عاطفی (خشم، انزجار، صدمه‌دیدن و حسادت) را تجربه می‌کنند و غالبا از نتایج منفی درونی مانند کاهش عزت‌نفس[1] و افزایش پریشانی روانی[2] رنج می‌برند (مدنی و حجتی، ۱۳۹۴). یکی از سازه‌های روانشناختی مرتبط با پیمان‌شکنی، کاهش رضایت زناشویی است. پژوهش حبیبی عسکرآباد و حاجی حیدری (۱۳۹۴) و عیسی‌نژاد و باقری (۱۳۹۵) نشان می‌دهد که پیمان‌شکنی زوجین منجربه کاهش رضایت زناشویی و آغاز رویارویی آنها با دادگاه‌های خانواده می‌شود. مردان و زنان هردو در برابر خیانت جنسی و عاطفی آشفته می‌شوند. یافته‌های محققین نشان می‌دهد که خیانت زناشویی می‌تواند رضایت زناشویی را کاهش دهد و اجتناب زناشویی و جدایی ایجاد کند (بروئر، هانت، جیمز و آبل، ۲۰۱۵؛ دانیل دروین و کراونز، ۲۰۱۷). یافته‌های پرولکس، هلمز و بوهلر (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که هرچه کیفیت زناشویی بالاتر باشد، بهزیستی روانشناختی‌شان نیز افزایش می‌یابد. یافته‌های فردوسی (۱۳۹۷) نشان می‌دهد کاهش کیفیت زندگی زناشویی و روابط زناشویی پیش‌بین خیانت زناشویی در زوجین است. بنابراین پیمان‌شکنی زناشویی منجربه کاهش کیفیت زندگی، ایجاد تعارض بین زوجین و تقلیل رضایتمندی زناشویی می‌شود (پیکون، پروس-کاگان، استرن، کیوگمبه، استوکل و بولر، ۲۰۲۰).

یکی از سازه‌های روانشناختی مرتبط با پیمان‌شکنی کاهش کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی را می‌توان شاخصی از توانایی سازگاری مناسب با تمام مخاطراتی که فرد و جهان اطراف او با آنها مواجه می‌شود، تعریف کرد. کیفیت زندگی زوجین متاثر از روابط بین آنهاست. یافته‌های احمدی، ماردپور و محمودی (۱۳۹۸) نشان می‌دهد روایت‌درمانی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی زوجین شود و روابط آنها را بهبود بخشد. مسلم است که با افزایش مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی زوجین دستخوش تغییر می‌شود و تعهد و بخشش را فرا می‌گیرند. یافته‌های پریویتی و اماتو (۲۰۰۴) روی بیش از ۱۴۰۰ زوج در یک مطالعه طولی گزارش می‌کند که پیمان‌شکنی زوجین می‌تواند پیش‌بین کاهش کیفیت زندگی و طلاق شود. تعارض زناشویی اغلب ناشی از فقدان درک و تفاهم زوجین است که در زمینه‌های شخصیتی، سبک تفکر، سبک زندگی و ارزش‌ها شکل می‌گیرد (خدایی، زارع، علیپور و شکری، ۱۳۹۴). ممکن است سلیقه‌های شخصی در زندگی مشترک چنان اعمال شود که رفتار زن یا مرد، برای همسر غیر قابل‌قبول باشد و بر کیفیت زندگی آنان و نوع رابطه با خانواده همسر تاثیر بگذارد. در حوزه تعارض زناشویی، زوجین نمی‌توانند با هم گفتگو کنند و مهارت‌های زندگی را نمی‌دانند؛ بنابراین به یک رابطه خارج از زندگی مشترک کشیده می‌شوند (ویسر و ویگل ، ۲۰۱۷).

در تعارض زوجین نفر سوم می‌تواند از اعضای خانواده (مادر، پدر، خواهر) یا یک معشوقه باشد که نیازهای روانی همسر را برطرف می‌کند و یک رفتار مثلث‌سازی[3] شکل می‌گیرد. در مثلث‌سازی شخص سوم در حل تعارض و مشکلات عاطفی زوج کمک می‌کند و همین امر منجربه تداوم رفتار مثلث‌سازی می‌شود (رازقی و اسلامی، ۱۳۹۵؛ براوو و لپکین، ۲۰۱۰). در مدلی برای تبیین پیمان‌شکنی زناشویی دو عامل عمده یعنی تعارض و اختلاف زناشویی[4] میان زوجین را توصیف می‌کنند. سالم یا ناسالم بودن یک رابطه به مقدار تعارض بین زوجین وابسته نیست بلکه به چگونگی توزیع و نحوه حل تعارض بستگی دارد. تعارض شامل دو بعد اساسی اهمیت‌دادن به خود و به دیگران است و بر این اساس سبک‌های یکپارچه[5] ملزم‌شده[6] سلطه‌گرانه[7] اجتنابی[8] و مصالحه[9] را ایجاد می‌کند (رحیم[10]، ۱۹۸۳). سبک‌های تعارض تعارض می‌تواند روی کیفیت زندگی اثر بگذارد و منجربه پیمان‌شکنی زناشویی شوند. در حیطه درمان پیمان‌شکنی زناشویی زوج‌درمانی رفتاری[11] (مارین، کریستنسن و اتکینز، ۲۰۱۴). در پژوهشی روی والدین کودکان دبستانی یوسفی، کریمی‌پور و امانی (۱۳۹۵) گزارش می‌کنند که بین سبک‌های

1. self-esteem
2. psychological distress

3. triangulation
4. marital dispute
5. Integrating (IN)
6. Obliging (OB)
7. Dominating (DO)
8. Avoiding (AV)
9. Compromising (CO)
10. Rahim
11. Behavioral Couple Therapy

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

حل تعارض با نگرش به خیانت رابطه‌ای وجود ندارد اما بین تعهد زناشویی و خیانت زناشویی رابطه وجود دارد.

پژوهش‌های اندکی درباره اثر زوج‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر خیانت زناشویی گزارش شده است. در این میان مومنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۳۹۰) در پژوهش خود گزارش می‌کنند این روش درمانی می‌تواند در کاهش تعارض زناشویی موثر باشد. تاکنون پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افزایش مهارت‌های حل تعارض، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی زناشویی پرداخته نشده است. بنابراین فرضیه‌های پژوهش به این شکل مطرح شد: فرضیه ۱- زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهبود سبک‌های حل تعارض زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی زناشویی موثر است. فرضیه ۲- زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی زناشویی موثر است. فرضیه ۳- زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش کیفیت زندگی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی زناشویی موثراست.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. در این مطالعه گروه کنترل وجود نداشت و خط پایه به مثابه گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زوج‌های دارای سابقه پیمان‌شکنی زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۹۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه موردنظر ۴ زوج (۸ نفر) وارد مرحله درمان شدند. کمترین سن در بین شرکت‌کنندگان ۲۲ سال و بیشترین سن ۳۶ سال بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۰/۲ سال به‌دست آمد. هیچ یک از زوجین سابقه ازدواج قبلی و طلاق نداشتند. دو زوج بدون فرزند و دو زوج دارای یک فرزند بودند. در خصوص میزان تحصیلات نیز، یک نفر دارای مدرک دیپلم، دو نفر دارای مدرک کاردانی، سه نفر دارای مدرک کارشناسی و دو نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. همچنین، میانگین طول مدت ازدواج ۵/۲ سال بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، رضایت به شرکت در جلسات درمانی، پیمان‌شکنی زناشویی از نوع عاطفی و هیجانی، نداشتن سابقه قبلی درمان مشابه، عدم سابقه طلاق، ازدواج اول، مدت ازدواج بین ۵ تا ۱۰ سال، نمره تعارض بالا و کیفیت زندگی پایین‌تر از میانگین، حضور هردو زوج در جلسات درمان و عدم ابتلا به وابستگی دارویی و الکل در هردو زوج بود. ابتدا همه زوج‌ها به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه زوج‌ها به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. به این نحو که زوج اول پس از یک جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته دوم وارد جلسه اول درمان و بعد از آن زوج دوم در جلسه دوم زوج اول وارد جلسه اول درمان و زوج سوم در جلسه دوم زوج دوم و جلسه سوم زوج اول وارد جلسه اول درمان و زوج چهارم نیز به همین ترتیب در جلسه دوم زوج سوم وارد درمان شدند. جلسات درمانی به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. زوج‌ها در پایان جلسات چهارم، ششم، هشتم و دهم به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[1] (WHOQOL)، پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم در زوجین[2] (ROCI-II) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ[3] (EMSS) به همراه داده‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بود که شامل، سن، طول مدت ازدواج، میزان تحصیلات، سابقه ازدواج قبلی، تعداد فرزندان پاسخ دادند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۵/۳۸ سال و انحراف استاندارد سنی آنها ۵/۹۹ بود. در این پژوهش از رویکرد تغییر شاخص پایا برای تجزیه‌وتحلیل داده استفاده شد. جدول۱ محتوای جلسات درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را نشان می‌دهد (فریش ۱۳۸۹).

1. Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-BREF)
2 . Conflict resolution styles questionnaire Rahim (ROCI-II)
3. Enrich Marital Satisfaction Scale (EMSS)

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

جدول ۱

سرفصل محتوای جلسات درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	محتوا
جلسه اول	برقراری ارتباط، بیان قواعد، شرح اهداف مداخله، جلب نظر و لزوم تعهد افراد جهت حضور در جلسات، معرفی مباحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی زناشویی و بهزیستی روانشناختی، اجرای پیش آزمون، بازخورد
جلسه دوم	مروری برجلسه قبل، تعریف درمان مبتنی برکیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشناکردن زوجین به درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین در زندگی زناشویی، خلاصه بحث، ارائه بازخورد
جلسه سوم	تغییر دادن نگرش؛ کیفیت زندگی از طریق تغییر نگرش نسبت به موقعیت، تصحیح هر نوع تحریف یا منفی‌گرایی در تفکر
جلسه چهارم	تعبیر اهداف و معیارها: راهبرد تقویت رضایتمندی در حیطه‌های مختلف چون روابط، شغل و غیره، تعبیر اهداف و موقعیت‌ها جهت یادگیری و اتخاذ اهداف واقع‌گرایانه و انعطاف‌پذیر
جلسه پنجم	تغییر اولویت‌ها: ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تاکید برحیطه‌های مهم و قابل کنترل زوجین
جلسه ششم	تقویت رضایتمندی از زندگی زناشویی در حیطه‌هایی که قبلا کمتر به آن توجه شده بود.
جلسه هفتم	معرفی و ارائه سه رکن درمان مبتنی برکیفیت زندگی (غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی)
جلسه هشتم	کاربرد اصول در زندگی روزمره و تغییرات در کسب شادمانی و رضایت از زندگی و شناسایی علائق
جلسه نهم	آموزش و ایجاد مهارت بیان و آموزش اصول ارتباطی اصل با هم بودن و صداقت و مهارت‌های گفتگو و بین‌فردی از قبیل همدلی و گوش‌دادن فعال
جلسه دهم	مروری بر آموزش‌های قبلی و بررسی احساسات همسران

ابزار سنجش

پرسشنامه رضایتمندی زناشویی اِنریچ (EMS). فرم کوتاه این پرسشنامه توسط سلیمانیان (۱۳۷۳) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۴۷ سوال است که به‌منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا در روابط زناشویی به‌کار می‌رود. این پرسشنامه برای هریک از ماده‌ها شامل پنج گزینه لیکرتی کاملا مخالفم تا کاملا موافقم است. نمرات بین ۴۷ تا ۸۴ نارضایتی شدید، نمرات بین ۸۵ تا ۱۲۲ نارضایتی نسبی، نمرات ۱۲۳ تا ۱۶۰ رضایت متوسط، نمرات ۱۶۱ تا ۱۹۸ رضایت زیاد و نمرات بین ۱۹۹ تا ۲۳۵ رضایت خیلی زیاد است. پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۷ گزارش شده است. همچنین روایی[1] آن از طریق ضریب همبستگی با فرم بلند را برابر با ۰/۹۵ گزارش می کند (سلیمانیان، ۱۳۷۳). پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی برابر با ۰/۹۴ است.

پرسشنامه استاندارد سبک‌های حل تعارض رحیم (ROCI-II). این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است و هدف آن ارزیابی سبک‌های حل تعارض افراد در رابطه با همسر است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (بسیار کم ۱، کم ۲، گاهگاهی ۳، زیاد ۴، بسیار زیاد ۵) است. درصورتی‌که نمرات پرسشنامه بین ۲۸ تا ۵۶ باشد، میزان حل تعارض در این جامعه ضعیف است.درصورتی‌که نمرات پرسشنامه بین۵۶ تا ۸۲ باشد، میزان حل تعارض در سطح متوسطی است. درصورتی‌که نمرات بالای ۸۲ باشد، میزان حل تعارض بسیار خوب است (حقیقی، ۱۳۹۱). رحیم و مگنر (۱۹۹۵) همسانی درونی[2] زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۷ گزارش می‌کنند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی[3] نشان داد که ماده‌های پرسشنامه ۰/۸۹ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. در پژوهش حقیقی (۱۳۹۱) روی زوجین معلم شهر بندرعباس گزارش می‌کند که پایایی آن در زیرمقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ متغیر بود. نتایج حاصل تحلیل عامل تاییدی[4] نشان می‌دهد که ۵ عامل این پرسشنامه ۷۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی برابر با ۰/۷۵ به‌دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL). این پرسشنامه که توسط سازمان بهداشت جهانی با حروف اختصاری (WHOQOL) برای سنجش کیفیت زندگی معرفی شده است و دارای ۴ زیرمقیاس سلامت

1. validity

2. internal consistency
3. Exploratory Factor Analysis
6. Confirming Factor Analysis

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

جسمی[1] (۷ سوال)، سلامت روان[2] (۶ سوال)، روابط اجتماعی[3](۳ سوال)، سلامت محیط اطراف[4] (۸ سوال) و یک نمره کلی است. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه‌ای نمره بین ۴ (نشانه بدترین کیفیت) و ۲۰ (نشانه بهترین کیفیت) به‌دست می‌آید. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. پایایی آزمون باز آزمون[5] برای زیرمقیاس‌ها برابر با سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق همبستگی کل سوالات با نمره کل برابر با ۰/۷۰ به‌دست آمد (نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵). پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی برابر با ۰/۷۵ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۲ تغییرات نمره‌های رضایت زناشویی در مراحل خط پایه، جلسات درمان و پیگیری برای هریک از زوجین را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود در ابتدای پژوهش، میزان رضایتمندی در زوج اول و دوم در سطح پایین و در زوج سوم و چهارم در سطح متوسط قرار داشت. پس از طی مراحل خط پایه و جلسات درمانی، نمرات رضایت زناشویی در هر مرحله همواره صعودی بوده است و در نهایت سطح رضایتمندی در هر چهار زوج با رشد همراه شد که بیشترین درصد بهبودی پس از درمان با ۴۰/ ۸۶ درصد مربوط به زوج اول و کمترین درصد بهبودی مربوط به زوج چهارم با ۲۶/۳۳ درصد بود. درصد بهبودی برای زوج دوم ۴۶/۶۱ درصد و برای زوج سوم۳۰/۸۰ درصد مشاهده شد. مطابق نتایج، میزان بهبودی برای زوج اول و دوم در سطح مطلوب قرار داشته و برای زوج‌های سوم و چهارم در سطح متوسط بوده است. درصد بهبود کلی پس از درمان نیز ۴۴/۷۶ به‌دست آمد.

همچنین شاخص تغییر پایا (درمان) برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۷/۳۴، ۳/۲۲ ، ۲/۷۹ ، ۲/۴۲ به‌دست آمد که که با توجه به سطح معناداری ($p <$ ۰/۰۵) نمره‌ی هر چهار زوج در رضایت زناشویی به بالاتر از Z = ۱/۹۶ رسیده است. درصد بهبودی پس از پیگیری دو ماهه در زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۸۴/۴۶ ، ۵۴/۱۲ ، ۸۹/ ۲۵، ۱۸/۹۳درصد به‌دست آمد. این درصد بهبودی برای زوج‌های اول و دوم مطلوب، برای زوج سوم متوسط و برای زوج چهارم ضعیف محاسبه می‌شود. همچنین شاخص تغییر پایا (درمان) برای زوج‌های اول تا چهارم پس از پیگیری دو ماهه ۶/۸۹ ، ۳/۹۱، ۲/۴۱ ، ۲/۱۳ به‌دست آمد که با توجه به سطح معناداری (۰/۰۵ $p <$) نمره‌ی هر چهار زوج در رضایت زناشویی به بالاتر از ۱/۹۶ = Z رسیده است. این نتایج کم‌وبیش برای مردان و زنان با شیب یکسان همراه بوده است و به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات هر چهار زوج در متغیر رضایت زناشویی از نظر آماری قابل‌قبول و نتیجه‌ی تأثیرات درمانی است و بدین ترتیب، می‌توان اینطور نتیجه گرفت که زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش رضایت زناشویی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی زناشویی موثر است.

1. physical health
2. mental health
3. social relations
4. surrounding health
5. test-retest reliability

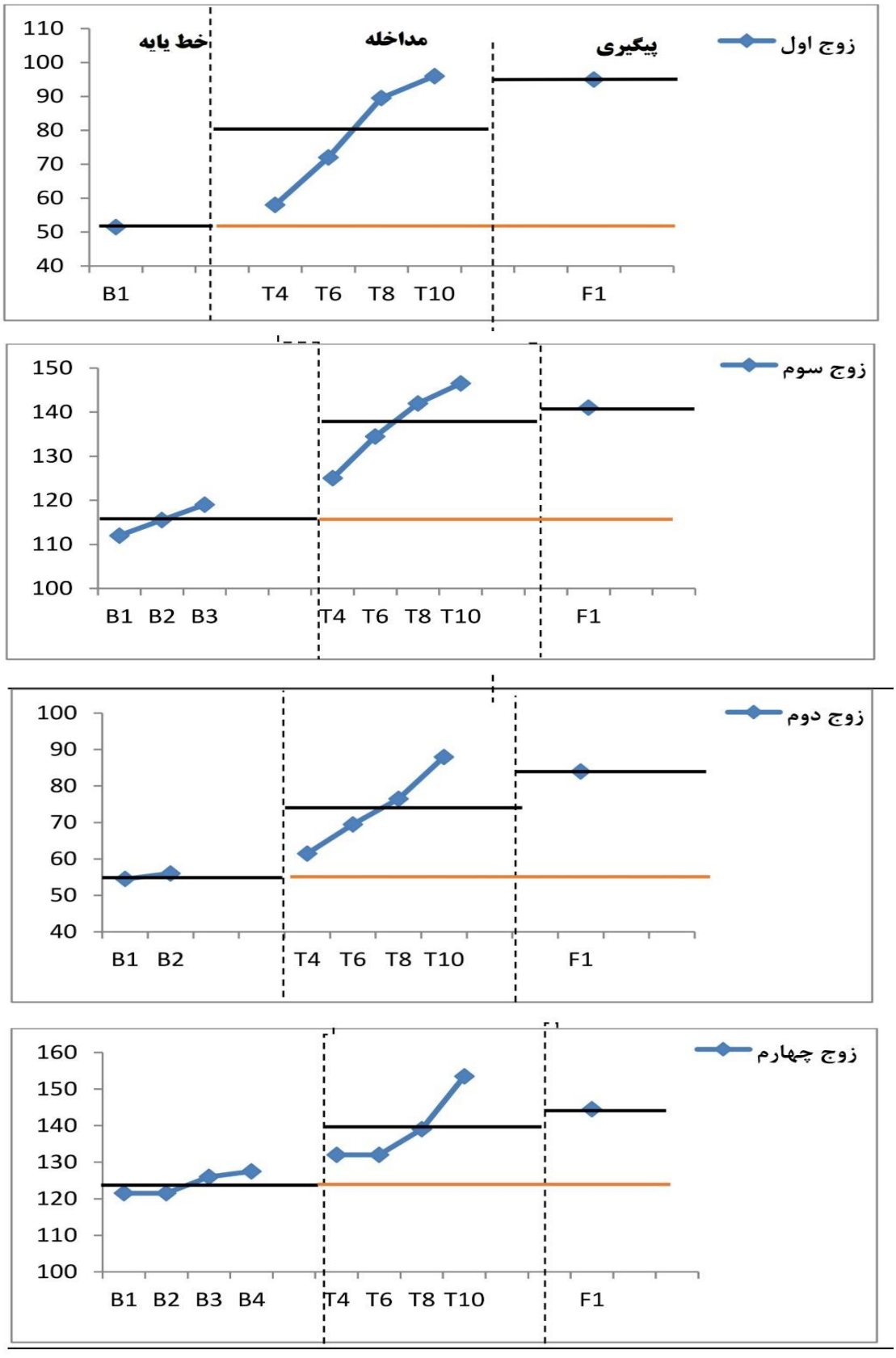
Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

جدول ۲

نمرات چهار زوج در متغیر رضایت زناشویی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراحل درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج چهارم
خط پایه‌ی اول	۵۱/۵	۵۴/۵	۱۱۲	۱۲۱/۵
خط پایه‌ی دوم	_	۵۶	۱۱۵/۵	۱۲۱/۵
خط پایه‌ی سوم	_	_	۱۱۹	۱۲۶
خط پایه‌ی چهارم	_	_	_	۱۲۷/۵
میانگین مراحل خط پایه	۵۱/۵	۵۵/۲۵	۱۱۵/۵	۱۲۴/۱۲
جلسه چهارم درمان	۵۸	۶۱/۵	۱۲۵	۱۳۲
جلسه‌ی ششم درمان	۷۲	۶۹/۵	۱۳۴/۵	۱۳۲
جلسه‌ی هشتم درمان	۸۹/۵	۸۶/۵	۱۴۲	۱۳۹
جلسه‌ی دهم درمان	۹۶	۸۸	۱۴۶/۵	۱۵۳/۵
میانگین جلسات درمان	۷۸/۸۷	۷۳/۸۷	۱۳۷	۱۳۶/۶۲
شاخص تغییر پایا (درمان)	۷/۳۴	۳/۲۲	۲/۷۹	۲/۴۲
درصد بهبودی درمان	۸۶/۴۰	۶۱/۴۶	۳۰/۸۰	۲۶/۳۳
درصد بهبودی کلی	۴۴/۷۶			
پیگیری دو ماهه	۹۵	۸۴	۱۴۱	۱۴۴/۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۶/۸۹	۳/۹۱	۲/۴۱	۲/۱۳
درصد بهبودی پس از درمان	۸۴/۴۶	۵۴/۱۲	۲۵/۸۹	۱۸/۹۳
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۴۵/۸۵			

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های متغیر رضایت زناشویی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در چهار زوج

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

جدول ۳ نمرات تغییرات مربوط به حل تعارض در مراحل درمانی خط پایه مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. همانطور که در نمودار ۲ مشاهده می شود، نمرات حل تعارض در ابتدای درمان برای زوج اول برابر با ۴۵، زوج دوم برابر با ۵۲/۲ ، زوج سوم برابر با ۵۷ و زوج چهارم برابر با ۶۲ گزارش شد. با توجه به سیستم امتیازدهی درواقع میزان حل تعارض برای زوج اول و دوم ضعیف و برای زوج سوم و چهارم در حد متوسط قرار داشت. میانگین مراحل خط پایه برای زوج اول ۴۵، زوج دوم ۵۴/۵۲، زوج سوم ۶۲/۳ و زوج چهارم ۶۸/۷۸ به‌دست آمد. در طول مراحل درمان اگرچه در چند نقطه نمرات ثابت یا با نزول همراه بود اما به‌طورکلی شاهد افزایش نمرات در هر چهار زوج بودیم؛ به‌طوری‌که در پایان جلسه دهم درمان، زوج اول با نمره ۷۰ و زوج دوم با نمره ۷۴ در سطح متوسط حل تعارض و زوج سوم با نمره ۸۴ و زوج چهارم با نمره ۸۶ در سطح بسیار خوب حل تعارض قرار گرفتند. همچنین درصد بهبودی پس از درمان برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۵۵/۵، ۴۰/۹۵، ۴۷/۳۶، ۳۸/۷۰ درصد به‌دست آمد.

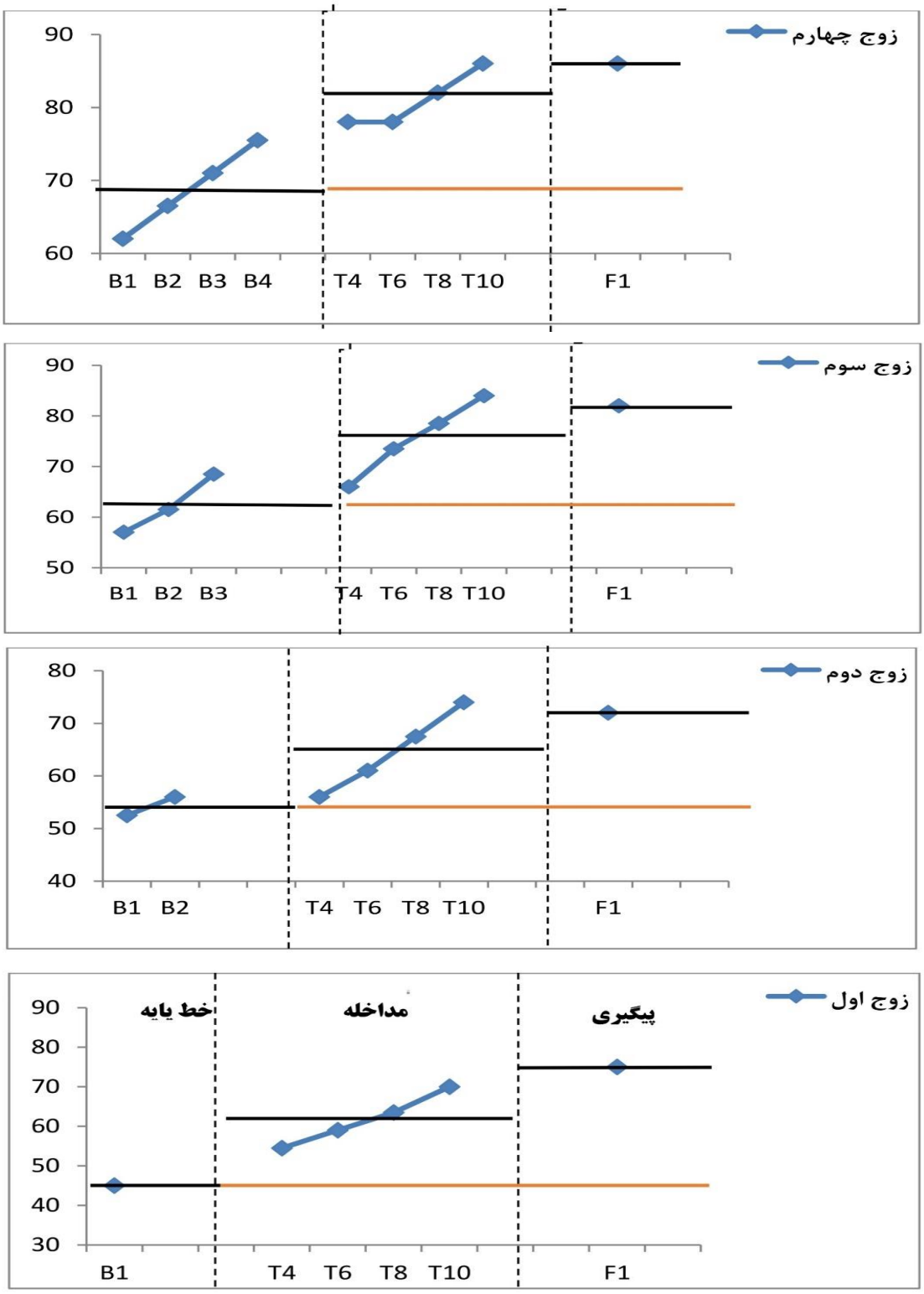
شاخص تغییر پایا (درمان) نیز برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۳/۳۴، ۳/۲۱، ۲/۵۳، ۲/۳۵ به‌دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p < ۰/۰۵$) نمره‌ی هر چهار زوج در حل تعارض به بالاتر از $Z = ۱/۹۶$ رسیده است. درصد بهبودی کلی پس از درمان نیز ۳۹/۸۸ به‌دست آمد. همانطورکه در جدول ۳ نیز مشاهده می‌شود، نمرات مربوط به حل تعارض در جلسه پیگیری دو ماهه نیز اگرچه برای زوج سوم با اندکی کاهش و برای زوج چهارم ثابت بود، اما در کل در جایگاه خوبی قرار گرفت و این نمره برای زوج‌های اول و دوم با افزایش همراه بود. درصد بهبودی پس از درمان پس از جلسه پیگیری دو ماهه برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب، ۶۶/۶، ۳۷/۱۴، ۴۳/۸۵، و ۳۸/۷۰ درصد به‌دست آمد و درصد بهبود کلی پس از درمان نیز ۴۶/۸۵محاسبه شد. همچنین شاخص تغییر پایا (درمان) پس از جلسه پیگیری دو ماهه، برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۶/۸۹، ۳/۹۱، ۲/۴۱، و ۲/۱۳ به‌دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p < ۰/۰۵$) نمره‌ی هر چهار زوج در حل تعارض به بالاتر از $Z = ۱/۹۶$ رسیده است. در نتیجه با توجه به امتیازهای به‌دست آمده، می‌توان گفت که درمان مثمرثمر بوده است و اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سبک‌های حال تعارض، تأثیر مثبتی داشته است و این تأثیرها هم در آقایان و هم در خانم‌ها مشاهده شد.

جدول ۳

نمرات چهار زوج در متغیر حل نعارض در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراحل درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج چهارم
خط پایه‌ی اول	۴۵	۵۲/۵	۵۷	۶۲
خط پایه‌ی دوم	_	۵۶	۶۱/۵	۶۶/۵
خط پایه‌ی سوم	_	_	۶۸/۵	۷۱
خط پایه‌ی چهارم	_	_	_	۷۵/۵
میانگین مراحل خط پایه	۴۵	۵۴/۲۵	۶۲/۳	۶۸/۷۸
جلسه چهارم درمان	۵۴/۵	۵۶	۶۶	۷۸
جلسه‌ی ششم درمان	۵۹	۶۱	۷۳/۵	۷۸
جلسه‌ی هشتم درمان	۶۳/۵	۶۷/۵	۷۸/۵	۸۲
جلسه‌ی دهم درمان	۷۰	۷۴	۸۴	۸۶
میانگین جلسات درمان	۶۱/۷۵	۶۴/۶۲	۷۵/۵	۸۱
شاخص تغییر پایا (درمان)	۴/۳۴	۳/۲۱	۲/۵۳	۲/۳۵
درصد بهبودی پس از درمان	۵۵/۵۵	۴۰/۹۵	۴۷/۳۶	۳۸/۷۰
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۳۹/۸۸		
پیگیری دو ماهه	۷۵	۷۲	۸۲	۸۶
شاخص تغییر پایا (درمان)	۶/۸۹	۳/۹۱	۲/۴۱	۲/۱۳
درصد بهبودی پس از درمان	۶۶/۶۶	۳۷/۱۴	۴۳/۸۵	۳۸/۷۰
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۴۶/۵۸		

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های متغیر حل تعارض در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در چهار زوج

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

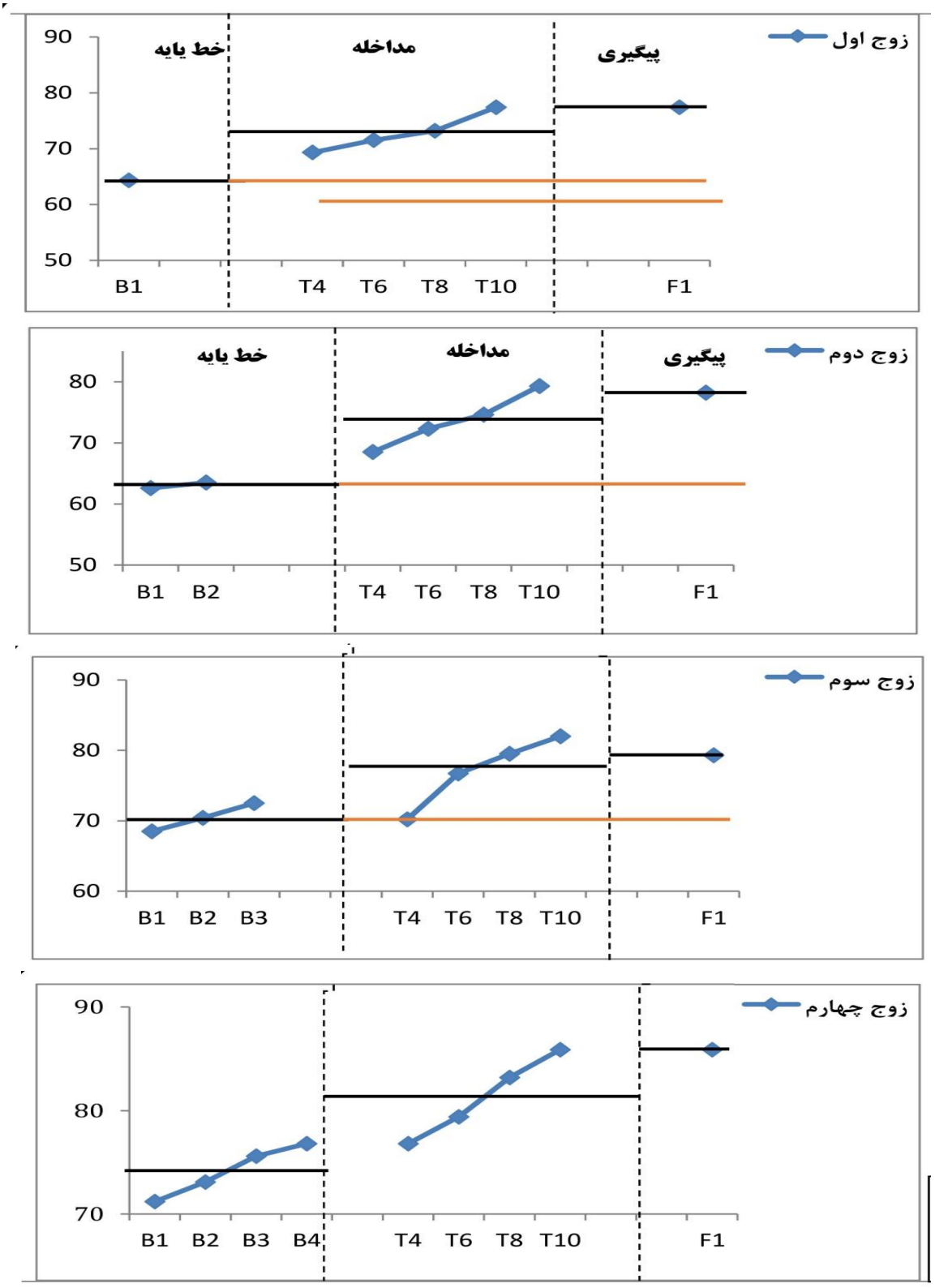
جدول ۴ نمرات کلی کیفیت زندگی در طی مراحل درمان، از خطوط پایه تا جلسات درمانی را نشان می‌دهد و جدول ۴ این نمرات را در جلسه پیگیری دو ماهه نشان می‌دهد. همانطورکه در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی در ابتدای درمان برای زوج اول برابر با ۶۴/۳، زوج دوم برابر با ۶۲/۶، زوج سوم برابر با ۶۸/۵ و زوج چهارم برابر با ۷۱/۲ گزارش شد. در طول مراحل درمان اگرچه در چند نقطه نمرات ثابت یا با نزول همراه بود، اما به‌طورکلی شاهد افزایش نمرات در هر چهار زوج بودیم به‌طوری‌که در پایان جلسه دهم درمان، زوج اول نمره ۷۷/۴ و زوج دوم نمره ۷۹/۳، زوج سوم نمره ۸۲ و زوج چهارم نمره ۸۵/۹ را به‌دست آوردند. همچنین درصد بهبودی پس از درمان برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۳۸/۱۹، ۲۶/۶۷، ۱۹/۷۰ و ۲۰/۶۴ درصد به‌دست آمد. شاخص تغییر پایا (درمان) نیز برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۳/۶۴، ۲/۵۴، ۱/۸۳ و ۲/۱۶ به‌دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p <$ ۰/۰۵) نمره‌ی هر چهار زوج در کیفیت زندگی به بالاتر از Z = ۱/۹۶ رسیده است. درصد بهبودی کلی پس از درمان نیز ۲۶/۳ به‌دست آمد. همانطورکه در جدول ۴ نیز مشاهده می‌شود، نمرات مربوط به کیفیت زندگی در جلسه پیگیری دو ماهه نیز اگرچه برای زوج اول و چهارم ثابت و برای زوج دوم و سوم با اندکی کاهش همراه بود اما در کل در جایگاه خوبی قرار گرفت. درصد بهبودی پس از درمان پس از جلسه پیگیری دو ماهه برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب، ۲۰/۳۷، ۲۴/۹۲، ۱۵/۷۶ و ۲۰/۶۴ درصد به‌دست آمد. درصد بهبودی کلی پس از درمان نیز ۲۰/۴۲به‌دست آمد.

همچنین شاخص تغییر پایا(درمان) پس از جلسه پیگیری دو ماهه، برای زوج‌های اول تا چهارم به‌ترتیب ۲/۱۴، ۲/۳۶، ۱/۶۵ و ۲/۱۶به‌دست آمد که با توجه به سطح معناداری (۰/۰۵ > p) نمره‌ی هر چهار زوج در کیفیت زندگی به بالاتر از ۱/۹۶ = Z رسیده است. درنتیجه با توجه به امتیازهای به‌دست آمده می‌توان گفت که درمان مثمرثمر بوده است و اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی، تاثیر مثبتی داشته است و این تاثیرها هم در آقایان و هم در خانم‌ها مشاهده شد.

نمرات چهار زوج در متغیر کیفیت زندگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراحل درمان	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم	زوج چهارم
خط پایه‌ی اول	۶۴/۳	۶۲/۶	۶۸/۵	۷۱/۲
خط پایه‌ی دوم	_	۶۳/۵	۷۰/۴	۷۳/۱
خط پایه‌ی سوم	_	_	۷۲/۵	۷۵/۶
خط پایه‌ی چهارم	_	_	_	۷۶/۸
میانگین مراحل خط پایه	۶۴/۳	۶۳/۰۵	۷۰/۴۶	۷۴/۱۷
جلسه چهارم درمان	۶۹/۳	۶۸/۵	۷۰/۲	۷۶/۸
جلسه‌ی ششم درمان	۷۱/۵	۷۲/۳	۷۶/۷	۷۹/۴
جلسه‌ی هشتم درمان	۷۳/۲	۷۴/۶	۷۹/۵	۸۳/۲
جلسه‌ی دهم درمان	۷۷/۴	۷۹/۳	۸۲	۸۵/۹
میانگین جلسات درمان	۷۲/۹۲	۶۴/۶۲	۷۳/۶۷	۸۱/۳۲
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۶۴	۲/۵۴	۱/۸۳	۲/۱۶
درصد بهبودی پس از درمان	۳۸/۱۹	۲۶/۶۷	۱۹/۷۰	۲۰/۶۴
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۲۶,۳		
پیگیری دو ماهه	۷۷/۴	۷۸/۲	۷۹/۳	۸۵/۹
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۱۴	۲/۳۶	۱/۶۵	۲/۱۶
درصد بهبودی پس از درمان	۲۰/۳۷	۲۴/۹۲	۱۵/۷۶	۲۰/۶۴
درصد بهبودی کلی پس از درمان		۲۰/۴۲		

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021



نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های متغیر کیفیت زندگی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در چهار زوج

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سبک‌های حل تعارض، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین دارای سابقه پیمان‌شکنی انجام گرفت. بررسی نتایج نشان داد که این روش درمانی می تواند در بهبود رضایت زناشویی زوجین پیمان‌شکن اثربخش باشد. این یافته با یافته‌های مومنی جاوید و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. همچنین درباره اثر پیمان‌شکنی بر رضایت زناشویی نیز یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های حبیبی عسکرآباد و همکاران (۱۳۹۴)، عیسی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، بروئر و همکاران (۲۰۱۵) و فردوسی (۱۳۹۷) همسو است. پیمان‌شکنی زوج، زندگی را آشفته می‌کند و رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد. روابط بین‌فردی بین زوجین با بدگمانی رشد می‌یابد و ارتباط دوسویه را کاهش می‌دهد. همان‌طورکه در رضایت زناشویی اصل اساسی بر اعتماد و صداقت است، اما پیمان‌شکنی منجربه رشد بی‌اعتمادی شده و رضایت زتاشویی را ضعیف می‌کند و هردو از هم ناراضی می‌شوند. دانیل و همکاران (۲۰۱۷) توصیف می‌کنند که پیمان‌شکنی زوجین با جدایی عاطفی و کاهش عشق و محبت نسبت به یکدیگر همراه است.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که زوج‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند بر حل تعارض زوجین مؤثر باشد. این یافته با یافته‌های مومنی جاوید و همکاران (۱۳۹۰)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸) پیکون و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. شادکامی، بخشودن، خوش‌بین بودن در هر شرایط از زندگی و بر اساس اهدافی مثل افزایش و بهبود بخشیدن به غنای درونی و تجربه افزایش میزان کیفیت زمانی که مراجع تجربه می‌کند و افزایش معنا و هدف زندگی مراجع به‌صورت‌کلی در پی افزایش کیفیت زندگی مراجعان است. یافته‌های بالینی بشرپور (۱۳۹۱) روی گروهی از زنان آسیب‌دیده از خیانت همسرانشان گزارش می‌کند که درمان پردازش شناختی می‌تواند منجربه بهبود کیفیت زندگی زنان شود. به‌طورکلی فرد آسیب‌دیده از خیانت زناشویی با احساس قربانی‌شدن و رهاشدگی روبرو می‌شود و درنتیجه به‌طور فرسایشی کیفیت زندگی وی دچار آسیب می‌شود. بنابراین پیمان‌شکنی زناشویی منجربه کاهش کیفیت زندگی، ایجاد تعارض بین زوجین و تقلیل رضایتمندی زناشویی می‌شود. راهبردهای مؤثر توسط مشاوران برای بهبود رابطه بین‌فردی زوجین و ارائه پاسخ‌های منطقی به یکدیگر و نحوه ساماندهی ارتباط بین‌فردی بین زوجین می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. در زوجین پیمان‌شکن کیفیت زندگی و روابط بین‌فردی دچار آسیب می‌شود و هردو زوج نسبت به یکدیگر تردید دارند و احساس شکست می‌کنند و علاقه‌ای به همدردی با یکدیگر ندارند. پس لزوم راهبردهای زوجی برای بهبود کیفیت زندگی گام‌هایی مؤثر برای جذب‌شدن زوجین به سوی یکدیگر است. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها، دارای برخی محدودیت‌ها ازجمله در دسترس بودن آزمودنی‌ها و کم بودن نمونه به دلیل استفاده از روش‌شناسی طرح تک موردی بود. این قبیل محدودیت‌ها مانعی برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها قلمداد می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های آزمایشی با ترغیب و مشارکت بیشتر زوجین با سابقه پیمان‌شکنی استفاده شود. همچنین توصیه می‌شود از روش‌های درمانی دیگر همچون روایت‌درمانی و زوج‌درمانی شناختی به‌صورت مقایسه‌ای برای حل مشکلات زوجین پیمان‌شکن استفاده شود.

تشکر و سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز است و در آن هیچ تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع

احمدی، س.، ماردپور، ع.، و محمودی، آ. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. *روش ها و مدل های روانشناختی*، *۱۰*، ۶۷-۶۷.

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

آقایوسفی متقاضی، ع.، فتحی آشتیانی، ع.، علی اکبری، م.، و ایمنی‌فر، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد مبتنی بر واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض‌های زناشویی و بهزیستی اجتماعی. *زن و جامعه*،۲۰،۷-۱.

بشارت، م. ع.، میرزایی، ط.، غلامعلی لواسانی، م.، و تقی‌پور، م. (۱۳۹۶). نقش تعدیل‌کننده عواطف مثبت و منفی در رابطه بین دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی. *دو فصلنامه روانشناسی خانواده*، ۴، ۱۸-۱۳.

بشرپور، س. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس‌آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه‌شده با خیانت زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*،۲، ۲۰۸-۱۹۳.

پاداش، ز.، فاتحی‌زاده، م.، و عابدی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۰۱، ۱۳۰-۱۱۵.

جاویدی، ن.، سلیمانی، ع.، احمدی، خ.، و صمدزاده، م. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۵، ۴۱۰-۴۰۲.

حبیبی عسگرآباد، م.، و حاجی حیدری، ز. (۱۳۹۴). علل خیانت زناشویی از دیدگاه زوجین مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده :یک مطالعه کیفی . *خانواده پژوهی*، ۱۱، ۱۸۶-۱۶۵.

حقیقی، ح. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه استاندارد سبک‌های حل تعارض رحیم در بین زوجین ایرانی. *فصلنامه مشاوره و رواندرمانی خانواده*، ۴، ۵۶۱-۵۳۴.

خدابخشی کولایی، آ.، بهرامی، س.، و اقلیما، م. (۱۳۹۶). بررسی کیفیت عشق و رضایت جنسی در مردان با سابقه پیمان‌شکنی و فاقد سابقه پیمان‌شکنی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵، ۱۲-۵.

خدایی، ع.، زارع، ح.، علیپور، ا.، و شکری، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه بازآموزی اسنادی مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات اجتماعی کرک و داج بر سبک حل تعارض، خوش‌بینی و کاهش تعارضات والد- نوجوان در مادران. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۲، ۳۸-۲۷.

رازقی، ن.، و اسلامی، ا. (۱۳۹۵). مطالعه کیفی علت‌های تعارض خانواده، *فصلنامه زنان و خانواده*، ۱۰، ۷۲-۵۳.

سلیمانیان، علی. (۱۳۷۳) *بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم تهران.

عیسی‌نژاد، ا.، و باقری، آ. (۱۳۹۵). پدیدارشناسی روش‌های توجیه خیانت: سازوکارهای رویارویی با ناهماهنگی شناختی در روابط فرازناشویی. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۶ ، ۲۰۷-۱۸۹.

عیسی‌نژاد، ا.، و رمضانی، س. (۱۳۹۷). مقایسه آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی در بهبود راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۳۵-۳۹.

فتح الهزاده، ن.، میرصیفی فرد، ل.، کاظمی، م.، سعادتی، ن.، و نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی غنی‌سازی زندگی زناشویی بر اساس نظریه انتخاب بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زوج‌ها. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۱۱، ۳۷۲-۳۵۳.

فردوسی، س. (۱۳۹۷) پیش‌بینی نگرش به خیانت زناشویی بر اساس دلبستگی در روابط زناشویی، کیفیت روابط زناشویی و سبک‌های دلبستگی. *روانشناسی معاصر*،۱۳ ، ۱۴۹-۱۵۷.

فریش م. ب. (۱۳۸۹). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی کاربرد رویکرد رضایتمندی از زندگی در روانشناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی*. ترجمه اکرم خمسه. تهران. انتشارات ارجمند.

کریمی، س.، یوسفی، ر.، و سلیمانی، م. (۱۳۹۶). نقش صفات بنیادی شخصیت در پیش‌بینی مولفه‌های خیانت زناشویی از دیدگاه دانشجویان. *نشریه دانشور رفتار*، ۱۵،۱۵ -۹۷.

گاتمن، جان. (۱۳۹۷). *علم عشق*. ترجمه هاشم پوریامهر. تهران: نشر دانژه.

مدنی، ی. و حجتی، س. (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۶، ۶۰-۳۹.

Downloaded from ijfp.ir at 20:27 +0330 on Saturday October 23rd 2021

مومنی جاوید، م.، و شعاع کاظمی، م. (۱۳۹۰). تاثیر روان‌درمانی زوجینی بر کیفیت زندگی زوجین آسیب‌دیده از خیانت‌های زناشویی. *مجله پژوهش و سلامت، ۱*، ۶۱-۵۳.

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، س . (۱۳۸۵) . استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF):ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴، ۱۲-۱.

یوسفی، ن.، کریمی‌پور، ب.، امانی، ا. (۱۳۹۵). بررسی مدل باورهای مدهبی سبک‌های حل تعارض و تعهد زناشویی با نگرش نسبت به خیانت زناشویی. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۶، ۶۴-۴۷.

REFERENCES

Adamopoulou, E. (2013). New facts on infidelity. *Economics Letters, 121,* 458-462.

Aneesa, A., Najma, I. M., & Noreen, A. K. (2013). Family communication and family system as the predictors of family satisfaction in adolescents. *Journal of Psychology, 10,* 258-264.

Bravo, I. M., & White Lumpkin, P. (2010). The complex case of marital infidelity: An explanatory model of contributory proceses to faciltate psychotherapy. *The American Journal of Family Therapy, 38,* 421-432.

Brewer, G., Hunt, D., James, G., & Abell, L. (2015). Dark Triad traits, infidelity and romantic revenge. *Personality and Individual Differences ,83*, 122-127.

Duggal, c., Agraupal, J., & Shah, A., (2011). Marriage after infidelity: a case analysis. *Indian Journal of Social Psychiatry, 27,* 45-51.

Loudova, I., Janis, K., & Havier's. (2013). Infidelity as a threatening factor to the existence of the family. *Procedia- social and Behaavioral Sciences 106,* 1462-1469.

Marin, R., & Christensen. A. (2014). Infidelity and Behavioral Couple Therapy: Relationship Outcomes Over 5 Years Following Therapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 3, 1*,1-12.

Mark, K.P., Janssen, E., & Milhausen, R.R. (2011). Infidelity in heterosexual couples: Demographic,interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. *Archives of Sexual Behavior,40*, 971-982.

Mc Daniel, B.T., Drouin, M., Cravens, J.D. (2017). Do you have anything to hide? Infidelity-related behaviors on social media sites and marital satisfaction. *Computers in Human Behavior, 66,* 88-95.

Pichon, M.,Treves-Kagan, S.,Stern, E.,Keyegombe, N.,Stokel, H., & Buller, M.A.(2020). A Mixed-Methods Systematic Review: Infidelity, Romantic Jealousy and Intimate Partner Violence against Women. International Journal of Environmental Research and Public Health, *International Journal of Enviromantal Research and Public Health,56*,1-35.

Previty, D., & Amato, P.R. (2004). Is Infidelity a cause or a consequence of marriage of poor marital? *Journal of Social and Personal Relationships, 21*,217-230.

Proulx, C.M., Helms, H.M.,& Buehler, C.(2007). Marital quality and personal well-being: *A meta-analysis Journal of Marriage and Family, 69,576*-593.

Rahim, M. & Magner, N. (1995). Confirmatory factor analysis of the styles of handling interpersonal conflict: first order factor model and its invariance across groups. *Journal of applied psychology, 80,* 548-565.

Rahim, M. A. (1983). *Theory and Research in Conflict Management*. New York, NY: Praeger Publishing.

Weiser, D. A., & Weigel, D. J. (2016). Self-efficacy in romantic relationships: direct and indirect effects on relationship maintenance and satisfaction. *Personality and Individual Differences, 89*, 152-156.

COPYRIGHTS

©2021 by the authors. Licensee Family Psychology Association of Iran (FPAI). This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)