

اثر بخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران زهرآ پاداش^۱

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان

مریم‌السادات فاتحی زاده و محمد رضا عابدی

دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان

پذیرش مقاله: ۹۰/۵/۱۹

دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۱۵

چکیده

هدف: محققان حوزه‌های روان‌شناختی، علوم زیستی و علوم اجتماعی به اهمیت نقش شادی در بهداشت روانی، سلامت جسمانی، کارآمدی، بهره‌وری و مشارکت اجتماعی اشاره نموده‌اند و به ارائه انواع روشهای افزایش شادی پرداخته‌اند. این پژوهش به بررسی تاثیر آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی زنان و مردان متأهل شهر اصفهان پرداخته است.

روش: این پژوهش تجربی از نوع میدانی است. جامعه آماری این پژوهش زنان و مردان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره الفبای زندگی در بهار و تابستان سال ۱۳۸۹ بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۲ زن و مرد متأهل بودند که به روش نمونه‌گیری داوطلب با جایگزینی تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. زنان و مردان متأهل گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه در هشت هفته تحت آموزش به شیوه‌ی کیفیت زندگی درمانی قرار گرفتند و بر روی گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها مبتنی بر آزمون تی برای گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت معنادار بین نمرات شادکامی گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی زنان و مردان متأهل مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: شادکامی همسران، کیفیت زندگی درمانی، شادکامی

۱- آدرس نویسنده مسؤل، زهرآ پاداش، کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان

تلفاکس: ۰۳۱۱-۶۶۳۵۷۴۱ Email:z.padash@yahoo.com

مقدمه

حداقل از زمان یونان باستان، فیلسوفان و صاحب نظران راجع به شرایط لازم برای شادکامی به تعمق و تفکر پرداخته‌اند (وینهاون^۱، ۱۹۸۴).

آنان دیدگاه‌های بسیار متفاوت راجع به شادکامی^۲ داشته‌اند. بعضی از این فیلسوفان معتقد بودند شادکامی را می‌توان به بهترین وجه با سرکوب امیال و خواسته‌ها به دست آورد، در حالی که عده‌ای دیگر، تحقق امیال را کلید شادکامی می‌دانستند (فریش، ۲۰۰۶).

افلاطون شادکامی را محصول جانبی منصف بودن و اخلاقی عمل کردن می‌دانست (پلاتو^۳، ۲۰۰۱). ارسطو اعتقاد داشت که همه‌ی تلاش انسان، معطوف به تأمین شادکامی برای داشتن زندگی خوب است. اصول اخلاقی او را می‌توان به عنوان اولین کتاب خودیاری شادکامی تلقی کرد، به این معنا که هدف آن عبارت بود از راهنمایی در جهت استحکام یک زندگی پربار و شاد (هیوجز، ۲۰۰۱). در تلخیص و جمع‌بندی دیدگاه‌های فلسفی و نظری راجع به شادکامی، نظریه‌ی ریچارد کوآن (۱۹۹۷) قابل تأمل است. کوآن پس از مرور و بازنگری قسمت اعظم آنچه فیلسوفان و روان‌شناسان نظریه‌گرا راجع به شادکامی، ارضاء، تحقق خود و بهداشت روانی گفته‌اند اظهار می‌دارد که شادکامی را می‌توان به پنج حالت یا روش اساسی کسب کرد:

- ۱- کارایی یا شایستگی در مهارت‌های اساسی زندگی طوری که شخص بتواند روی کار و علل بیرون از خود تمرکز کند. این مهارت‌ها عبارتند از مهارت‌های اساسی ارتباطی و فکری.
- ۲- خلاقیت که در آن افراد به گونه‌ای خلاق نسبت به تجربه‌ی زندگی، آزاد و انعطاف‌پذیر بوده و نقش اصیل و مبتکرانه‌ای را در چگونگی زندگی و کار خود ایفا می‌کنند.
- ۳- هماهنگی درونی شامل پذیرش و درک شخصی.
- ۴- پیوند داشتن با دیگران یعنی برخوردار بودن از همدلی، حساسیت و همدردی نسبت به افرادی که در زندگی نگران آنها هستیم و نیز نسبت به کل بشریت. این ویژگی باعث ایجاد روابط

1- Veen hoven

2- Happy

3- Plato

ارضاء‌کننده و بارور می‌شود و توجه آدمی را فراتر از خویشتن می‌برد و به طور کلی او را معطوف و متوجه نوع بشر می‌گرداند.

۵- تعالی که در آن خود، مجزا یا بیگانه شده از جهان، طبیعت و عالم در نظر گرفته نمی‌شود و مفهوم عرفانی از وحدت را با کل بزرگ‌تری که می‌توان آن را خدا، طبیعت، زیبایی نهایی یا عشق‌ناامید تجربه کرد (فریش^۱، ۲۰۰۶).

آرگایل^۲ (۱۳۸۳) معتقد است شادی عبارت است از بودن در حالت خوشحالی یا سرور یا دیگر هیجانانگیز مثبت یا عبارت است از راضی بودن از زندگی خود و عدم وجود جزء سوم یعنی فقدان افسردگی، اضطراب یا دیگر عواطف منفی. وی اصطلاح بهزیستی ذهنی را جانشین شادی قرار می‌دهد. افرادی که در مقیاس‌های شادمانی نمره‌ی بالایی می‌آورند، عموماً افرادی شاد و خوش‌بین می‌باشند، از اینکه وجود دارند راضی‌اند، زندگی را با ارزش می‌دانند و با جهان در صلح و تفاهم هستند. برعکس کسانی که نمره‌ی آنان کم می‌شود، از نظر شخصیتی بدبین، غمگین و مأیوس بوده، از زندگی خود ناامید و با جهان در تضاد هستند (آیزنگ، ۱۳۷۵؛ ترجمه‌ی فیروزبخت).

پس در تعریف شادکامی به سه بعد توجه می‌گردد: ۱- رضایت از زندگی، ۲- حداکثر عاطفه‌ی مثبت ۳- حداقل عاطفه‌ی منفی. دینر (۲۰۰۳) شادمانی را مربوط به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی می‌داند. او معتقد است زمانی به شخص گفته می‌شود دارای بهزیستی ذهنی بالا است که رضایت از زندگی را به وفور تجربه کند و به طور نادر، هیجان‌های نامطلوب مثل ناراحتی و خشم را تجربه کند و در مقابل کسی دارای بهزیستی ذهنی پایینی است که از زندگی‌اش ناراحت بوده و تجربه‌ی لذت کمی را داشته و معمولاً هیجان‌های منفی مثل اضطراب و خشم را تجربه می‌کند (دینر، ۲۰۰۰).

1- Fresh
2- Arggle

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهره پاداش و همکاران

نظریه پردازان و پژوهشگران حیطه‌های علوم زیستی و علوم انسانی سعی کرده‌اند منابع و عوامل مؤثر بر شادمانی را معرفی نمایند. این منابع و عوامل می‌توانند تحت مجموعه عوامل روانی، جسمانی، اجتماعی، اقتصادی، مذهبی و فرهنگی مورد بحث قرار گیرند. از عوامل روانی می‌توان به شخصیت و ابعاد آن، سبک‌های شناختی، خوش‌بینی، خشنودی و رضایتمندی و سلامت روانی اشاره داشت (لارسون و دینر، ۱۹۸۷؛ دینر و کوپر، ۱۹۹۸). از منابع و عوامل جسمانی می‌توان به سلامتی، خوردن و آشامیدن، خواب، استراحت، فعالیت‌های جنسی و تمرین‌های ورزشی اشاره کرد (مارلاکیس و زرواس، ۱۹۹۳). موفقیت، ارتباطات و تأیید اجتماعی، خانواده، عشق و صمیمیت از جمله منابع و عوامل اجتماعی شادی می‌باشند (مایرز، ۱۹۹۹). از منابع و عوامل اقتصادی شادی می‌توان به کار، درآمد، ثروت، رفاه اجتماعی، توسعه اقتصادی و رشد درآمد ملی اشاره داشت (مورفی و آتانوسو، ۱۹۹۹). ایمان قلبی، باورهای مذهبی استوار، انجام مناسک مذهبی، حضور در اماکن مذهبی، احساس نزدیک بودن به خداوند و داشتن تصویری دوستانه از خداوند از عوامل معنوی - مذهبی شادی می‌باشند (پولنر، ۱۹۸۹؛ الیسون، ۱۹۹۱).

فریش (۲۰۰۶) معتقد است تجربه‌ی درونی از شادمانی پایدار و رضایتمندی می‌تواند اعتماد به نفس، خوش‌بینی و خودکارآمدی، تفسیر مثبت از دیگران و خوش برخورد بودن، خونگرمی، فعالیت و انرژی، رفتارهای هماهنگ با جامعه، امنیت و سلامت جسمانی، انطباق مؤثر با چالش‌ها و فشارها، ابتکار، انعطاف‌پذیری و رفتارهای هدفمند را افزایش دهد. این ویژگی‌ها به نوبه‌ی خود باعث می‌شود که افراد شاد باثبات (یعنی کسانی که عواطف مثبت را در اکثر موارد تجربه می‌کنند) در رسیدن به اهداف دیگر خود در حیطه‌های ارزشمند زندگی موفق‌تر شوند. همچنین افراد شاد نسبت به گروه همسالان خود که کمتر شاد هستند، ازدواج‌های پایدارتر و موفق‌تر، دوستان بیشتر، درآمد بالاتر، موفقیت شغلی بهتر، فعالیت اجتماعی بیشتر، سلامت روانی و جسمانی بهتر و حتی طول عمر بیشتر داشته‌اند (لیوبو مرسکی، کینگ و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به اهمیت تاثیر شادکامی بر روی حیطه‌های مختلف زندگی، بحث پیرامون روش‌های ایجاد و افزایش شادکامی ضروری به نظر می‌رسد. در پژوهش‌های مختلف که در زمینه‌ی شادی

انجام شده است، روش‌های متعدد برای ایجاد شادمانی مورد استفاده قرار گرفته است، ولی در یک تقسیم‌بندی کلی می‌توان این روش‌ها را به دو قسمت تقسیم کرد: ۱- روش‌های آموزشی، ۲- روش‌های مشاوره‌ای.

در روش‌های آموزشی تلاش بر این است که با آموزش افراد میزان شادمانی آنان افزایش یابد. این روش‌ها توانسته‌اند دو جزء از اجزای شادمانی یعنی ایجاد احساس مثبت و رضایت از زندگی را پوشش دهند. در روش‌های مشاوره‌ای تلاش بر این است که ضمن مشاوره تخصصی با افراد و کشف افکار و مشکلات آنان با روش‌های مشاوره‌ای مختلف از جمله شناخت‌درمانی یا رفتاردرمانی، میزان شادمانی یعنی افسردگی و اضطراب را پوشش دهند (عابدی، ۱۳۸۳).

فریش (۲۰۰۶) با ترکیب رویکرد شناختی- رفتاری آرون تی بک و روان‌شناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه «مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی»^۱ را در ۱۶ حیطه برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ارائه می‌دهد. فریش معتقد است که این درمان مانند روان‌درمانی‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسانها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است.

کیفیت زندگی درمانی سعی می‌کند جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی و روان‌شناسی مثبت را به شکل مؤثر انسجام بخشیده و مورد استفاده قرار دهد. کیفیت زندگی درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های برای کمک به مراجعین در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. حیطه‌های ارائه شده در این رویکرد عبارتند از: ۱- بهداشت و سلامت جسمانی، ۲- عزت نفس، ۳- اهداف و ارزش‌ها، ۴- کار، ۵- پول، ۶- بازی، ۷- یادگیری،

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهرآ پاداش و همکاران

۸- خلاقیت، ۹- کمک به دیگران، ۱۰- عشق، ۱۱- دوستان، ۱۲- فرزندان، ۱۳- خویشاوندان، ۱۴- خانه و همسایه، ۱۵- جامعه، ۱۶- همسر، ۱۷- زندگی به طور کلی.

هدف کیفیت زندگی درمانی عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی. در نظریه‌ی کیفیت زندگی، مفهوم رضایت از زندگی اشاره دارد به ارزیابی ذهنی ما از میزان برآورد شدن مهم‌ترین نیازها، اهداف و آرزوهای ما. بنابراین تصور و ادراک فاصله بین آنچه داریم و آنچه می‌خواهیم در زمینه‌های ارزشمند زندگی داشته باشیم تعیین‌کننده‌ی سطح رضایت یا نارضایتی از زندگی می‌باشد.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که هدف اصلی آن ایجاد شادکامی و رضایت از زندگی می‌باشد بر اساس یک الگوی ۵ راهه تدوین گردیده است که عبارتند از:

۱- شرایط زندگی^۱

۲- نگرش‌ها^۲

۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم^۳

۴- ارزش‌ها^۴

۵- رضایت کلی از زندگی^۵ (فریش، ۲۰۰۶).

این الگو با تغییر این پنج ریشه به مراجعین کمک می‌کند رضایت و شادمانی خود را افزایش دهند. همچنین این روش به ارائه‌ی اصول جهت افزایش شادی می‌پردازد. این اصول از مفاهیم، نگرش‌ها، مهارت‌ها، نقاط قوت و طرح‌واره‌ها یا باورهای مثبت تشکیل می‌شود که به بهبود شادمانی و رضایتمندی پایدار از زندگی کمک می‌کند.

با توجه به جدید بودن رویکرد کیفیت زندگی درمانی و هدف این رویکرد که به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان‌هاست و همچنین این نکته که در سالهای نخستین شکوفایی علم

1- Circumstance

2- Attitude

3- Standards of fulfillment

4- Importance

5- Overall satisfaction

روان‌شناسی بیشتر روی هیجان‌ات منفی مانند افسردگی و اضطراب تمرکز می‌کرد، ولی امروزه این وضعیت تغییر کرده و مقاله‌های روان‌شناسی مربوط به سعادت، شادمانی و رضایت از زندگی چند برابر شده است (کارلسون، ۱۳۸۰؛ ترجمه‌ی شریفی درآمدی). تلاش پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که آیا روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند منجر به افزایش شادمانی زنان و مردان متأهل شود؟

روش

پژوهش حاضر تجربی از نوع میدانی است که در قالب یک طرح آمیخته صورت گرفته و در آن یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود دارد. از هر دو گروه قبل از اجرای مداخله‌ی آزمایشی، پیش‌آزمون و بعد از جلسات، پس‌آزمون گرفته شده است. در این پژوهش، متغیر مستقل دارای دو سطح شامل کیفیت زندگی درمانی و عدم مداخله و متغیر وابسته، شادمانی می‌باشد. جامعه‌ی آماری را کلیه افراد متأهل شهر اصفهان که حاضر به همکاری و شرکت در جلسات بودند تشکیل می‌دادند. نمونه مورد نظر شامل ۳۲ زن و مرد متأهل بودند که از بین زنان و مردان متأهل داوطلب شرکت در جلسات به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از جامعه‌ی مورد نظر اطلاعیه‌ای با عنوان «کارگاه کیفیت زندگی درمانی» در یکی از هفته‌نامه‌های شهر اصفهان به چاپ رسید. در این اطلاعیه از افراد متأهل متقاضی خواسته شده بود که در صورت تمایل به شرکت در جلسات، با شماره تلفن درج شده در اطلاعیه تماس گرفته و ثبت نام نمایند. فرایند ثبت نام اولیه بعد از توزیع اطلاعیه در دو نوبت، یک ماه به طول انجامید و در طول این مدت ۴۶ نفر تماس گرفتند و پس از ارائه اطلاعات بیشتر توسط پژوهشگر در مورد جلسات، تعداد ۷ نفر حاضر به همکاری نشدند و از بین ۳۹ نفر که حاضر به همکاری و داوطلب شرکت در جلسات بودند، با توجه به ملاک‌های انتخاب از قبیل: دارا بودن حداقل مدرک دیپلم، نداشتن اعتیاد و سوء مصرف مواد، دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، نداشتن مشکلات حاد روانی، ۳ نفر به دلیل نداشتن شرایط لازم از گروه حذف گردیدند. لازم به ذکر است که دلیل حذف این ۳ نفر دو نفر داشتن

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهران پاداش و همکاران

مدرک تحصیلی زیر دیپلم و یک نفر دارا بودن سن ۵۱ سال بود. بنابراین ۳۶ نفر شرایط لازم را داشتند و پژوهشگر با در نظر گرفتن احتمال ریزش در گروه‌ها، تصمیم گرفت هر ۳۶ نفر را در پژوهش وارد نماید؛ لذا پس از حاضر شدن زنان و مردان متأهل در مرکز مشاوره الفبای زندگی، از این تعداد ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند و سپس از آنها پیش‌آزمون به عمل آمد و مقرر شد که جلسات با حضور اعضای گروه آزمایش یک هفته بعد از انجام پیش‌آزمون برگزار گردد. در موعد مقرر مداخله‌ی آزمایشی، یعنی کیفیت زندگی درمانی، در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه و به مدت ۱۲۰ دقیقه) برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از برگزاری اولین و دومین جلسه، از گروه آزمایش ۲ نفر و پس از انجام پس‌آزمون از گروه کنترل نیز ۲ نفر از گروه خارج شدند، به طوری که کار پژوهش با ۱۶ زن و مرد متأهل برای گروه آزمایش و ۱۶ زن و مرد متأهل برای گروه کنترل تا پایان ادامه پیدا کرد. شایان ذکر است که در طی انجام پژوهش گروه کنترل تحت هیچ‌گونه مداخله‌ی آزمایشی قرار نگرفت. پس از اتمام جلسات، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش جهت سنجش میزان شادکامی پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد بود. این مقیاس توسط آرگایل و لو (۱۹۹۰) تهیه شده است و دارای ۲۹ ماده می‌باشد. هر یک از سوال‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است که از صفر تا ۳ نمره به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین حداکثر نمره‌ی کل آزمون ۸۷ می‌باشد. شایان ذکر است که روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال، آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرنباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار دادند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به دست آوردند. همچنین علی‌پور و نور بالا (۱۳۷۸) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرنباخ بر روی ۱۳۲ نفر ایرانی ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد، مناسب گزارش شده است (هیلز و آرگایل، ۲۰۰۱؛ فارنهام و چن، ۱۹۹۹). فرانسیس و همکاران (۱۹۹۸) همبستگی معنادار ۰/۵۲- و بیانی (۱۳۸۵) همبستگی معنادار

۰۱/۶۵- را بین نتایج این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک گزارش کرده‌اند. علاوه بر آن، در تحقیق نور بالا (۱۳۷۸) و جعفری، عابدی و لیاقتدار (۱۳۸۳) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش روایی صوری مورد تأیید قرار گرفته است.

طرح مداخله

سرفصل محتوای جلسات درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

| | |
|------------|--|
| جلسه اول | برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان جهت حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد |
| جلسه دوم | مروری بر بحث جلسه‌ی قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد |
| جلسه سوم | مروری بر بحث جلسه‌ی قبل، معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی |
| جلسه چهارم | مرور جلسه‌ی قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی |
| جلسه پنجم | مرور جلسه‌ی قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی‌های سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی |
| جلسه ششم | مرور جلسه‌ی قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت |
| جلسه هفتم | مرور جلسه‌ی قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط |
| جلسه هشتم | ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی |

یافته‌های پژوهش

هدف اساسی پژوهش حاضر، تعیین تاثیر آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران شهر اصفهان بود. به این منظور، در این بخش پس از ارزیابی نتایج توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش، به مقایسه‌ی آنها خواهیم پرداخت.

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهرآ پاداش و همکاران

آزمون دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش چشمگیر و نشان‌دهنده افزایش میانگین نمره‌ی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. در حالی که تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل بسیار کمتر است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی به تفکیک گروه

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۳۸/۹۵ | ۵/۷۸۹ | ۴۵/۸ | ۵/۷۸ |
| کنترل | ۳۸/۸ | ۵/۵۷ | ۳۸/۹ | ۵/۷۱ |

در جدول شماره ۲ در عین ارائه میانگین تفاضل پیش و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل، شاهد تی ناشی از مقایسه در گروه بر مبنای میانگین تفاضل‌ها نیز می‌باشیم که با توجه به مقادیر بحرانی، معنی‌دار می‌باشد.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمرات شادکامی در گروه‌های کنترل و آزمایش و نتایج مربوط به آن

| گروه | اختلاف میانگین | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | درجه آزادی | t | سطح معناداری |
|--------|----------------|------------------|---------------|------------|--------|--------------|
| آزمایش | -۶/۸۵ | ۱/۷۶ | -۶/۷۸ | ۳۰ | -۱۲/۲۱ | ۰/۰۰۰ |
| کنترل | -۰/۱ | ۱/۲۹ | | | | |

همان‌گونه که در جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون -۶/۸۵ است که نشان‌دهنده‌ی افزایش میانگین نمره‌ی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. در حالی که میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل -۰/۱ است که نشان‌دهنده اندکی افزایش میانگین نمره‌ی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. بنابراین، گروه آزمایش تحت آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل،

افزایش معنی‌داری را در نمره شادکامی نشان داده است. در نتیجه، آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش شادکامی همسران موثر بوده است.

بحث

با توجه به هدف این پژوهش که بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی زنان و مردان متأهل شهر اصفهان بود. نتایج حاصل نشان داد که تفاوت معنادار بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی زنان و مردان متأهل مؤثر بوده است. روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک روش جدید است که توسط فریش در ۲۰۰۶ ارائه گردیده است. با توجه به پیشینه‌ی نظری قوی این روش و پژوهش‌های صورت گرفته در مورد مبانی نظری آن به نظر می‌رسد این روش بتواند به افراد در افزایش شادکامی‌شان کمک نماید. البته تحقیق مستقیمی در این زمینه که نشان دهد آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی تأثیر داشته است، یافت نشد، اما در تحقیقات مشابهی که مباحث نظری کیفیت زندگی را دربرمی‌گیرد می‌توان به مباحث زیر اشاره نمود و به تبیین نتایج پژوهش پرداخت.

کیفیت زندگی درمانی، انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت است که با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه‌ی شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است. کیفیت زندگی درمانی شامل رویکردی است برای افزایش رضایت و شادمانی در زندگی. هدف درمان این است که با پرداختن به مسایل و مشکلاتی که در زمینه‌ی تحقق یافتن رضایتمندی در همه‌ی عرصه‌های مهم زندگی وجود دارد، شادکامی را افزایش دهد. از جمله تأکیدهای درمانی این رویکرد، عبارتند از اینکه این رویکرد، دیدگاهی کلی به زندگی یا دیدگاهی کل‌نگر به اهداف زندگی دارد که در آن هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط است، به‌طوری‌که مراجعان ارتباط مستقیمی بین یک مداخله یا تکلیف خانگی و تحقق مهم‌ترین نیازها، اهداف و خواسته‌های خود، مشاهده

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهرآباداش و همکاران

می‌کنند. این با مطالعات لیوبومیرسکی، شلدن و شکاد و شلدن و الیوت^۱ (۱۹۹۹) که کارایی این راهبرد را در تقویت اثرات مداخله‌ای در افزایش شادکامی، تأیید می‌کنند، همسو می‌باشد. همچنین ارزیابی و مفهوم‌سازی مشکلات و توانمندی‌های مراجعان، یک دیدگاه کل‌نگر را نسبت به زندگی می‌پذیرد که اساس آن عملکرد در شانزده حیطه‌ی زندگی روزمره همراه با هرگونه مسائل و مشکلات روان‌شناختی، جسمانی اختلال‌ها یا ناتوانی‌ها در نظر گرفته می‌شود. این رویکرد نوعی معنادرمانی است، به طوری که به مراجعان کمک می‌کند تا معنادارترین چیزی را که برای شادمانی و سلامت آنها هم در حال حاضر و هم در طی دوره‌ی زندگی‌شان وجود دارد بیابند. همسو با این ویژگی پژوهش نصیری و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی، همبستگی معنادار، با افسردگی همبستگی منفی وجود دارد و معناداری زندگی می‌تواند باعث افزایش شادی و رضایت از زندگی شود. به عبارت دیگر معناداری زندگی به گونه‌ای غیرمستقیم و در تماس با امید، می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی شود. شواهد دیگر نشان داده‌اند افرادی که در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و استرس‌زا برای موقعیت خود معنادهی می‌کنند، معمولاً عاطفه‌ی منفی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و میزان رضایت از زندگی بالاتری را گزارش می‌دهند. این نشان می‌دهد که معنادهی می‌تواند تأثیر زیادی بر رضایت از زندگی داشته باشد تا صرف وجود عواطف مثبت به تنهایی. این عامل باعث می‌شود افراد به وسیله‌ی برانگیخته شدن در جهت درگیر شدن در فعالیت‌هایی که همراه با یکپارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و ارتباطات معنادار است، کیفیت زندگی خود را بالا ببرند (هوگس^۲، ۲۰۰۶).

این رویکرد طرح و چارچوبی برای افزودن نظریه و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر به فعالیت بالینی سنتی یا روان‌شناسی منفی‌نگر است. همچنین در این نوع درمان یافته‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر و نظریه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، را درباره رضایتمندی از زندگی با نظریه‌ی شناختی بک در مورد آسیب‌شناسی و افسردگی تلفیق کرده است. سین و لیوبومیرسکی (۲۰۰۹) نشان دادند روان‌درمانی‌های مثبت در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها اثرگذار است (میچل،

1- Luybomirsky, Sheldon & Elyvet

2- Huges

استانی میرونیك و كلین^۱، ۲۰۰۹). در بررسی مقایسه‌ای بین روان‌درمانی‌های مثبت با روان‌درمانی مبتنی بر حل مسئله و گروه‌های دریافت‌کننده پلاسبو، مشخص کردند که اگرچه ممکن است عاطفه‌ی مثبت و منفی در طول این درمانها تغییر پیدا نکرده باشد، اما روان‌درمانی‌های مثبت، میزان شادکامی آزمودنی‌ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهد.

لیبومرسکی و دلپورتا (۲۰۰۸) معتقدند بهزیستی ذهنی بلندمدت با مولفه‌های محیطی مانند تفریح و فعالیت همراه با کودکان و تمرین فکر خوش‌بین، ابراز کردن قدردانی‌ها و سپاسگزاری‌ها از خود و دیگران در ارتباط است. که این درمان هم در حیطه‌ها و اصول مختلف سعی در ترویج این نوع فعالیتها و رفتارها دارد. تصور می‌رود با به‌کارگیری تکنیک‌ها و اصول کیفیت زندگی درمانی می‌توان عملکرد زندگی افراد را در حیطه‌های مختلف از جمله رضایت خانوادگی افزایش داد. در تأیید اهمیت پژوهش حاضر می‌توان با توجه به مطالب بیان شده در قسمت مقدمه در رابطه با اهمیت شادی و مقایسه‌ی عملکرد افراد شاد در مقابل با افراد کمتر شاد، بحث پیرامون شادی و معرفی روش‌های افزایش آن را ضروری دانست. همچنین می‌توان اشاره داشت که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از روش‌های نوین برای افزایش شادکامی محسوب می‌شود که البته با مبانی نظری شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت همراه است. این روش با طبقه‌بندی حیطه‌های رضایت افراد و همچنین ارائه‌ی یک الگوی پنج راهه و همچنین ارائه‌ی اصول شادکامی به افزایش شادی در زندگی افراد می‌پردازد. از محدودیت‌های پژوهش به موارد زیر می‌توان اشاره نمود:

از آنجا که در انتخاب آزمودنی‌ها جامعه‌ی پژوهش مراجعان مرکز مشاوره بوده است در تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه باید احتیاط کرد. این پژوهش بر روی زنان و مردان متأهل انجام گرفته است. این پژوهش به صورت طولی و پیگیرانه انجام نگرفته است و از نمونه در دسترس استفاده نموده است که باید محدودیت‌های این نوع نمونه‌گیری در نظر گرفته شود. همچنین

1- Michell, Stanimirovis & Klein

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهره پاداش و همکاران

پیشنهاد می‌گردد با توجه به کمبود پژوهش‌های انجام شده در رابطه با این نوع درمان پژوهش‌های بیشتری در این رابطه صورت گیرد. در پایان نویسنده لازم می‌داند از مرکز مشاوره الفبای زندگی که امکانات لازم جهت برگزاری کارگاه آموزشی مرتبط با این پژوهش را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، قدردانی نماید.

منابع

- آرگایل، مایکل. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی شادی*. ترجمه مسعود گوهری انارکی، حمیدطاهر نشاط‌دوست، حسن پالاهنگ، فاطمه بهرامی. اصفهان: انتشارات بدر.
- آیزینگ، مایکل. (۱۳۷۵). *روان‌شناسی شادی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت، خسرویگی. تهران: انتشارات بدر.
- بیانی، علی‌اصغر. (۱۳۸۵). پایایی و روایی مقیاس افسردگی - شادکامی مک گریلو جوزف. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی*. ۲۹ (۳)، ۷۳-۸۳.
- تگریان، ندا. (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی زوج درمانی معنوی بر حال و هوای خانواده و شادی زوجین در شهر خمینی‌شهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۳). *شادی در خانواده*. تهران: انتشارات مطالعات خانواده.
- عابدی، محمدرضا. میرشاه‌جعفری، ابراهیم. لیاقتدار، محمدجواد. (۱۳۸۵). *هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه اصفهان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. ۱۲، (۲) ۹۵-۱۰۰.
- علی‌پور، احمد. نور بالا، احمدعلی. (۱۳۷۸). *بررسی مقدماتی و پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. ۵، (۲) ۵۶-۶۲.
- کارلسون، ریچارد. (۱۳۸۰). *زندگی شادمانه*. ترجمه پرویز شریفی در آمدی. تهران: انتشارات روان‌سنجی.

میرشاه‌جعفری، ابراهیم.، عابدی، محمدرضا. لیاقتدار، محمدجواد. (۱۳۸۳). بررسی میزان شادکامی و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه‌های شهر اصفهان. (گزارش طرح پژوهشی) دانشگاه اصفهان. اصفهان.

نصیری، حبیب‌الله. جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. مجله پژوهش زنان. دوره ۶، شماره ۲، ۱۷۶-۱۵۷.

Argyle, M. Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*. 11, 1011-1017.

Ayers, M. Malof, L. (2007). Efficacy of problem solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive therapy and research*. 32, 227-248.

Diener, E. Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. *Handbook of emotion* (pp. 405-415).

Diener, E., & Oishi, S. (2000). Money and happiness: income and subjective well-being across nations. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Subjective well-being across cultures*. Cambridge, MA: MIT press.

Frish, M, B. (2006). *Quality of life therapy New Jersey*: John Wiley & Sons.

Furnham, A. Chon, A. (1999). *Personality as a predictor of mental health and happiness in the east and west. personality and individual differences*. 27, 395-403.

Gelz, N. Money, C. (2007). The subjective well-being: a test of its convergent discriminate art hand-day and factorial validity. *Social indicator research*. 74, 445-476.

Hughes, M. (2006). Affect meaning and quality of life. *Social forces*, 85 (2), 611-630.

Hughes, G. J. (2001). *Aristotle on ethics*. London: Rutledge.

Lyubomirsky, S. Delaporta, D. (2008). The consequences of dysphonic rumination. In C. Papa Georgiou & A. Wells (EDS), *Depressive rumination: Nature theory and treatment*. 79, 61-67.

اثر کیفیت زندگی بر شادکامی همسران/زهره پاداش و همکاران

- Lyubomirsky, S. King, L. & Diener, E (2004). Happiness is a good thing: *A model of the benefits of chronic positive affect*. *Psychological Bulletin*.
- Lyubomirsky, S. Sheldon, K. Mm. Schkade, D. (in press). Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. *Review of general psychology*.
- Maroukalis, E. Zervas, Y. (1993). Effects of aerobe of exercise on mood of adult women. *Perceptual and motor skill*, 76, 795-801.
- Michell, J. Stanimirovic, R. Klein, B. & et al. (2009). A randomized controlled trial of self-guided intent intervention promoting well-being. *Computers in human behavior*, 25 (7), 749-760.
- Murphy, G. C., & Athanasoud, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Myers, D. G. (1999). Close relationships and quality of life. ind. Kahneman, E. Diener. N Schwarz (Eds), *well-being: the foundation of hedonic* (pp. 374-391). New York: Russell sage.
- Plato. (2001). *Plato's Republic* (B. Jowett, Trans). New York: Agora Publication.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 92-104.
- Sin, N. Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptom with positive psychology intervention: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (3). 467-487.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht. The Netherlands.
- Weng, N. K. Furberg, C. D. (2007). Cardiovascular disorders. In *Bspilker (ED) Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven press.