Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 5/ 2018
Page: 43-52

The effectiveness of Group well-being Therapy on marital satisfaction And psychological well- being among housewives

Amir Khazaei[1], Hamid Shamsipour[2], Mohamad Hasan Davazdah Emamy[3]

1-Graduated from the master of clinical psychology University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-5550-6381 E-mail: Amirkhazaei2015@gmail.com
2-Assistant professor Shahid Beheshti Department of Clinical Psychology University of Medical Sciences Faculty of Medicine Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-2566-233x
3-Assistant professor Shahid Beheshti Department of Clinical Psychology University of Medical Sciences Faculty of Medicine Tehran, Iran. ORCID: 0000-0003-4965-8439

Received: 21/07/2018 **Accepted:** 19/11/2018

Abstract

Introduction: Marital satisfaction and psychological well-being are the two domains of mental health. Their promotion is inversely related to common disorders, such as depression and anxiety

Aim: The present study aimed to investigate the effectiveness of group well-being therapy on marital satisfaction and psychological well-being of housewives

Method: quasi-experimental study with pre- and post-test and control group, a sample of 30 housewives aged 20-50 years old, were selected by convenience sampling method and were assigned to two groups of 15 subjects. The instruments included marital satisfaction questionnaire

Results: Covariance analysis showed that group welfare treatment is effective on marital satisfaction and psychological well-being of housewives

Conclusion: According to findings, we can use well-being therapy to increase marital satisfaction and psychological well-being of housewives

Keywords: Group well-being therapy, Marital satisfaction, Psychological well-being

How to cite this article : Khazaei A[1], Shamsipour H[2], Davazdah Emamy M H[3]. The effectiveness of Group well-being Therapy on marital satisfaction and psychological well- being among housewives. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (5): 43-52 .URL :http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-503-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۵، ۱۳۹۷
صفحات: ۵۲-۴۳

اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار

امیر خزایی[۱]، حمید شمسی پور[۲]، محمدحسن دوازده امامی[۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران. ایمیل: Amirkhazaei2015@gmail.com
۲. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۳۰ **تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸//۲۸**

چکیده

مقدمه: رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی دو مؤلفه سلامت روان می‌باشند که ارتقای آن‌ها رابطه معکوسی با اختلالات شایع مانند افسردگی و اضطراب دارد

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار است.

روش: پژوهش نیمه آزمایشی با پیش و پس‌آزمون و گروه کنترل، نمونه ۳۰ زن خانه دار ۲۰ تا ۵۰ ساله به روش نمونه‌گیری دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزارها شامل پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ و بهزیستی روان‌شناختی ریف، درمان ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه ای ۲ جلسه در هفته اجرا و ۲ مرحله ارزیابی صورت گرفت، پیش و پس از مداخله.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس نشان داد بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار مؤثر است

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته ها می‌توان از بهزیستی درمانی در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار استفاده کرد

کلیدواژه ها: بهزیستی درمانی گروهی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

مقدمه:

اگر چه زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری[1] دارند (اتکینسون، ۲۰۱۲)، اما بیشتر دچار بیماری‌های جسمی و روانی می‌شوند، از جمله مشکلات شایع روانی زنان می توان به افسردگی، اضطراب و کاهش رضایت کلی از زندگی اشاره کرد (کسلر، ۲۰۱۱) علم روانشناسی از گذشته توجه خاصی در جهت کاهش علائم اختلالات شایع در افراد داشته است، ولی شاید این توجه دارای دو نقص کلی بوده است نقص اول توجه بعضی از نظریه های مهم روانشناسی از جمله روانکاوی به مردها و آسیب شناسی روانی آن‌ها و سعی در تبیین رفتار زن‌ها با این الگوی مردانه بوده است و نقص دوم به توجه بیشتر در جهت کم کردن شدت اختلالات و ضعف‌های روانی تا رشد توانمندی‌های افراد هست، توانمندی‌هایی که می‌توانستند نقش عامل محافظ را در مقابل فشارهای درون روانی و محیطی افراد بازی کنند(سلیگمن وچیکزنت میهای، ۲۰۰۷). از دهه های گذشته رویکردهای نوین روانشناسی توجه خود را به نقش تفاوت های جنسیتی در ویژگی های روان‌شناختی منظور داشته اند (چایو و هانگ، ۲۰۱۱) شاید به جرات بتوان گفت هیچ نظریه ای در روانشناسی به اندازه روانشناسی مثبت نگر در جهت تأکید بر جنبه‌های مثبت و توانمندی‌های افراد تأکید نکرده است (لوبومیرسکی[2]،۲۰۱۰)

تحقیقات فراوانی در حوزه روانشناسی مثبت نگر نشان داده است که با افزایش مشکلات روان‌شناختی افراد از سطح شادکامی، بهزیستی و رضایت کلی از زندگی در آنان کاسته می‌شود (رشید،۲۰۱۵). ازجمله عواملی که باعث به وجود آمدن آشفتگی‌های روان‌شناختی و به تبع آن کاهش سطح شادکامی افراد می شود مؤلفه کاهش رضایت زناشویی[3] هست، رضایت زناشویی سهم بیشتر و مستقیم تری بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی زنان نسبت به مردان دارد (وین استک[4] و ویشمن، ۲۰۱۱). بری و ویلیامز (۲۰۱۰) در شرح این تأثیرگذاری بیشتر به کم تر بودن شبکه ارتباطی زنان، تأثیر عوامل اقتصادی و فرهنگی اشاره می‌کنند. از سوی دیگر نتایج چندین تحقیق در داخل و خارج کشور نشان داده است که در بین زنان، زنان خانه دار نسبت به زنان شاغل در کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت کلی روانی نمرات پایین‌تری کسب می کنند (حسن شاهی و گودرزی، ۲۰۱۳). تحقیقات علت های فراوانی برای پایین بودن کیفیت زندگی و سلامت کلی روانی زنان خانه دار نسبت به زنان شاغل یافته اند، بعضی از مهم‌ترین این علت ها وابستگی اقتصادی فراوان به همسر، نداشتن فعالیت مستقل و هدفمند خارج از خانه، مقایسه شرایط خود با زنان شاغل، کم تر بودن شبکه ارتباطی و عادی شدن و چالش برانگیز نبودن فعالیت های منزل می‌باشند (هلمز و بوچلر،۲۰۱۰).

واینفیلد[5] (۲۰۰۹) به این نکته اشاره می کند که بهزیستی زنان خانه دار متأثر از محیط آنان است و زنان خانه‌داری که کنترلی بر شرایط محیطی خود ندارند، در روابط بین فردی خود نقش منفعل دارند و زندگی بدون جهتی را سپری می‌کنند، سطح پایینی از بهزیستی را تجربه می کنند. وی تأکید می کند که علاوه بر نقش عوامل درون روانی زنان، باید بر نقش تعاملات زنان خانه دار نیز توجه داشت. واینفیلد زنان خانه دار را نیازمند مداخله هایی می داند که مؤلفه‌های ذکرشده را ارتقاء دهد. وی به نقش رویکردهای مثبت نگر در این زمینه تأکید می‌کند. واینفیلد در مطالعاتش در کار با زنان خانه‌دار مبتنی بر مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف

[1] life span
[2]. lyubomirsky
[3]. Marital satisfaction
[4]. stuk
[5]. Winnfield

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

به این نتیجه رسید که مهم‌ترین عواملی که سبب کاهش سطح بهزیستی زنان خانه‌دار می‌شوند ضعف در کنترل شرایط محیطی، نداشتن زندگی هدفمند و ضعف در داشتن روابط مثبت و با معنا است. وی سه دسته عوامل را در رضایت زناشویی مهم دانست: عوامل درون فردی یا مؤلفه هایی نظیر ویژگی های شخصیتی و عادات فردی، انتظارات، ایده‌آل‌ها و ارزش‌ها .مسائل بین فردی نظیر قواعد مراوده، حل تعارض، رابطه جنسی، تعهد و قواعد بین فردی و مسائل بیرونی نظیر رابطه با اقوام، فرزندان، والدین و دوستان. از این رو بر طبق دیدگاه واینفیلد یکی از هدف‌های درمان اختلافات زناشویی شناسایی، اندازه‌گیری و تغییر و اصلاح این عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی است.

واتسون و تلگن[6] (۲۰۱۱) معتقدند درمان‌های معمول در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد خصوصاً زنان، مانند درمان شناختی رفتاری یا دارو درمانی در بهترین حالت آنان را در وضعیتی قرار می دهد که فقط از علائم رنج نمی برند و هدف نهایی آن‌ها تخفیف و تسکین علائم بیماری است؛ اما هنوز احساس شادکامی و رضایت از زندگی در آن‌ها وجود ندارد؛ زیرا عواطف مثبت و منفی دو ساختار کاملاً متفاوت دارند و عدم حضور عواطف منفی به معنای وجود عواطف مثبت نیست.

ریف[7] و همکاران (۱۹۹۸) یک رویکرد درمانی به نام بهزیستی درمانی را پایه گذاری کردند که هدف آن کمک به افراد برای رشد در ۶ حوزه پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران و به تبع آن کاهش علائم اختلالات روان‌پزشکی است. شرح این شش عنصر به اختصار در پی می‌آید:

پذیرش خود[8]: یکی از مؤلفه‌های کلیدی در بهزیستی، داشتن نگرش مثبت به خود است. آگاهی از پوش نوارهای خود و نیز پذیرش ضعف‌ها و شناسایی توانایی‌های خود یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های شخصیت سالم و تکامل یافته است.

زندگی هدفمند[9]: توانایی پیدا کردن معنا و جهت در زندگی، داشتن اهداف و دنبال کردن اهدافی که نه تنها در جهت نفع شخصی بلکه در راستای رشد اجتماع نیز است.

رشد شخصی[10]: رشد شخصی یا توانایی شکوفا ساختن همه نیروها و استعدادهای خویش. پرورش و گسترش دادن توانایی هایی که حاصل رو به رو شدن با مشکلات و سختی های گریز ناپذیر زندگی است.

تسلط بر محیط[11]: یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن شرایط محیط پیرامون خود است؛ یعنی فرد بتواند تا حدود زیادی بر زندگی و محیط اطراف خود احاطه داشته باشد.

خودمختاری[12]: خودمختاری بدین معناست که فرد رفتار خود را از درون تنظیم کند و هر هنجار غالبی نتواند جهت فرد را تغییر دهد.

روابط مثبت با دیگران[13]: روابط مثبت با دیگران عبارت است از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران، اشتیاق برای برقراری چنین رابطه‌ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران (ویزینگ و فوری، ۲۰۰۰)

در کشور ما زنان خانه دار بخش در خور توجهی از جمعیت زنان را تشکیل می دهند و نقش آنان در سلامت جامعه مهم و تأثیر گذار است (حسن شاهی و گودرزی،۲۰۱۳) از سوی دیگر، این گروه تأثیرگذار با وجود مشکلات بیشتری که دارد از رویکردهای نوین

6. Watson .Telligen
7. Ryff
8. self acceptance
9. purpose in life
10. personal growth
11. environmental mastery
12. autonomy
13. positive relations with others

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

روان‌درمانی مانند رویکردهای مثبت نگر در جهت کاهش مشکلات و افزایش بهزیستی در زندگی کمتر سود برده است. با توجه به این مشکل و نیاز پاسخ داده نشده به در دسترس بودن روش‌های مؤثر آزموده شده، هدف این پژوهش پاسخ به این مسئله است که آیا بهزیستی درمانی گروهی که یکی از مداخلات روان‌شناسی مثبت نگر است می‌تواند در کنار تأکید بر مؤلفه‌های درون روانی بر مؤلفه‌های بین فردی و محیطی زنان خانه‌دار تأثیرگذار بوده و بتواند بهزیستی و رضایت زناشویی این گروه از زنان جامعه را ارتقاء بخشد یا خیر.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی – کاربردی، از نظر روش‌شناختی، نیمه آزمایشی و از لحاظ طرح، کارآزمایی بالینی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری این مطالعه را زنان خانه دار با سواد خواندن و نوشتن و سن زیر ۵۰ سال مراجعه کننده به خانه سلامت شهرداری منطقه ۱۸ تهران تشکیل می‌دهند. هدف از انتخاب محدوده سنی، هم دوره بودن آزمودنی ها از لحاظ سنی است. نمونه شامل ۳۰ بود نفر که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تعداد برابر ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارش شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش: ۱- سن زیر ۵۰ سال ۲- سواد خواندن و نوشتن ۳- عدم مصرف داروهای اعصاب و روان در طول ۱ سال گذشته ۴- عدم سوءمصرف یا وابستگی به مواد، الکل و دارو مصرف داروهای اعصاب و روان در طول مدت درمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ۱- مصرف داروهای اعصاب و روان در طول مدت درمان ۲- تغییر در وضعیت تأهل در مدت جلسات درمان ۳ –بروز علائم اختلالات روان‌پزشکی در مدت درمان ۴ –بروز علائم بیماری‌های جسمانی به‌نحوی‌که مانع ادامه روند درمان شود. از گروه آزمایش ۲ نفر و از گروه کنترل ۱ نفر ریزش داشتند. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها، همه شرکت کنندگان به مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف[14] و مقیاس رضایت زناشویی انریچ[15] پاسخ داده و سپس برنامه‌ی مداخله‌ی بهزیستی درمانی گروهی مبتنی بر مدل ریف، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای گروهی، بر اساس پروتکل ریف در گروه آزمایش اجرا شد. جلسات در هر هفته ۲ مرتبه به مدت ۱ ماه برگزار شد و گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند.

ابزار

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف (۱۹۸۰) طراحی کردفرم اصلی آن ۱۲۰ سؤال دارد ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی،۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از شکل ۱۸ سؤالی آن استفاده شد. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده مقیاس است، شامل: تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران. هر خرده مقیاس در سه سؤال طرح‌شده است. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ نمره گذاری می شود. مجموع نمرات این ۶ عامل، نمره ی کلی بهزیستی روان شناختی قلمداد می شود. نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش سفیدی، مناسب گزارش‌شده است (سفیدی،۲۰۱۲) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها مناسب و آلفای کرونباخ آن ها بین ۷۷/. تا ۹۰/. است.

[14]. Ryff psychological well-being scale (pwB)

[15]. Enrich marital satisfaction scale

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

همسانی درونی خرده مقیاس ها بین ۸۲/. تا ۹۰/. است. ریف ضریب همسانی درونی مقیاس ها را بین ۸۶/. تا ۹۳/. یافته است. روایی نسخه فارسی پرسش نامه در مطالعه بیانی و همکاران مطلوب گزارش شد (بیانی و کوچکی،۲۰۰۸).

پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسش نامه توسط السون (۲۰۰۱) طراحی شده است که به منظور ارزیابی زمینه های بالقوه مشکل زا و شناسایی زمینه های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار می رود. این آزمون دارای دو فرم ۱۱۵ سوالی و ۱۲۵ سوالی است و از ۱۲ خرده آزمون تشکیل شده است. فرم کوناه آن دارای ۴۷ سوال است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسش نامه استفاده شد. ۱۲ خرده مقیاس این پرسش نامه شامل ارتباط همسری، ازدواج و بچه ها، بستگان و دوستان، جهت گیری عقیدتی، حل تعارض، روابط جنسی، فعالیت های اوقات فراغت، مدیریت مالی و موضوعات شخصیتی است. سوالات به صورت پنج گزینه ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است که به هر گزینه آن از یک تا پنج امتیاز داده می شود. نمره های محاسبه شده براساس جدول فرم تفسیر می شوند که در آن میانگین برابر با ۵۰ و انحراف معیار برابر با ۱۰ است. ضرایب آلفای خرده مقیاس های پرسشنامه انریچ از ۶۸٪ تا ۸۶٪ با میانگین ۷۹٪ است. نمره بین ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت از روابط زناشویی همسران است. نمره های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی و متوسط از روابط زناشویی همسران است. نمره های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت زیاد همسران از روابط زناشویی است؛ و نمره های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق العاده از روابط زناشویی است (میرزاده و فلاحچی، ۲۰۱۱).

جدول ۱- خلاصه دستورالعمل اجرای جلسات درمانی

جلسه اول	اهداف و تکالیف: معرفی اعضا- آشنایی اعضا با یکدیگر- شناسایی انگیزه و انتظار اعضاء گروه از درمان
جلسه دوم	اهداف و تکالیف: توضیح در مورد مفهوم توجه به خویشتن – توضیح در مورد نقش خودشناسی در بهزیستی
جلسه سوم	اهداف و تکالیف: بررسی دیدگاه‌های مراجعه کنندگان در مورد بهزیستی- مقایسه شباهت‌ها و تفاوت باورهای اعضا در مورد بهزیستی
جلسه چهارم	اهداف و تکالیف: شناسایی افکار خود آیند، تحریفات شناختی و باورهای افراد در مورد مفهوم بهزیستی-تعیین تأثیر این باورها بر میزان بهزیستی و شادکامی
جلسه پنجم	اهداف و تکالیف: معرفی مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف – توضیح نقش هریک از شش مؤلفه در بهزیستی افراد- بررسی وضعیت هریک از اعضا در این مؤلفه‌ها
جلسه ششم	اهداف و تکالیف: تأکید بر دستاوردهای کاربرد مؤلفه‌های بهزیستی در زندگی مراجعه‌کنندگان- شناسایی تجارب احتمالی اعضا در رشد این مؤلفه‌ها
جلسه هفتم	تکلیف: تثبیت روند رشد در مؤلفه‌های بهزیستی – کمک به رفع مشکل احتمالی در مسیر رشد این مؤلفه‌ها در اعضاء
جلسه هشتم	تکلیف: جمع‌بندی و اتمام مداخله -اطمینان به مراجعه‌کنندگان درخصوص در دسترس بودن درمانگر در مسیر تغییر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

یافته ها

بر اساس اطلاعات آمار توصیفی ۵ نفر از اعضا تحصیلات زیر دیپلم، ۱۴ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس بودند همچنین از لحاظ وضعیت سنی ۱۲ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۹ نفر ۳۰ تا ۴۰ سال و ۶ نفر نیز بین ۴۰ تا ۵۰ سال داشتند. از گروه آزمایش که شامل ۱۵ نفر بود ۲ نفر ریزش داشتند و از گروه ۱۵ نفری کنترل نیز ۱ نفر ریزش داشتند.

در آمارهای توصیفی پیش آزمون و پس آزمون نمرات «بهزیستی روان‌شناختی» میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش ۵۶,۰۷ و در گروه کنترل ۵۹,۲۱ بوده است همچنین میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون ۵۹,۳۰ و در گروه کنترل ۵۹,۵۰ بود با توجه به نتایج میانگین نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار در گروه آزمایش افزایش داشته اما در گروه کنترل میانگین نمرات به نسبت ثابت بوده است.

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مندرج در جدول ۲-چون مقدار F محاسبه‌شده (۲۷/۱۱) با درجه آزادی ۱ و ۲۴ از مقدار F جدول بزرگ‌تر است، فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه بهزیستی درمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان خانه دار تأثیر می‌گذارد، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش‌یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به‌دست‌آمده حاکی از این است که ۵۳ درصد افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار در گروه آزمایش را می‌توان به بهزیستی درمانی گروهی نسبت داد.

جدول ۲-نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات بهزیستی روان‌شناختی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبتF	سطح معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	۴۹۵۷,۸۴	۱	۴۹۵۷,۸۴	۲۲۶۹,۷۸	۰,۰۰۱	۰,۹۹۰
گروه ها	۵۹,۲۱	۱	۵۹,۲۱	۲۷,۱۱	۰,۰۰۱	۰,۵۳۰
واریانس خطا	۵۲,۴۲	۲۴	۲,۱۸	–	–	–
مجموع	۱۰۰۳۰۰	۲۷	–	–	–	–

همچنین میانگین نمرات پیش آزمون رضایت زناشویی در گروه آزمایش ۸۶,۸۱ و در گروه کنترل ۹۰,۵۴ بود. همچنین میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش ۸۹,۹۰ و در گروه کنترل ۹۰,۳۶ بود با توجه به نتایج میانگین نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی زنان خانه دار در گروه آزمایش افزایش داشته اما در گروه کنترل کم وبیش ثابت بوده است

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مندرج در جدول ۳ چون مقدار F محاسبه شده (۱۹/۸۸) با درجه آزادی ۱ و ۲۴ از مقدار F جدول بزرگ‌تر است، فرض پژوهش با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۳ میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به‌دست‌آمده حاکی از این است که ۴۵ درصد افزایش نمرات رضایت زناشویی زنان خانه دار در گروه آزمایش را می‌توان به بهزیستی درمانی گروهی نسبت داد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

جدول۳- نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات رضایت زناشویی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبتF	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش آزمون	۲۸۱۷۲٫۸۸	۱	۲۸۱۷۲٫۸۸	۷۴۳۲٫۳۵	۰٫۰۰۱	۰٫۹۹۷
گروه ها	۷۵٫۳۶	۱	۷۵٫۳۶	۱۹٫۸۸	۰٫۰۰۱	۰٫۴۵۳
واریانس خطا	۹۰٫۹۷	۲۴	۳٫۷۹	–	–	–
مجموع	۲۰۵۴۱۱	۲۷	–	–	–	–

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بهزیستی درمانی گروهی در افزایش رضایت زناشویی زنان خانه دار مؤثر است. هر چند در جستجوی پیشینه پژوهش، مطالعه ای که اثر بخشی بهزیستی درمانی گروهی را بر رضایت زناشویی سنجیده باشد پیدا نشد، با توجه به وجود منابع فراوان که در آن تأکید می‌شود کاهش سطح اضطراب، افسردگی، استرس و به صورت کلی کاهش علائم منفی از یک سو و بهبود مؤلفه‌های مثبت سلامت روان مانند شادکامی و بهزیستی از سوی دیگر، تأثیر مستقیم بر رضایت زناشویی دارند (رجبی،۲۰۱۲)، می‌توان این طور تبیین کرد که بهزیستی درمانی با کاهش علائم روان‌پزشکی و رشد بهزیستی افراد بر افزایش رضایت زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد. همان طور که اشاره شد، بهزیستی درمانی علاوه بر تأثیر مستقیم مثبت که بر اضطراب و افسردگی افراد می‌گذارد، می تواند باعث به وجود آمدن هیجانات مثبت در زنان خانه‌دار شود و این هیجانات مثبت می تواند بر روابط زنان با همسران و فرزندانشان تأثیر مثبت بگذارد. همچنین، همان طور که وان دن[16] (۸ ۲۰۰) اشاره می کند، دو عامل از عوامل اصلی بهزیستی روان‌شناختی، عاطفه مثبت و روابط بین فردی بهتر است. از سوی دیگر، بخش‌هایی از پروتکل بهزیستی درمانی گروهی مانند بیان دیدگاه های خود در جمع و دریافت بازخورد از اعضا ممکن است باعث اصلاح الگوی ارتباطی مراجعه کنندگان در زندگی واقعی شان شده باشد، به این ترتیب که خو گرفتن به دریافت بازخورد دیگران هنگام بیان نظرات خود، به افزایش ظرفیت در نظر گرفتن دیدگاه های دیگران کمک کرده و این نیز به نوبه خود بر روابط بین فردی زنان خانه دار با همسر و فرزندانشان تأثیر مثبت داشته است. همچنین، در بخش مهم دیگر از پروتکل درمانی می‌توان به تأکید بر خویشتن‌نگری اشاره کرد که سبب درون‌نگری بیشتر زنان خانه‌دار شده و ممکن است باعث افزایش پاسخ‌های سنجیده‌تر آنان شده و همچنین از پاسخ‌های تکانشی به دیگران کاسته باشد و این نیز به نوبه خود در بهبود ارتباط سالم با اطرافیان تأثیرگذار بوده باشد.

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که بهزیستی درمانی گروهی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش معینی

[16] Van den

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

زاده و ظریف (۲۰۱۲) که اثربخش بودن درمان بهزیستی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور را نشان دادند هماهنگ است. این یافته، نقش رشد و پیشرفت در شش مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی ریف را در ارتقای سطح بهزیستی زنان نشان می دهد و با ادعای واینفیلد که ضعف زنان در کنترل محیط، روابط مثبت بین فردی و زندگی هدفمند را از اصلی ترین علت های پایین بودن بهزیستی در زنان می داند هماهنگ است. همچنین، همان‌طور که در نظریه شادکامی پایدار سونیالوبومیرسکی (۲۰۱۳) اشاره شده است که افراد می توانند سطح شادکامی خود را تا چهل درصد افزایش دهند، می توان این‌طور استنباط کرد که با انجام این مداخله درمانی زنان خانه‌دار در شش مؤلفه رشد داشته و هر فرد در بخشی از بهزیستی خود که با نام عوامل ارادی در نظریه سونیالوبومیرسکی شناخته می‌شود رشد داشته است. همچنین به نظر می‌رسد بخشی از پروتکل درمانی که بر شناخت تأثیرات و خنثی‌سازی تحریفات شناختی در مورد مفهوم بهزیستی تأکید می‌کند، بر رشد تجارب بهزیستی در زنان خانه دار بیشترین تأثیر را داشته است. چون این تحریفات در مراحل درمان به وفور مانع ایجاد تجارب حتی اندک در مسیر بهزیستی می‌شدند، شناسایی این تحریفات ممکن است انگیزه مراجعه کنندگان برای فراهم کردن شرایط مناسب برای رشد تجارب بهزیستی را بالاتر برده باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کارمندان محترم خانه سلامت منطقه ۱۸ تهران که در انجام این پایان نامه با بنده همکاری لازم را داشتند کمال تشکر را داشته باشم.

References

Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health;19- 20(6): 67-83.[in Persian]

Helms. hm Buehler. C -2010- Journal of Marriage - Wiley Online Library Marital quality and personal well-being in woman:mata –analysis.

Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. (2011). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.

Lyubomirsky, S. (2010). Enhancing wellbeing and alleviating depressive symptoms with positive psychology intervention: apractice_ friendly meta-analysis. (Electronic version). Journal of clinical psychology, 65, 467 – 48.

Lyubomirsky, S. (2013). The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does. New York: Penguin Press.

Mirzadeh M. & Falahchi R. (2011). The relationship between forgivness and marital satisfaction science line publication, ISSN 2251.

Olson, M., & Wilson, M. (2001). Families. California: sage publication

Atkinson R.L. (2012) Hilgard's introduction to psychology: Harcourt Brace College Publishers Philadelphia PA.

Bayani A.A. & Koochekya M. (2012). reliability and validity of ryff psychological well-being 14(2):146-151:being scales.Ijpcp.

Berry, R.E. & Williams, F.L. (2010) `Assessing the Relationship between Quality of Life and Marital and Income Satisfaction: A Path Analytic Approach', Journal of Marriage and the Family 49: 107-116.

Chiu, Y.-W., Moore, R.W., Hsu, C.E., Huang, C.-T., & Chuang, H.Y. (2011). Factors influencing gender role in women's quality of life in the latter half of life. Climacteric, 11, 201–211.

Golbar yazdi, Z. & moeenizadeh, M. (2012). The effectivness of well-being therapy on stress and psychological well-being in infertile woman: the iranian of obsterics gynecology and infertility> vol. 15 no. 2.

Hassanshahi M.M., Goodarzi M.A., Mirjafari S.A., et al. (2013). Prevalence of Psychiatric Disorders in the city of Arsanjan. The

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]

Rajabi.GH (2003). impact of Group mindfulness-based therapy ondepression reduction and increase of marital satisfaction: journal of Guilan university of medical science:32012>20(80):83-91.

Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A Strength- based approach. Journal of Positive Psychology, 10, 25- 40.

Ryff, C. D. (1998). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being J Personal.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 716-727 Helms. hm Buehler. C -2010- Journal of Marriage - Wiley Online Library Marital quality and personal well-being in woman:mata – analysis.

Sefidi, F., Farzad, V. (2012). Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 1, 16, 65-71. (in Persian).

Seligman, M. E. P, Csikszentmihalyi, M. (2007). Positive Psychology: An introduction. American Psychologists, 55 (1), 5-14.

Van den. R. (2008). enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-frendly -analysis.

Watson, D. & Telligen, A. (1985). towad a consensual structure of mood. Psychological bulletin:98: 219-235.

Whisman, M.A., Uebelacker, L.A., & Weinstock, L.M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: importance of evaluating both partners. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 830-838.

Winnfield, R. Helen. (2009). the Relationship betweenPsychological Distress and PsychologicaWellbeinl g. Retrieved of https://health.adelaide.edu.au.

Wissing. M. D. & fourie " A. (2000). Spirituality as a component of psychological well-being.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.4.5]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.43]