دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال نوزدهم، شماره ۳، صفحه ۴۲۴ – ۴۱۱ (مرداد و شهریور ۱۳۹۵)

Iran South Med J 2016;19(3): 411-424

اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوء مصرف کنندگان

یوسف دهقانی [*۱]

[۱] گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج‌فارس بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۴/۲/۲۵- پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۱۶)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوء مصرف کنندگان مرد شهر بوشهر انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که یک کار شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و از مردان مراجعه کننده به کلینک‌های ترک اعتیاد بوشهر انتخاب شد که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به طور تصادفی، به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزارهای اندازه‌گیری، پرسشنامه سازگاری زناشویی- فرم کوتاه، پرسشنامه رضایت زناشویی و مقیاس تنظیم خلق گرانسفکی بود که توسط شرکت‌کنندگان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل گردیدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوهٔ گروهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از اعمال مداخله میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). میزان سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق در گروه آزمایش در پس آزمون به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت‌نگر و با رویکرد شناختی- رفتاری شکل گرفته، می‌تواند سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق افراد سوء مصرف کنندگان را افزایش دهد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی، تنظیم خلق، سوء مصرف کنندگان مرد

[*] بوشهر، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی

E-mail: **ydehghani@yahoo.com**

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که توانایی جامعه را در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می برد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی می‌گردد (۱). سوء مصرف مواد مخدر، تاکنون از جنبه‌های مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است. از جمله مفاهیمی که برای تجزیه و تحلیل سوء مصرف مواد مخدر باید به آن توجه داشت، نهادها و شبکه‌های روابط متقابل است. مهم‌ترین نهاد در تجزیه و تحلیل پدیده سوء مصرف مواد مخدر خانواده است که در صورت وارد شدن مواد مخدر به مسیر خانواده و مبتلا شدن اعضای خانواده به آن ضربات جبران ناپذیری بر پیکرهٔ خانواده وارد می‌شود و کارکردهای آن آسیب می‌پذیرد (۲).

بین سوء مصرف مواد مخدر و بروز مشکلات خانوادگی و زناشویی ارتباط مستقیمی وجود دارد به گونه‌ای که هر کدام می‌تواند ترجیحاً پیشقدم دیگری باشد به گونه‌ای که سیکل‌های معیوبی را بین زوجین ایجاد کرده که گریختن و خلاص شدن از این شوم بسیار مشکل خواهد بود (۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که خانواده‌های سوء مصرف کننده مواد مخدر، معمولاً عملکردهای گوناگون و چالش‌های متعددی در زمینه سازگاری زوجین و رضایت از زندگی دارند (۳-۷).

تحقیقی دیگر نشان داد که زندگی زوجین سوء مصرف کننده مواد مخدر بیشتر از زوجین غیر سوء مصرف کننده مواد مخدر به طلاق و جدایی منجر می‌شود (۸). همچنین کیفیت زندگی و ارتباط زناشویی زوجین سوء مصرف کننده مواد مخدر دستخوش تغییرات منفی متعددی می‌شود (۹).

سازگاری و رضایت از زندگی در میان زوجین مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در مقایسه با زوجین سالم بسیار پایین است (۱۰). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که زوجینی که به سوء مصرف مواد اشتغال دارند سازگاری زناشویی پایینی دارند، از ارتباطات خود ناراضی‌اند، از شیوه‌های ناکارساز حل مشکلات توسط همسران خویش می‌نالند و قدم‌هایی را به سمت جدایی برداشته‌اند. همان‌طور که از نتایج تحقیقات به دست می‌آید، سوء مصرف مواد مخدر مردان موجب دلسردی زنان در زندگی شده و سبب می‌شود که زنان ابراز صمیمیت کمتری داشته باشند، روابط عاطفی خود را با شوهرانشان به حداقل رسانند و از مهارت‌های ارتباطی محدودی در روابط خود بهره ببرند که به دنبال این شرایط، سازگاری زوجین کاهش می‌یابد (۱۰). سوء مصرف مواد مخدر در دراز مدت باعث اختلال در روابط متقابل زناشویی می‌شود و با مختل شدن روابط زناشویی؛ آسیب‌های زندگی زناشویی، فشارهای شغلی و پیامدهای منفی زناشویی نظیر عدم رضایت زناشویی به‌وجود می‌آید (۱۱).

سوء مصرف مواد مخدر موجب می‌شود که خانواده‌های سوء مصرف کننده مواد مخدر ابتکار کمی در حل کردن مشکلات و مسائل خود داشته باشند و عدم ابتکار در حل مشکلات موجب می‌گردد تا با کوچک‌ترین مشکل پیش آمده، بیشترین اختلاف‌ها ایجاد شود و رضایت زناشویی ایشان رو به تحلیل رود (۱۲).

علاوه بر موارد فوق یکی از عوامل مهم و مؤثر بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد، ضعف در الگوهای هیجانی فرد است. تنظیم خلق به عنوان یکی از عوامل روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۱۳). تنظیم خلق یک انگیزه اساسی و مهم برای مصرف مواد است، و نتایج تحقیق

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

شیفمن (Shiffman) (۱۴) نشان داد که مصرف دخانیات موقعی بیشتر می‌شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان‌تر می‌شوند. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم خلق بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۱۵). در مقابل، افرادی که تنظیم خلق پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۱۶). به علاوه، تنظیم خلقی با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است؛ این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند (۱۷).

در این راستا درمان ویژه سوء مصرف مواد مخدر که به صورت تجربی مورد حمایت واقع شده است، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT)[1] مدلی است که به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی می‌باشد، بر اساس این رویکرد درمانی ۱۶ حیطه اصلی زندگی از طریق مدلی ۵ راهه که (CASIO)[2] نامیده می‌شود مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۸). یافته‌ها نشان داده است که از میان چندین مداخله به عمل آمده در سه دهه گذشته، شرکت کردن افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در برنامه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT)، پیامدهای مثبتی را برای آنها به ارمغان داشته است و به کاهش سوء مصرف مواد مخدر و بهبود مشکلات خانوادگی ایشان منجر شده است (۱۹).

در یک نگاه کلی می‌توان اذعان داشت که سوء مصرف مواد، مرتبط با مشکلات اساسی در فرایندهای تنظیم خلق و چالش‌های زناشویی سوء مصرف‌کنندگان می‌باشد و این مشکلات در اعضای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (به خصوص همسران آنها) نیز قابل مشاهده است. بنابراین، بروز خلق ناکارآمد و بهره‌گیری از شیوه‌های ناکارآمد می‌تواند باعث تشدید مشکلات آنها، ظهور اختلال‌های روانی و ناسازگاری‌های زناشویی شده و در نهایت منجر به عود مصرف در افراد در حال ترک شود. از سوی دیگر، انتظار می‌رود در صورت اثر بخش بودن درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که رویکردی نسبتاً جدید در ایران می‌باشد و کمتر از آن استفاده شده است، سوء مصرف‌کنندگان در به کارگیری و تنظیم راهبردهای تنظیم خلق، رضایت زناشویی و رضایت از زندگی نسبت به سوء مصرف کنندگانی که بدون شروع این دورهٔ درمانی به سر می‌برند در سطحی بالاتر قرار گیرند. بر همین اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق مصرف کنندگان مرد شهر بوشهر می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی با پیش آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعهٔ پژوهش حاضر را کلیهٔ سوء مصرف کنندگان مرد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر بوشهر در سال ۱۳۹۳

[1] quality of life therapy
[2] condition, attitude, standards, importance, others

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

تشکیل می‌دادند، که از بین ۹ کلینیک، سه کلینیک به صورت تصادفی انتخاب و مبنای مطالعهٔ پژوهشگر قرار گرفت. با مراجعه به این کلینیک‌ها، از مراجعه کنندگانی که تمایل به شرکت در این طرح پژوهشی داشتند، دعوت به عمل آمد که در تاریخ مشخص شده، به منظور گرفتن آزمون و انجام مصاحبه، به پژوهشگر و همکاران ایشان در کلینیک‌های مشخص شده برای انجام پژوهش، مراجعه کنند. در مرحلهٔ اول، پرسشنامهٔ سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق توسط مراجعه کنندگان تکمیل شد. در مرحلهٔ بعد آزمودنی‌هایی که نمرهٔ آنها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای پژوهش (سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق) بود، شناسایی و با توجه به اینکه متخصصان روش شناختی معتقدند تعداد افراد گروه نمونه در پژوهش آزمایشی در هر گروه حداقل باید ۱۵ نفر باشند و همچنین بر اساس پژوهش‌های گذشته (۲۰) تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده برای شرکت در پژوهش حاضر انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه بر اساس جدول کوهن نیز، با توان آماری ۰/۸، اندازه اثر ۰/۸ و سطح آلفای ۰/۵۰ نیز برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه عبارت بودند از: ۱. قرار داشتن در مرحله سم‌زدایی با متادون؛ ۲. دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۵ سال؛ ۳. سطح سواد بالاتر از سیکل؛ و ۴. تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱. وجود علائم شدید مربوط به علائم سم‌زدایی که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد؛ ۲. ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب‌شناختی وخیم یا وجود نشانه‌های روان گسستگی؛ ۳. عدم تمایل به ادامه درمان. لازم به ذکر است که، رضایت بیماران برای شرکت و همکاری در پژوهش، از پیش کسب شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به قرار زیر بود:

- **مقیاس سازگاری زوجی- فرم کوتاه شده (RDAS)**: مقیاس سازگاری زوجی- فرم کوتاه شده، توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (Busby، Crane، Larson & Christensen) ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خود- گزارشی مداد- کاغذی است که ۱۴ ماده دارد و روی یک طیف ۶ درجه‌ای از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود این ابزار از سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام تشکیل شده است که در مجموع نمرهٔ کیفیت زناشویی را نشان می‌دهد و نمرات بالا نشان‌دهندهٔ سازگاری زناشویی بالاتر است (۲۱).

در مطالعهٔ هولیست و میلر (Hollist & Miller) (۲۱) پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس این آزمون به ترتیب توافق (۰/۷۹)؛ رضایت (۰/۸۰) و انسجام همبستگی (۰/۹۰) به دست آمد. در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی این پرسشنامه، با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۸۳ به دست آمد. پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به ترتیب، ۰/۹۰ برای خرده مقیاس توافق، ۰/۸۸ برای خرده مقیاس رضایت و ۰/۶۸ برای خرده مقیاس انسجام به دست آمد.

- **پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ**: این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش‌های متنوعی برای سنجش رضایت زناشویی استفاده شده است (۲۲). در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسشنامه که شامل ۴۷ سؤال می‌باشد و توسط سلیمانیان اعتباریابی شده است استفاده گردید، که ۱۲ خرده مقیاس را شامل می‌شود. دوازده خرده مقیاس شامل: ۱- تحریف آرمانی ۲-

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

رضایت زناشویی ۳- مسائل شخصیتی ۴- ارتباط ۵- حل تعارض ۶- مدیریت مالی ۷- اوقات فراغت ۸- رابطه جنسی ۹- فرزندان ۱۰- خانواده و دوستان ۱۱- نقش‌های مساوات‌طلبی ۱۲- جهت‌گیری مذهبی می‌باشد. برای هر یک از ماده‌های این پرسشنامه پنج گزینه به صورت طیف لیکرت منظور شده است که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این پرسشنامه در یک گروه ۱۱ نفری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه گردید که نشان دهنده اعتبار بالای این پرسشنامه می‌باشد (۲۳). پایایی (اعتبار) این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

- **پرسشنامه تنظیم خلق گرنفسکی**: این پرسشنامه توسط گرنفسکی (Garnefski) ساخته شده است (۲۴). این ابزار حاوی ۳۶ آیتم بوده و پاسخگویی به هر یک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز، تا ۵= همیشه) می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۹ زیر مقیاس است. پنج زیر مقیاس این پرسشنامه سبک‌های تنظیم‌هیجان شناختی سازگار و چهار زیر مقیاس دیگر سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون، گرنفسکی پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آورد. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۵). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

روش مداخله درمانی: پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک‌های بیان شده، آزمودنی‌ها به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایش و کنترل، وارد شدند و پیش آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل، یعنی مداخلات مربوط به درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۱ جلسه به صورت گروهی انجام شد. در مورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. لازم به ذکر است برای جلوگیری از تأثیر آموزش‌های گروه مداخله بر افراد گروه کنترل، گروه آزمایش در نوبت صبح و گروه کنترل در نوبت بعد از ظهر مورد بررسی قرار گرفتند. جلسات درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی به شرح ذیل می‌باشد:

۱) جلسه اول: آموزش مدل کیفیت زندگی، شامل: آموزش مدل پنج راهه CASIO؛ (گام اول: شرایط خود را تغییر دهید (C)، گام دوم: نگرش خود را تغییر دهید (A)، گام سوم: تعبیر و تفسیر خود راجع به موضوع را عوض کنید (S)، گام چهارم: تغییر اولویت‌ها (I) و گام پنجم: افزایش رضایتمندی نسبت به حوزه‌هایی که آنها را در نظر نگرفته‌اید (O).

۲) جلسه دوم: بررسی نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روانی که شامل: تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش و ارایه تکلیف «یادداشت موفقیت: موفقیت‌های کسب شده ناشی از آموزش دریافتی از جلسات درمانی در برخورد با چالش‌های روزمره» برای اجرا در منزل، آموزش اصول رسیدن به عزت نفس شامل خودپذیری، بسط روابط اجتماعی سودبخش، یاری‌رسانی، آموزش و ارائه تکنیک BAT[3] (یک مداخله روانشناسی مثبت برای تغییر شرایط، از طریق تقویت توانایی‌های شخصی

[3] Blessings, Accomplishments, Tenets (BAT)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

است) و تکنیک دروغ‌سنج (آموزش افراد به پذیرفتن و انجام دادن تکالیفی که متناسب با نقاط ضعف و قوت آنهاست و رد نمودن تکالیفی که فراتر از توانمندی آنهاست) جهت تکمیل در منزل. آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها».

۳) جلسه سوم: ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی که شامل: بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین سبد تخم مرغ[۴] (افراد برای افزایش شادی خود، نیاز به حداقل یا مقداری تحقق در همه یا اکثر حوزه‌هایی که برای آنان مهم است دارند. اگر افراد همه تخم مرغ‌های احساسشان را در یک سبد قرار دهند و نتوانند نیازهای خود را در دیگر حوزه‌های مهم برطرف کنند؛ علاوه بر اینکه خودشان را از شادی و رضایت بالقوه محروم کرده‌اند، خود را در معرض افسردگی شدید و عدم شادی نیز، قرار می‌دهند. به جای چنین چیزی، افراد نیاز دارند که انرژی یا تخم مرغ‌های احساسی خود را در هر حوزه یا سبدی که برایشان مهم‌تر است، قرار دهند تا بتوانند سبک زندگی متعادل و متوازنی داشته باشند) جهت تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه‌ریزی روزانه (DAP)، اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم.»

۴) جلسه چهارم: آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی که شامل: مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی[۵] (این تمرین از درمانجویان می‌خواهد تا لیستی از اهداف مربوط به حوزه‌های زندگیشان را تهیه کنند. درمانگر باید به درمانجو این اطمینان خاطر را بدهد که اهدافشان در هر زمان در آینده قابل تغییر است. همچنین این مسئله برای درمانجویان مهم است که نسبت به بعضی از اهداف، بله و نسبت به بعضی دیگر نه بگویند)، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی[۶] (قرار دادن اهداف واقع‌بینانه اما چالش‌انگیز و آزمایش آنها با افزایش و –کاهش استانداردها)، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف.

۵) جلسه پنجم: جایگاه ارتباط در آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه‌نگاری ۱ و ۲ (فن نامه‌نگاری ۱: نوشتن احساسات خود نسبت به خود در قالب نامه؛ فن نامه‌نگاری ۲: نوشتن احساسات خود نسبت به دیگران در قالب نامه)، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات.

۶) جلسه ششم: جایگاه یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش مراحل ۵ گانه که پیشتر در جلسه اول توضیح داده شد، جهت افزایش یادگیری (در حیطه‌های مورد علاقه)، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری.

۷) جلسه هفتم: تعیین جایگاه بازی و تفریح در شادکامی که شامل: آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، مشخص کردن بازی‌هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شود، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارایه تکلیف لیست بازی‌ها (هر نوع بازی که باعث برقرای ارتباط ارتباط با دیگران و ایجاد شادی در فرد می‌شود) جهت تکمیل در منزل.

۸) جلسه هشتم: دریافت بازخورد از آموزش کیفیت زندگی و پیشگیری از عود که شامل: آموزش استفاده از

[4] basket of eggs
[5] vision quest
[6] life script

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

فرم استرس‌های شخصی و چک لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد در خصوص آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی.

بعد از اتمام جلسات درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر روی گروه آزمایش، گروه کنترل در زمان مناسبی تحت درمان مذکور قرار گرفتند. در پایان، پس از اعمال مداخله بر روی گروه آزمایش از هر دو گروه، پس آزمون در متغیرهای پژوهش (سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق) به‌عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۱۸ استفاده شد. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی پژوهش حاضر به دلیل اینکه محقق قصد بررسی بیش از یک متغیر وابسته داشت، از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. از این رو، جهت کنترل متغیرهای مزاحم پژوهشی و همچنین مقایسه میانگین‌های پس آزمون سه متغیر وابسته پژوهشی (سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق)، نمرات پیش آزمون این سه متغیر پژوهشی ثابت نگه داشته شد (به عنوان کووریت در نظر گرفته شد).

یافته‌ها

شرکت کنندگان این پژوهش متشکل از ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بودند. یافته‌ها نشان دادند میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۷/۴±۳۲/۸ و ۸±۳۳/۷ (انحراف معیار±میانگین) می‌باشد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق را در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمره‌های سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک

متغیر	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	سطح معنی‌داری
سازگاری زناشویی	۳۴/۱±۸/۴۸	۶۹±۷/۳۳	*	۳۲/۶۶±۷/۸۱	۳۶/۱۳±۱۲/۱	NS
رضایت زناشویی	۹/۳±۳/۱	۱۵/۴۷±۳/۷	*	۸/۲±۲/۵۷	۷/۲±۲/۵۱	NS
تنظیم خلق	۱۰۳/۲±۱۱/۰۲	۱۳۰/۳±۹/۵۷	*	۱۰۲/۸۶±۱۲/۱۸	۱۰۹/۴۶±۹/۶۷	NS

*معنی‌دار، NS معنی‌دار نیست. سطح معنی‌داری (P<۰۵)

به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و اینکه آیا این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است یا خیر، و همچنین برای بررسی تفاوت بین نمرات شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. جهت بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری از آزمون لون و برای بررسی تساوی، واریانس خطای دو گروه استفاده شد که بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که معنی‌داری آزمون لون در نمرات

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

پرسشنامه سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق بیش‌تر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در مطالعه حاضر محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنی‌دار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می‌کند؛ بنابراین هر دو پیش فرض در مرحله پس آزمون برقرار هستند. به این ترتیب می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیری برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد.

نتایج مربوط به آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به نتایج گزارش شده در جدول و با توجه به مقدار F می‌توانیم بگوییم که نتایج در سطح P<۰/۰۰۰۱ معنادار بوده و دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق در مرحله پس آزمون با یکدیگر به شکل معناداری متفاوتند که این نشان‌دهنده اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوء مصرف‌کنندگان می‌باشد.

جدول ۲) نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	درجهٔ آزادی	درجهٔ آزادی خطا	اندازهٔ اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۷۸۲	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	p<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۱۸	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	p<۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۵۷	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	p<۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۳/۵۷	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	p<۰/۰۰۰۱

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمودنی‌ها را در هر یک از متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود در سازگاری زناشویی (P<۰/۰۰۱؛ F=۷۴/۲۶)، رضایت زناشویی (P<۰/۰۰۱؛ F=۴۷/۸۸) و تنظیم خلق (P<۰/۰۰۱؛ F=۳۱/۲۴) تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود داشت.

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس تفاوت متغیرهای سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازهٔ اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
سازگاری زناشویی	۷۹۹۷/۳۸	۱	۷۹۹۷/۳۸	۷۴/۲۶	۰/۷۴	۱	p<۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	۵۰۳/۷۵	۱	۵۳/۷۵	۴۷/۸۸	۰/۷۳۹	۱	p<۰/۰۰۱
تنظیم خلق	۲۹۰۸/۴	۱	۲۹۰۸/۴	۳۱/۲۴	۰/۵۵	۱	p<۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جداول ۲ و ۳ ملاحظه می‌گردد، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در متغیرهای سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق دیده می‌شود. به طوری که می‌توان گفت، درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث بهبود سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق در گروه آزمایش شده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوء مصرف کنندگان شهر بوشهر انجام شد. نتایج حاصل نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به بهبود سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، تاکنون پژوهشی که مستقیماً درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را در گروه‌های سوء مصرف‌کنندگان مورد بررسی قرار داده باشد انجام نشده است، اما نتایج این پژوهش با چندین پژوهشی که به بررسی مداخلات روانشناختی در حیطه درمان شناختی رفتاری در جامعه سوء مصرف کنندگان صورت گرفته، همسو می‌باشد (۲۶ و ۲۷).

یکی از حیطه‌های مورد بحث در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بعد اهداف و زندگی معنوی است؛ نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۲۶)، که به بررسی روان درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد افیونی پرداختند، بیانگر آن بود که روش درمان معنوی موجب کاهش مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب شده و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و روند منفی شدن تست مورفین را تسریع می‌کند. همچنین نتایج پژوهش طباطبایی (۲۸) که به بررسی تأثیر گروه درمانی دینی و معنوی بر کیفیت زندگی و افسردگی بیماران وابسته به مواد انجام داده‌اند نشانگر آن بود که گروه درمانی دینی و معنوی بر متغیرهای پژوهش شامل کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و افسردگی بیماران وابسته به مواد تأثیر مثبت داشته است. همچنین نتایج پژوهش ریاحی و همکاران (۲۹) بیانگر آن است که در بررسی رابطه بین سلامت روانی و جهت‌گیری دینی، متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، میزان خوش‌بینی، جهت‌گیری درونی و جهت‌گیری بیرونی دینی بر سلامت روانی دانشجویان، تأثیر مثبت داشته است. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش حاضر، هماهنگ است. چون که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، یکی از حوزه‌های بسیار مهم و ارزشمند در داشتن رضایت زناشویی بهتر را نقش ارزش‌ها، اهداف و یا زندگی معنوی می‌داند. چنان که در طول جلسات آزمودنی‌ها فرا گرفتند که چگونه بین اهداف معنوی و غیرمعنوی خود، تفاوت قائل شوند و به این بینش رسیدند که در طول روز، نیاز است که بخش‌هایی از زمان خود را برای ارزش‌های خود قرار دهند و با آفرینش دوباره "نقشه زندگی" و یا طرح‌واره‌های فکری جدید به یک جهان‌بینی منسجم درباره خود و جهان برسند و به کارکرد اصلی معنویت یعنی خوش‌بینی، اشراف پیدا کردند. در این ارتباط در یک پژوهش مشخص شد که بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی، همبستگی مثبت و معنادار و با افسردگی، همبستگی منفی وجود دارد و معناداری زندگی می‌تواند باعث افزایش سازگاری و رضایت از زندگی شود. یعنی به عبارت دیگر، معناداری زندگی به گونه‌ای غیرمستقیم و در تماس با امید می‌تواند سبب افزایش سازگاری و رضایت زناشویی شود (۳۰). همچنین، در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان ذکر کرد که افرادی که در برنامه‌ی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی شرکت می‌کنند، مهارت‌هایی را می‌آموزند که حمایت از همسر را بهبود می‌بخشد، و بر حل مشکلات میان فردی تأکید دارد. علاوه بر این

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

موارد، مهارت‌های ارتباط مثبت، تقسیم وظایف و توافق که از این مهارت‌ها منتج می‌گردد، به‌طور مثبت با سازگاری زناشویی شرکت کنندگان در برنامه‌ی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ارتباط دارد (۱۸).

بر اساس یافته‌های این مطالعه، شیوه درمانی مورد استفاده، باعث ایجاد تفاوت و بهبود معنی‌دار در میزان تنظیم خلق شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل شده است. یافته‌های پژوهش حاضردر خصوص تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر تنظیم خلق سوء مصرف کنندگان با پژوهش ترینیداد (Trinidad) و همکاران (۱۶) همسو است.

به طور کلی تنظیم خلق، به عنوان پردازش‌های درونی و بیرونی مسئول برای بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی، تعریف می‌شود (۳۱)، به عبارت دیگر، تنظیم خلق به تاکتیک‌هایی اطلاق می‌شود که افراد استفاده می‌کنند تا واکنش‌های هیجانی‌اشان را اصلاح و تعدیل کنند. با توجه به کارهای انجام شده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که واکنش‌پذیری بالاتر و راهبردهای تنظیم خلق منفی بالاتر، احتمال سوء مصرف مواد را بالا می‌برد. به علاوه دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطهٔ عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته‌ی دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. همچنین، افرادی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به‌سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۱۵ و ۱۶). نکته دیگری که در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد این است که، در درمان مبتنی بر ارتقاء کیفیت زندگی از مهارت‌هایی استفاده می‌شود که میزان استفاده افراد را از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت افزایش می‌دهد، از جمله این مهارت‌ها افزایش آگاهی و مدیریت استرس بوده است. تکنیک توجه به نعمت‌ها در افراد حس آگاهی از خود ایجاد می‌کند که این به خودی خود موجب افزایش توجه به توانایی خود می‌شود و از تأکید فرد به ضعف‌های خود می‌کاهد. از طرف دیگر افزایش آگاهی منجر به افزایش آگاهی افراد از هیجانات خود می‌شود و آنها را نسبت به هیجانات خود واقف می‌سازد. این امر از طریق مهارت لیست احساسات در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به آزمودنی‌ها آموزش داده شد. همچنین در تکنیک دروغ‌سنج و ثبت استرس‌های روزانه به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه منابع استرس خود را مدیریت کنند و با آنها مقابله کنند. استرس‌های محیطی منجر به حالات هیجانی منفی شده و در نتیجه احتمال کشش سوء مصرف‌کنندگان به مواد را افزایش می‌دهد. سوء مصرف‌کنندگان با یادگیری اصول کنترل استرس می‌توانند با شیوه‌های مقابله‌ایی کارآمد به مدیریت استرس خود و در نتیجه مدیریت هیجانات خود بپردازند.

با وجود اینکه نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوء مصرف کنندگان بود، اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. برای نمونه،

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

نتایج این پژوهش را نمی‌توان به جامعه زنان و همچنین مردان در دیگر سنین تعمیم داد؛ به علاوه تعمیم نتایج، به دیگر گروه‌های جامعه با سایر اختلالات روانپزشکی و جسمانی باید با احتیاط صورت گیرد. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به عدم وجود پیگیری در درمان به دلیل عدم تمایل شرکت‌کنندگان و تعداد کم نمونه آماری، اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

با وجود این محدودیت‌ها، چون این پژوهش یکی از معدودترین پژوهش‌هایی می‌باشد که در ایران درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را در سوء مصرف کنندگان مورد بررسی قرار داده است، می‌تواند نقطه شروعی باشد برای بررسی و حل مشکلات روانشناختی که در این افراد دیده می‌شود. شیوه‌های درمانی از این دست، باعث معنابخشی به زندگی و افزایش بهزیستی روانشناختی شده و هزینه‌های مورد نیاز برای درمان و توانبخشی را کاهش می‌دهد و می‌توان از این شیوه درمانی در کلینیک‌های تخصصی و مراکز خدمات روانشناختی به منظور حل مشکلات روانشناختی سوء مصرف کنندگان و کمک به آنها در سازگاری بهتر با مشکلات روزمره استفاده کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این شیوه درمانی بر سایر اختلالات روانپزشکی و جسمانی و دیگر جمعیت‌های بالینی انجام گیرد و به منظور تعیین تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری بلند مدت انجام گیرد.

سپاس و قدردانی

بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی و سازمان بهزیستی استان بوشهر به جهت حمایت‌های لازم به منظور جمع‌آوری داده‌ها و همچنین کلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق مشارکت نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S, et al. Drug addiction end phenotypes: Impulsive versus sensation seeking personality traits. Biol Psychiatry 2010; 68: 770-3.
2.Leeman RF, Hoff RA, Krishnan-Sarin S, et al. Impulsivity, sensation-seeking, and part-time job status in relation to substance use and gambling in adolescents. J Adolesc Health 2014; 54: 460-71.
3.Najafi K. The comparison quality of life between woman with addict husband and control group. Med Sci Gilan 2005; 44: 28-39. (Persian)
4.Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Lancet 2007; 370: 859-77.
5.Hendriks V, van der Scheea E, Blankena P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. Drug Alcohol Depend 2011; 119: 64-71.
6.Molazade J, Ashori A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on prevention and treatment on mental health of addicts. Daneshvar Shahed Univ 2009; 24: 1-12. (Persian)
7.Singh NK, Bhattacharjee D, Das B, et al. Interaction patterns indian families with alcohol dependent persons. Hong Kong Psychiatry 2009; 19: 117-20.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

8.Verdejo-Garcia A, Rivas-Perez C, Vilar-Lopez R, et al. Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence. Drug Alcohol Depend 2007; 86: 139-46.
9.Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Res J 2010; 13: 11-8. (Persian)
10.Azizi A, Borjali A, Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problem of substance abuser. Iran J Psychiatry 2010; 5: 60-5. (Persian).
11.Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, et al. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocain abstinence. Drug Alcohol Depend 2007; 89: 298-301.
12.Moneta GB. Metacognition, emotion and alcohol dependence in college student: A moderated mediation model. Addict Behav 2011; 36: 781-4.
13.Begh R, Munafo MR, Shiffman S, et al. Lack of attentional retraining effects in cigarette smokers attempting cessation: A proof of concept double-blind randomised controlled trial. Drug Alcoh Depend 2015; 149: 158-65.
14.Ferguson SG, Gitchell JG, Shiffman S, et al. Providing accurate safety information may increase a smoker's willingness to use nicotine replacement therapy as part of a quit attempt. Addict Behav 2011; 36: 713-6.
15.Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Personal Indivi Differ 2002; 32: 95-105.
16.Trinidad DR, Unger JB, Chou CP, et al. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescent. Personal Indivi Differ 2004; 36: 945-54.
17.Fox HC, Hong KA, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinks. Addict Behav 2008, 33: 388-94.
18.Frisch MB. Quality of life therapy, applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. [khamseh A, trans]. 1ed ed. Tehran: Arjmand Publication, 2010, 17-29. (Persian)
19.Fals-Stewart W, Birchler GR, Kelley ML. Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 579-91.
20.Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research Methods in the Behavioral Sciences. 20th ed. Tehran: Agah publication, 2011, 38-41. (Persian).
21.Hollist CS, Miller RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. Fam Relation 2005; 54: 46-58.
22.Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Illicit drug use and marital satisfaction. Addict Behav 2008; 33: 279-91.
23.Taniguchi ST, Freeman PA, Taylor S, et al. A study of married couples perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. J Exp Educ 2006; 28: 253-9.
24.Garnefski N, Kraaij V. Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies. J Adolesc 2014; 37: 1153-60.
25.Abdi S. The correlation of emotional compare, gender role, self –monitoring and emotional regulation in student [dissertation]. Tabriz: Psychology College Tabriz Univ., 2005. (Persian)
26.Mohammadi M, Akbari A, Hatami N, et al. The investigation of efficacy of spiritual therapy in opioid substance dependents. J Hakim 2010; 6: 144-50. (Persian)
27.Tabrizi A, Jazayeri A, Babaii N. Meta-analysis studies of substance abuse with psycho-social approach from 1370-1380. J Soci Prob Iran 2010; 1: 176-200. (Persian)
28.Tabatabaii K. The efficacy of religious spiritual on quality of life and depression of addicts in withdrawal [dissertation]. Tehran:

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

Psychology College Allameh Tabatabaii Univ., 2011. (Persian)
29.Riahy MA, Aliverdynia A, Baniasadi MR. Evaluation of effectiveness of religious on mental health of student of Mazandaran University. J Soci Sci 2010; 5: 51-90. (Persian)
30.Nasiri H, Jokar B. Meaning of life, Hope, life satisfaction & mental health in women. J woman Res 2009; 6: 2: 157-6. (Persian)
31.Netzer L, Van Kleef GA, Tamir M. Interpersonal instrumental emotion regulation. J Exp Soci Psychol 2015; 58: 124-35.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]

Iran South Med J 2016; 19(3): 411-424

Original Article

The effectiveness of group therapy based on quality of life on marital adjustment, marital satisfaction and mood regulation of Bushehr Male abusers

Y. Dehghani [1*]

[1] ***Department of Psychology, Faculty of Humanities and Letters Science, Persian Gulf University, Bushehr, Iran***

(Received 15 May, 2015 Accepted 7 Dec, 2015)

Abstract

Background: The purpose of this research was to study the The effectiveness of group therapy based on quality of life on marital adjustment, marital satisfaction and mood regulation of Bushehr Male abusers.

Materials and Methods: In this study which was a quasi-experimental pre-test, post-test with control group, the sample group was selected by clustering sampling method from the men who referred to Bushehr addiction treatment clinics that among them a total of 30 patients randomly divided into two experimental and control groups of 15 individuals. The instrument included short version of the Marital Adjustment Questionnaire, Marital Satisfaction Questionnaire and Garnefski Emotional Regulation Scale that was completed by the participants in the pre-test and post-test stages.The experimental group was treated based on group life quality in eight sessions but the control group did not receive any treatment. Multi-variate covariance analysis is used for statistical analysis of data.

Results: The results revealed that after intervention there was a significant difference between two groups in terms of marital adjustment, marital satisfaction and emotional regulation variables (P<0/001).The rate of marital adjustment, marital satisfaction and emotional regulation in experimental group compare with control group and it was significantly higher in post-test.

Conclusion: treatment based on quality of life which have formed from combination of positive psychology and cognitive-behavioral approach can increase marital adjustment, marital satisfaction and mood regulation of abusers.

Key words: treatment based on quality of life, marital adjustment, marital satisfaction, emotional regulation, mood regulation of male abusers

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Dehghani Y. The effectiveness of group therapy based on quality of life on marital adjustment, marital satisfaction and mood regulation of Bushehr Male abusers. Iran South Med J 2016; 19(3): 411-424

Copyright © 2016 Dehghani. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[*] *Address for correspondence:* Department of Psychology, Faculty of Humanities and Letters Science, Persian Gulf University, Bushehr, Iran. Email: ydehghani@yahoo.com

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.411]