

The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Well-Being, Resiliency, Marital Satisfaction in Wives of Veterans

Ezatollah Ghadampour ^{1*}, Leila Heidaryani ², Mahdi Barzeghar Bafrooeii ²

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran

² PhD student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Received: 7 November 2018 Accepted: 18 January 2019

Abstract

Background and Aim: The effects of war-related injuries and psychological pressures on the family, especially on the wives of injured people, continue after the war. The aim of this study was to investigate the effectiveness of quality of life therapy on psychological well-being, resiliency, and marital satisfaction on the wives of veterans.

Methods: This is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all wives of veterans who were covered by the Foundation of Martyrs and Veterans Affairs of Khorram Abad city in 2018. A total of thirty women were entered by a convenience sampling method and were randomly assigned into two experimental and control groups (15 patients in each group). For the pre-test, the Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC), Keiers and Makiramo Psychological Wellbeing Questionnaire and Enrich Marital Satisfaction Scale (EMS) were completed by both groups. Quality of life therapy was performed in 8 sessions (each session lasted 1 hour) over 2 months for the experimental group; the control group did not receive any therapy. After 2 months, the post-test was performed on the two groups by completing same questionnaire.

Results: The two groups were matched for age and education. Quality of life therapy in the experimental group had a significant effect on increasing the level of resiliency ($F=88.33$), psychological well-being ($F=-0.49$) and marital satisfaction ($F=22.22$) compared to the control group ($p<0/001$).

Conclusion: According to the results of this study, quality of life therapy can be used to increase the resilience, subjective well-being and marital satisfaction of the wives of veterans. Therefore, this treatment may be used in specialty psychiatric care clinics to help psychological problems and improve resilience in wives of veterans.

Keywords: Quality of Life Therapy, Resilience, Marital Satisfaction, Wives of Veterans.

اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان

عزت‌اله قدم‌پور^{۱*}، لیلیا حیدریانی^۲، مهدی برزگر بفرویی^۲

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
^۲ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اثرات آسیب‌ها و فشارهای روانی ناشی از جنگ روی خانواده و به ویژه همسران افراد آسیب دیده، پس از جنگ ادامه می‌یابد. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی همسران جانبازان بود.

روش‌ها: مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد بررسی شامل همه همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۷ بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر بررسی شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر). هر دو گروه پرسشنامه‌های تاب‌آوری Connor-Davidson، بهزیستی ذهنی Keiers and Makiramo و رضایت زناشویی Enrique را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل نمودند. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت به مدت ۲ ماه برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. در پایان ماه دوم، پس‌آزمون با تکمیل نمودن مجدد پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه، انجام شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر سن و تحصیلات همسان بودند. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در گروه آزمایش تاثیر معنی داری در افزایش میزان تاب‌آوری ($F= ۸۸/۳۳$)، بهزیستی ذهنی ($F= ۱۰۹/۴۵$) و رضایت زناشویی ($F= ۲۲/۵۲$) نسبت به گروه گواه داشت ($p<0/001$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان برای افزایش تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی همسران جانبازان از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده نمود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از این شیوه درمانی در کلینیک‌های تخصصی و مراکز خدمات روان‌شناختی به منظور حل مشکلات روان‌شناختی همسران جانبازان و کمک به آن‌ها در سازگاری بهتر با مشکلات روزمره استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، تاب‌آوری، رضایت زناشویی، همسران جانبازان.

مقدمه

معلولیت‌های جسمی و عوارض روحی ناشی از آن یکی از جلوه‌هایی است که در صحنه‌های جنگ و سال‌های بعد از آن در بازماندگان جنگ و اطرافیان آنها به شکلی گسترده به چشم می‌آید (۱). اثرات آسیب‌ها و فشارهای روانی ناشی از جنگ روی خانواده و به ویژه همسران افراد آسیب دیده پس از جنگ ادامه می‌یابد (۲). این اثرات می‌تواند به مشکلات روان‌پریشی در همسران جانبازان (۳) افزایش نارضایتی زوجین (۴) افزایش اختلالات زناشویی و درگیری زوجین (۵) منجر شود. در خانواده جانبازان مهمترین و بیشترین آسیب را زن خانواده متحمل می‌شود. در واقع، توجه ویژه به افزایش سازگاری روان‌شناختی و توانمندسازی همسران جانبازان، هدایت کل خانواده آنها به سمت سلامت روان است که ضرورت توجه بیشتر به این حوزه را مشخص می‌کند (۶). طبق نظر Greef و Malherbe زوجین سازگار، زن و شوهرهایی هستند که از نوع روابطشان راضی‌اند، از نوع گذراندن اوقات فراغت رضایت دارند و وقت و مسائل مالی‌شان را به خوبی برنامه‌ریزی می‌کنند (۷). تاب‌آوری یکی از متغیرهای است که در پژوهش‌های حوزه سلامت روان تأکید بسیاری بر آن می‌شود. تاب‌آوری یکی از موضوعات روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به توانایی انسان برای سازگاری در برابر درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و عوامل تنش‌زای زندگی اشاره دارد (۸) و می‌تواند به عنوان یک سیستم پویا برای مقاومت در برابر بهبود چالش‌های قابل توجهی که ثبات، زیستن و پیشرفت را تهدید می‌کند، تعریف شود (۹). نظریه گسترش و ساخت هیجانات مثبت یکی از نظریات مهم در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به تبیین اهمیت هیجانات مثبت در زندگی می‌پردازد (۱۰). این نظریه شامل فرضیه تاب‌آوری است. بر اساس این فرضیه هیجانات مثبت باعث ایجاد شناخت‌های مثبت و کارآمد می‌شود. به طور مثال، هیجانات مثبت باعث می‌شوند تا افراد بتوانند دید مثبت‌تری نسبت به مسائل داشته باشند و سختی‌های زندگی را به گونه‌ای دیگر تعبیر و تفسیر کنند (۱۱) تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد با وجود قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطرزا، می‌تواند عملکرد خود را بهبود بخشد و بر مشکلات و اضطراب غلبه کند (۱۲). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد افرادی که تاب‌آوری کمتری دارند در معرض خطرات بیشتری از نظر مشکلات روانی از قبیل اضطراب، افسردگی، ناامیدی، اختلالات رفتاری، خشونت، مصرف سیگار و فعالیت جنسی مهار نشده قرار دارند (۱۳). با توجه به این که همسران جانباز شرایطی ویژه را در محیط خانواده تجربه می‌کنند و با ایفای نقش‌های متفاوت و درگیر شدن با فشار مشکلات گوناگون زندگی، ممکن است با نگاه بیش از حد به گذشته یا نگرانی بیش از حد نسبت به آینده، نقش یک فرد قربانی را برای خود در نظر گیرند و وجود مجروحیت جسمی و روانی در جانبازان، فشار و استرس زیادی را به جانباز و همسران آنها وارد خواهد کرد. از سوی دیگر، از آن‌جا که سال‌ها از جنگ

می‌گذرد، هنوز پیامدها و اثرات ناشی از جنگ بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های آنها مشاهد می‌شود و با توجه به این که شرایط فشار و استرس، تعادل زیستی- روانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، توجه و تقویت مفهوم تاب‌آوری به منزله توان‌مندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط آشفته از اهمیت دوچندانی برخوردار است (۱۴).

با توجه به اینکه نقش محوری در خانواده جانبازان عمدتاً بر عهده همسران است و تحت فشار بودن عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین، سلامت، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متاثر می‌سازد، بنابراین از نظر بهزیستی ذهنی می‌تواند در شمار گروه‌های در معرض خطر جامعه قرار گیرد (۱۵ و ۱۶). بهزیستی ذهنی به صورت یک حالت ذهنی مثبت و پایدار تعریف می‌شود که به افراد اجازه پیشرفت و کامیابی را می‌دهد (۱۷). بهزیستی ذهنی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی است. بعد شناختی به معنی ارزیابی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی بهزیستی به معنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (۱۸). افرادی که دارای بهزیستی ذهنی پایینی هستند، شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل هیجانات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را بیشتر تجربه می‌کنند. در مقابل، افرادی که بهزیستی ذهنی بالایی دارند، وقت فراغت پرشورتری برای خود ایجاد کرده و در فعالیت‌های عمومی شرکت می‌کنند و به طور عمده دارای هیجانات مثبت بوده و از ارزیابی مثبت رویدادهای در حال وقوع استقبال می‌کنند و نسبت به آینده امیدوارتر هستند (۱۹). یکی از عواملی که می‌تواند به همسران جانباز کمک کند تا آشفته‌گی روانی، استرس و اضطراب خود را تقلیل دهند، حفظ بهزیستی ذهنی است. از عوامل دیگر موثر در روند زندگی همسران جانبازان رضایت زناشویی آن‌هاست. عملکرد زناشویی و بین فردی همسران، پیش-بینی‌کننده خوبی برای رضایت زناشویی است (۲۰). رضایت زناشویی یک صفت پایدار و عینی نیست، بلکه به تغییرات موقعیتی حساس است و بر اساس درک و دیدگاه خود افراد در نظر گرفته می‌شود (۲۱). بر اساس نظریه مدل چند مختصاتی Olson می‌توان از همبستگی، نزدیکی هیجانی میان اعضای خانواده، سازگاری، انعطاف‌پذیری و میزان تغییر در مدیریت خانواده، نقش‌ها، روابط بین نظام خانواده و ارتباطات مثبت که زوجین در تعامل با هم استفاده می‌کنند از عوامل تعیین‌کننده رضایت زناشویی دانست. خانواده‌هایی که در عملکرد خانوادگی هم افراطی عمل می‌کنند و هم تفریطی گونه عمل می‌کنند مشکلات بیشتری در رضایت زناشویی و رضایت از زندگی جنسی دارند (۲۲).

همسران جانبازان با داشتن مسئولیت‌های متعدد از قبیل پرستاری از همسر، فرزندپروری و مشکلات مربوط به زندگی شهروندی و کاهش ارتباطات معمول دچار فرسودگی تدریجی شده‌اند و به خدمات روان‌شناختی نیازمندند (۲۳). روش‌ها و بسته‌های

زندگی بر تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی همسران جانبازان بود.

روش‌ها

مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد بررسی شامل کلیه همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. با عنایت به این‌که حجم نمونه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی حداقل ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (۲۶)، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر). در آغاز مطالعه سن و تحصیلات همه افراد ثبت شد، سپس در شرایط یکسان و به صورت همزمان برای هر دو گروه آزمایش و گواه ابتدا پرسشنامه‌های تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی به عنوان پیش-آزمون اجرا شد. به این صورت که نسخه چاپی پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و در مکانی (نمازخانه خابگاه دانشگاه) که پژوهشگر به صورت اختصاصی برای این دوره اجرا فراهم نموده بود در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به آن‌ها توضیحات لازم در خصوص این‌که برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۴۰ دقیقه زمان در اختیار دارند و این‌که چگونه پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند ارائه شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هر جلسه یک ساعت و در مجموع به مدت ۲ ماه توسط پژوهشگر تحت جلسات درمانی قرار گرفت (جدول-۱) و در این مدت گروه گواه تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفت و روال عادی خود را طی می‌نمود. بعد از پایان مداخله، مجدداً پس‌آزمون مربوط به هر کدام از پرسشنامه‌های تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی جهت مقایسه میزان تفاوت گروه آزمایش و گواه از نظر بررسی میزان تاثیر مداخله درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، برای هر دو گروه اجرا شد، یعنی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا یک بار دیگر به عنوان پس‌آزمون، پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کنند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: ساکن شهر خرم‌آباد، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر، رضایت داوطلبانه، آگاهی از فرایند و مدت زمان تحقیق و آمادگی جسمی و روانی جهت حضور در جلسات بود؛ همچنین ملاک خروج از مطالعه نیز مشخص شدن ابتلای فرد به اختلالات روانشناختی و عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگران بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه تاب‌آوری: این مقیاس ۲۵ گویه‌ای توسط Connor & Davidson (۲۷) ساخته شد. آزمودنی‌ها در یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. دامنه نمره‌گذاری این مقیاس بین ۱۲۵-۲۵ است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و

درمانی متعددی برای مسائل و مشکلات زوجین در دسترس قرار گرفته است. یکی از این روش‌ها که از روان‌شناسی مثبت‌نگر مشتق شده است درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. این درمان در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت، با هدف ایجاد بهزیستی و افزایش رضایت از زندگی، از ترکیب رویکرد شناختی Arontaibek در حوزه بالینی، تئوری فعالیت Sighman-Mihalay با روان‌شناسی مثبت Slighman توسط Maikle-Freesh در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است (۲۴). گروه‌های هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالاتی نظیر افسردگی می‌باشند، افراد معمولی و سالمی هستند که می‌خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند (۲۵). گروه درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی-رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۲ حوزه اصلی زندگی: (۱) ارزش‌ها و زندگی معنوی، (۲) خودپنداره، (۳) سلامتی، (۴) ارتباطات، (۵) کار و بازنشستگی، (۶) بازی، (۷) یاری رساندن، (۸) یادگیری، (۱۰) پول، (۱۱) خانه، همسایه و جامعه، (۱۲) و پیشگیری می‌باشد. این تحول، با ایجاد تغییر در ۵ مفهوم اصلی زندگی که به طور خلاصه مدل پنج راهه (CASIO) نامیده می‌شود صورت می‌گیرد. این پنج مفهوم، عبارتند از: ۱- شرایط زندگی (C)، ۲- نگرش‌ها (A)، ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف می‌کنیم (S)، ۴- ارزش‌ها (I)، ۵- رضایت کلی از زندگی (O). بنابراین (CASIO) استراتژی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که بر اساس ایجاد رضایتمندی بین فاصله‌ی موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (۲۳). با این وجود رویکرد روان‌شناسی مثبت و درمان‌های منتج از آن، به ابعاد مختلف زندگی، پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی تأکید می‌کند. به نظر می‌رسد رویکرد کیفیت زندگی درمانی، یکی از بهترین روش‌های درمانی برای افزایش رضایت زناشویی، بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری است. در این ارتباط Prolex و همکاران به این نتیجه رسیدند که هرچه کیفیت زناشویی بالاتر باشد، بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد (۲۳). در این رابطه عابدی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با رویکرد شناختی-رفتاری، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی را در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و مادران آنها راه، بیشتر افزایش می‌دهد.

با توجه به اهمیت روابط زوجین و افزایش میزان ناسازگاری‌ها و رجوع زوجین به مراکز درمانی روان‌شناسی و مشاوره و با توجه به جدید بودن رویکرد کیفیت زندگی درمانی و با وجود اهمیت این درمان در پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی و کم بودن تحقیقات بالینی و کنترل شده در مورد همسران جانبازان در کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت

زناشویی است. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ و روش همبستگی گویه-مقیاس استفاده شده که ۰/۷۴ گزارش شده است. برای سنجش روایی سازه پرسشنامه از سه روش روایی همگرا و روش مقایسه بین گروه‌های شناخته شده و نیز روایی عاملی استفاده شده است که نتایج حاکی از روایی و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بوده است (۳۲). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شد. اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده شد و همچنین به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند و یافته‌های حاصل از پژوهش به صورت کلی و بدون ذکر نام گزارش می‌شود.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: در این پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نرم‌افزار آماری استفاده شده نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS بود.

نتایج

شرکت‌کنندگان از لحاظ برخی متغیرهای جمعیت شناختی که ممکن بود در مطالعه اثر مداخله‌گری داشته باشند؛ سن و تحصیلات همسان‌سازی شدند. متغیرهای جمعیت‌شناختی مربوط به سن و تحصیلات همسران جانبازان در جدول ۲ آورده شده است.

روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (۲۸). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۲- پرسشنامه بهزیستی ذهنی: این پرسشنامه توسط Keiers and Makiramo در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل ۴۵ سوال می‌باشد و بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۲۹). این پرسشنامه توسط گلستانی‌بخت (۳۰) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد و ضریب پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای پرسشنامه نیز ۰/۸۰ به دست آمد. رجبی در پژوهش خود نشان داد که ضرایب روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی معنادار است (۳۱). ضریب میزان پایایی در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

۳- پرسشنامه رضایت زناشویی (فرم کوتاه): پرسشنامه رضایت زناشویی، توسط Enrique طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۰ گویه می‌باشد که با طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) نمره‌گذاری می‌شود. با سوالاتی مانند: (از ویژگی‌های شخصیتی و عادات همسرم راضی نیستم)، رضایت زناشویی را می‌سنجد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۵ تا ۵۰ می‌باشد و کسب نمره بیشتر در این مقیاس به معنای رضایت بالای

جدول-۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

جلسه اول	برقراری ارتباط، معرفی اهداف دوره درمان و آموزش، معرفی مباحث مربوط به کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی، پیش‌آزمون انجام شد.
جلسه دوم	تعریف درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، کشف موارد مشکل‌آفرین
جلسه سوم	تعبیر 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 از حیطة زندگی مثل روابط زناشویی، شغل و غیره، آموزش تعبیر اهداف و معیارها جهت یادگیری و اتخاذ اهداف واقع‌گرایانه و انعطاف‌پذیر
جلسه پنجم	اولویت‌های خود را تغییر دادن: این راهبرد شامل ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تأکید بر حیطة‌های بسیار مهم و قابل کنترل برای همسران جانبازان بود.
جلسه ششم	رضایت‌مندی خود را در حیطة دیگر که قبلاً به آن توجه نشده بود تقویت کنند (آخرین راهبرد)
جلسه هفتم	آموزش سه رکن درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی)
جلسه هشتم	جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون

جدول-۲. فراوانی سن و تحصیلات همسران جانبازان در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	طبقات	گروه آزمایش		گروه گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۳۵-۴۰	۸	۵۳/۳	۶	۴۰/۰
	۴۰-۴۵	۳	۲۰/۰	۶	۴۰/۰
	۴۵-۵۰	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۰
تحصیلات	ابتدایی	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
	راهنمایی و سیکل	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
	دبیرستان و دیپلم	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۲۰
	فوق دیپلم	۳	۲۰/۰	۴	۲۶/۷
	لیسانس	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۰	۰	۰	۰

میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی به تفکیک مراحل انجام آزمون و به تفکیک گروه مداخله و کنترل در جدول ۳- آورده شده است. همان طور که مشاهده می شود، در بیشتر موارد، تفاوتی بین پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه وجود ندارد اما نمرات گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون متفاوت شده است.

برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد و برای استفاده از این روش آماری، رعایت مفروضه های نرمال بودن، همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس، همگنی واریانس و همگنی ضرایب رگرسیون در مراحل پیش آزمون ضروری است برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد و برای استفاده از این روش آماری، رعایت مفروضه های نرمال بودن، همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس، همگنی واریانس و همگنی ضرایب رگرسیون در مراحل پیش آزمون ضروری است. نتایج آماره Z آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها در هر دو گروه معنی دار نمی باشد. لذا توزیع متغیرها در دو گروه آزمایش و گواه نرمال می باشد. به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس های واریانس- کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که این پیش فرض نیز برقرار است ($M=13/07, F=1/92, p>0/05$). آماره F آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس متغیرهای تاب آوری ($F=3/17, p>0/05$)، بهزیستی ذهنی ($F=0/03, p>0/05$) و رضایت زناشویی ($p>0/05$)، در دو گروه آزمایش و گواه معنی دار نمی باشد. لذا این پیش فرض نیز برقرار است. آماره F آزمون شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری ($F=1/44, p>0/05$)، بهزیستی ذهنی ($F=0/785, P>0/05$) و رضایت زناشویی ($p>0/484$)

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، بین شرکت کنندگان گروه های آزمایش و گواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می شود، به گونه ای که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به همسران جانبازان توانسته است به طور معناداری در افزایش تاب آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون مؤثر باشد، که این درمان در مرحله پس آزمون ۷۷/۹ درصد بر تاب آوری، ۸۱/۴ درصد بر بهزیستی ذهنی و ۴۷/۴ درصد بر رضایت زناشویی مؤثر بوده است.

جدول-۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد و برای استفاده از این روش آماری، رعایت مفروضه های نرمال بودن، همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس، همگنی واریانس و همگنی ضرایب رگرسیون در مراحل پیش آزمون ضروری است برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد و برای استفاده از این روش آماری، رعایت مفروضه های نرمال بودن، همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس، همگنی واریانس و همگنی ضرایب رگرسیون در مراحل پیش آزمون ضروری است. نتایج آماره Z آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها در هر دو گروه معنی دار نمی باشد. لذا توزیع متغیرها در دو گروه آزمایش و گواه نرمال می باشد. به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس های واریانس- کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که این پیش فرض نیز برقرار است ($M=13/07, F=1/92, p>0/05$). آماره F آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس متغیرهای تاب آوری ($F=3/17, p>0/05$)، بهزیستی ذهنی ($F=0/03, p>0/05$) و رضایت زناشویی ($p>0/05$)، در دو گروه آزمایش و گواه معنی دار نمی باشد. لذا این پیش فرض نیز برقرار است. آماره F آزمون شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری ($F=1/44, p>0/05$)، بهزیستی ذهنی ($F=0/785, P>0/05$) و رضایت زناشویی ($p>0/484$)

جدول-۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه بر حسب مرحله و عضویت گروهی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	پیش آزمون	۶۸/۱۳	۷/۲۹	۶۶/۹۳	۷/۱۳
	پس آزمون	۸۹/۲۶	۷/۰۲	۶۸/۱۳	۸/۶۴
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۱۲۷/۶۰	۹/۶۱	۱۲۹/۰۰	۸/۴۳
	پس آزمون	۱۶۵/۵۳	۱۴/۰۵	۱۳۰/۸۰	۱۰/۵۰
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۴۰/۸۰	۵/۵۳	۳۹/۲۶	۴/۵۱
	پس آزمون	۴۵/۴۶	۶/۰۳	۴۱/۱۳	۵/۰۶

جدول-۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نمرات پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

نام آزمون	ارزش F	درجات آزادی فرضیه	خطا سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۶۰/۰۸	۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱
لامبدای ویلکز	۶۰/۰۸	۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱
اثر هتلینگ	۶۰/۰۸	۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱
بزرگ ترین ریشه روی	۶۰/۰۸	۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱

جدول-۵. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری به منظور مقایسه نمرات پس‌آزمون متغیرهای تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه

زیرمقیاس	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آزمون
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۹۳۳/۷۸	۱	۹۳۳/۷۸	۲۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹	۰/۹۹
	گروه	۲۹۳۳/۴۹	۱	۲۹۳۳/۴۹	۸۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹	۱
	خطا	۸۳۰/۲۳	۲۵	۳۳/۲۱	-	-	-	-
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۵۰۳/۱۲	۱	۱۵۰۳/۱۲	۱۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷	۰/۹۷
	گروه	۹۵۹۷/۵۲	۱	۹۵۹۷/۵۲	۱۰۹/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۴	۱
	خطا	۲۱۹۲/۰۶	۲۵	۸۷/۶۸	-	-	-	-
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۲۷۹/۶۸	۱	۲۷۹/۶۸	۱۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸	۰/۹۳
	گروه	۴۹۳/۲۵	۱	۴۹۳/۲۵	۲۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴	۰/۹۹
	خطا	۵۴۷/۵۷	۲۵	۲۱/۹۰	-	-	-	-

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی همسران جانبازان انجام گرفت. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که بین نمرات تاب‌آوری شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد به گونه‌ای که نمرات گروه آزمایش بعد از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی افزایش پیدا کرده بود. این یافته با یافته‌های مختلفی که در این زمینه انجام شده (۳۴ و ۳۳) و در مطالعات خود نشان دادند درمان کیفیت زندگی با ایجاد حس خوب در افراد از طریق پایین آوردن انتظارات و توقعات باعث می‌شود افراد سطح تحملشان بالاتر رفته و بتوانند با مشکلات به صورت بهتر و مثبت برخورد کنند، هماهنگ و همسو می‌باشند. این یافته همچنین با مطالعه یوسفی، رفیعی‌نیا و صباحی (۳۵) که نشان دادند امیددرمانی نقش موثری بر بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان دارد، در هماهنگی می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آنها موجب افزایش هم‌آمیختگی با دیگران و واکنش‌پذیری عاطفی می‌گردد. به عبارت دیگر، چون در روش درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیشرو و نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود (۳۴)، همسران جانبازان می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که آنان تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند. یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از معناداری تاثیر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی ذهنی همسران جانبازان بود. این یافته هماهنگ با یافته‌های در این زمینه است (۳۷ و ۳۸). در این مطالعات نیز با بررسی نقش گروه درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سلامت روانی، نشان داده شد که گروه-درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل را در بافت کیفیت زندگی اصلاح

کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت همسران جانبازان معمولاً شرایط سخت‌تری را در زندگی می‌گذرانند که این مساله خود موجب کاهش بهزیستی ذهنی در آنان می‌شود اما هدف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از رضایتمندی از زندگی که قابل تغییر است، تقویت کنند؛ به طوری که به بهزیستی ذهنی و موفقیت بیشتر در زندگی دست یابند (۳۵). در این رویکرد درمانی اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به همسران جانبازان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده شد که همین امر زمینه‌های لازم برای بهبود ذهنی آنان را فراهم آورد.

قسمت دیگر یافته‌های این پژوهش گویای آن بود که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش رضایت زناشویی در همسران جانبازان شده است. این یافته نیز با یافته‌های قبلاً انجام شده هماهنگ و همسو می‌باشد (۳۹ و ۴۰). در این مطالعات نیز که به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی پرداخته شده بود، نتایج نشان داد که این درمان موجب بهبود سازگاری و رضایت زناشویی شده بود، زیرا این درمان یکی از حوزه‌های بسیار مهم و ارزشمند در داشتن رضایت زناشویی بهتر را نقش ارزش‌ها، اهداف و یا زندگی معنوی می‌داند. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تاکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد، موجب به وجود آمدن ایده‌هایی می‌شود که نشان-دهنده توانایی کنترل هیجانات در زندگی است و این حس و فرض را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد قابل کنترل است و بدین طریق همسران جانبازان را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می‌کند؛ درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به ذهنی بودن به افراد می‌آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت می‌باشد و نه شخص جایگزین و بدین طریق به همسران جانبازان می‌آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن همه نیروها و استعدادهای خود و پرورش و بدست آوردن توانایی‌های جدید داشته باشند، زیرا رویارویی با این شرایط باعث می‌شود توانایی همسران جانبازان در حل مشکلات

آنی انجام چنین پژوهشی با گستره بیشتری از همسران جانبازان و بر سایر اختلالات روانپزشکی و جسمانی و دیگر جمعیت‌های بالینی انجام گیرد و به منظور تعیین تداوم تاثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری بلندمدت انجام گیرد که می‌تواند زمینه‌ساز بهتری برای مقایسه نتایج و تعمیم‌پذیری آن شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی عاملی تاثیرگذار در ارتقای تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی همسران جانبازان است. با توجه به این نتایج و نتیجه پژوهش‌های فوق‌مبنی بر کارآمدی عنصر کیفیت زندگی در ارتقای بهداشت روانی در افراد، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، درمانی مناسب جهت ارتقای سطح تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی و رضایت زناشویی در همسران جانبازان می‌باشد. از این رو به منظور ارتقای بهداشت روانی در جامعه، پیشنهاد می‌گردد که سازمان‌ها و موسسات درمانی از طرح‌های آموزشی روانی، مانند درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، استقبال نموده، با مجریان این طرح‌ها کمال همکاری را به عمل آورده و روند درمان را تسریع نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه کسانی که در انجام

این پژوهش با ما همکاری نمودند مخصوصاً همسران جانبازان شهر خرم‌آباد که جلسات درمانی را تکمیل نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی برای

نویسندگان نداشته است.

منابع

- Ghasemi M, Gholami A, Mehdizadeghan I. Effect of Forgiveness Training Intervention on Resilience and Perceived Stress of Veterans' Wives. *Iranian J of War & Pub Hea*. 2017; 9(4):177-183.
- Dekel R, Monson CM. Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggre and Viol Behav*. 2010; 15(4):303-9.
- O'Toole BI, Outram S, Catts SV, Pierse KR, Cockburn J. The mental health of wives and partners of Australian Vietnam veterans three decades after the war and its relation to veteran combat and PTSD. *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198, 841-845.
- Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing. *J Tra Str*. 2002; 15, 351-357.

افزایش یابد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تلاش دارد تا اسنادهای منفی را تغییر دهد و به این وسیله روابط زوجین را بهبود بخشد. زندگی با یک فرد معلول به دلیل ناتوانی - های ظاهری او می‌تواند عوارض روحی نامطلوبی برای فرد و خانواده او بر جای گذارد. هرچند جانبازان جنگ ما به لحاظ اعتقادات مذهبی، روحیه شهادت‌طلبی، ارزش بودن جانبازی و احترام جامعه به جانبازان با سایر معلولین جنگی کشورهای دیگر متفاوت هستند، ولی نباید اثرات ناخواسته ناشی از مشکلات جسمی و روانی جانبازان بر روی خانواده آنان به‌خصوص همسران آنان را نادیده گرفت چرا که این عوارض، آرامش روانی همسران جانبازان را به هم می‌زند و موجب کاهش بهزیستی ذهنی آنان می‌شود. بنابراین به کارگیری رویکردهای درمانی از جمله درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی که نتیجه تحقیق حاضر نیز گویایی تایید اثربخشی آن است، در خانواده‌های جانبازان مخصوصاً همسران آنان می‌تواند زمینه‌های بهبود سلامت روانی، تاب‌آوری در شرایط سخت زندگی و همچنین زمینه‌های افزایش رضایت زناشویی آنان را فراهم آورد. از جمله محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر، کمبود منابع اطلاعاتی در زمینه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر متغیرهای وابسته پژوهش، تعداد کم نمونه آماری و نداشتن دوره پیگیری به دلیل عدم تمایل شرکت‌کنندگان بود. شیوه‌های درمانی از این دست، باعث معنابخشی به زندگی و افزایش سلامت روانی 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 همسران جانبازان و کمک به آن‌ها در سازگاری بهتر با مشکلات روزمره استفاده کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های

- Sherman MD, Gress Smith JL, Straits-Troster K, Larsen JL, Gewirtz A. Veterans' perceptions of the impact of PTSD on their parenting and children. *Psych*. 2016;13(4):401-410.
- Askaryan S, Agheri MJ, Hassan Zadeh MH. Investigating the Influence of training religious coping skillson resiliency, adaptability and stress management in veterans' spouses. *Ira J War Pub Hea*. 2013;6(1), 60-7.
- Greeff AP, Malherbe HL. Intimacy and marital satisfaction in spouses. *J of Sex & Mar Ther*. 2001;27(3), 247-257.
- Jenson JM, Fraser MW. Social policy for children and families: A risk and resilience perspective. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication. 2015.
- Masten AS. Resilience in children threatened by extreme adversity: frameworks for research, practice, and translational synergy. *Deve and Psych*. 2011; 23: 493-506.

10. Fredrickson BL. The role of Positive emotions in positive Psychology: the broaden - and build theory of Positive emotions. *Amer Psych*. 2001; 56(3): 218-226.
11. Fredrickson BL. The broaden – and – build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 2004; 359 (1449): 1367-1377.
12. Yu XN, Lau JT, Mak WW, Zhang J, Lui WW, Zhang J. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Compreh Psych*. 2011; 52(2): 218-24.
13. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, et al. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affe Disord*. 2015; 170: 172-177.
14. Zarnaghash M, Mehrabizadehonarmand, M, Beshlide K, Davoudi I, Marashi A. The effect of treatment is the reduction of stress based on mind-awareness and quality of life amputee veteran wives. *J of Psych Methods and Mod*. 2016; 7(23), 83- 99.
15. Eisanejad O, Azadbakt F. Advancement of two approaches to acceptance and commitment Cognitive therapy based on mind-awareness on well-being Psychological disorder veterans' wives PTSD. *Horiz Know Magaz*. 2017; 9(4): 218- 223.
16. Allemand M, Hill PL, Ghaemmaghami P, Martin M. Forgivingness and Well-being. University of Zurich, Department of Psychology. 2014.
17. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008; 300(14): 1665-73.
18. Hejazi E, Sadeghi N, Shirzadifard M. The relationship between basic beliefs and perception of parental relationships and students subjective well-being. *J Scho Psych*. 2014; 2(4):43-61.
19. Narimani M, Einy S, Tagavy R. Relationship between Spiritual Intelligence, Perceived Stress and Perceived Social Support with Subjective Well-Being in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD); A Case Study of Ardabil Province. *J of War & Pub Hea*. 2017;9(4):191-197.
20. Mirecki RM, Chou JL. What Factors Influence Marital Satisfaction? Differences between First and Second Marriages. *J of Div & Rema*. 2013; 54:78-93.
21. Hooman HA, Ahadi H, Sepahmansour M, Sheykhi M. Loneliness modeling based on the structure of spiritual well-being, self-efficacy and life satisfaction. *Psych Resea*. 2010; 2(7): 19-32.
22. Martínez-Pampliega A, Merino L, Iriarte L, Olson DH. Psychometric Properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psico*. 2017; 29 (3):414-420.
23. Mosavi MR, Rashidi A, Golmohamadian M. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction of veterans and freedman spouses. *J App Const*. 2015; 6(2):97-119.
24. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken: John Wiley & Sons; 2006.
25. Proulx CM, Helms HM, Buehler C. Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *J of Marri and Fam*. 2007; 69(3):576- 593.
26. Delaware A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences, Tehran, edited publication. 2007.
28. Connor KM, Davidson JR, Lee L. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *J of Trauma Stre* 2003;16(5), 487-494.
28. Samani S, Joukar B, Sahraghard N. Resilience, mental health and life satisfaction. *J of Psych and Clin Psych* 2007; 13(3), 290- 295.
29. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. *J of Person Social Psych*. 2003; 82(6), 1007-22.
30. Golestani Bakht T. Presentation of a model of mental well-being and happiness in the population of Tehran. PhD dissertation, Alzahra University Clinical Psychology. 2007.
31. Rajab GR. Validity and validity of the Persian version of the scale of mental well-being in cancer patients. *Hea Psych J*. 2012; 4: 31-41.
32. Arab Alidousti AR, Nakhaee N, Khanjani N. Reliability and Validity of Marital Satisfaction Inventory of Kansas and Anrichs in Persian. *J of Hea and Develo*. 2015; 4 (2):167-158.
33. Toghiani M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on mental health, vitality and mental wellbeing of adolescent boys. Master's thesis of clinical psychology: Isfahan University. 2011.
34. Ghadampour EA, Yousefvand M, Farrokh Zadian AA, Hasanvand B, Yousofond M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on the Change in Educational Level and Self-

Discrimination among Depressed Girl Students. *J of Psych and Psych*. 2017;4(3):77- 90.

35. Yousefi A, Rfaniya P, Sabahi P. The Effectiveness of Therapeutic Hope on the Quality of Life of Victims of PTSD. *J of Clinic Psych*. 2016; 8(1):1-10.

36. Rostami M, Abolqasemi A, Narimani M. The effectiveness of treatment based on improving the quality of life on the psychological well-being of couples. Two-phase couns and psych fami. 2013;3(1):105-124.

37. Imami Z, Kajbaf MB. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in High School Girl Students. *Quar J of Cogn and Behav Scien*. 2014; 4 (2): 89- 102.

38. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR, Izidikhah Z. Effect of quality of life based treatment on marital satisfaction. *J of Rese in Behav Scien*. 2012;10 (5):363-372.

39. Rostami M, Abolqasemi A, Narimani M. The effectiveness of treatment based on improving the quality of life of couples incompatible. *J of Scien and Techno*. 2016;15 (1): 19- 27.