

رابطه سلامت خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابراز هیجان با کیفیت زندگی زناشویی در پرستاران متأهل

فرهاد اصغری^۱، عباس هاشمی*^۲، هادی سلیمی^۳

۱- استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

* نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه مشاوره، ۹۹۴۰۹۹۳۶۷۷۷+.

hashemi.abbas69@gmail.com

چکیده

متغیرهای مختلفی در کیفیت زندگی زناشویی پرستاران تأثیرگذار است. از این رو این پژوهش باهدف بررسی همبستگی خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابراز هیجان با کیفیت زندگی زناشویی در پرستاران متأهل شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران متأهل شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت در سال ۱۳۹۶ بودند که ۲۲۳ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای به کار گرفته شده، مقیاس کیفیت زناشویی (RDAS)، پرسشنامه سلامت خانواده اصلی (FOS)، پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ30) و پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همبستگی کیفیت زندگی زناشویی با سلامت خانواده اصلی برابر با $0/269$ ($p < 0/01$)، باورهای فراشناختی برابر با $0/152$ ($p < 0/05$) و ابراز هیجان $0/281$ ($p < 0/01$) است که تمامی این روابط معنادار هستند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که سلامت خانواده اصلی و ابراز هیجان با میزان همبستگی $0/325$ توانسته‌اند $10/6$ درصد از واریانس کیفیت زندگی زناشویی را پیش‌بینی کنند؛ اما باورهای فراشناختی توان پیش‌بینی کیفیت زندگی زناشویی را نداشتند. با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مختلفی در کیفیت زندگی زناشویی نقش دارند که سلامت خانواده اصلی و ابراز هیجان از جمله آن‌ها است و شناخت جامع و کامل نسبت به آن‌ها می‌تواند پرستاران را در سوق دادن به رضایت و کیفیت بهتری از زندگی زناشویی یاری کند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی زناشویی، خانواده اصلی، ابراز هیجان، باورهای فراشناختی

Relationship between Health of Origin Family, Meta-Cognitive Beliefs and Emotional Expression with Quality of Marital Life in Married Nurses

Farhad Asghari¹; Abbas Hashemi²; Hadi Salimi³

1. PH.D. , Assistant Professor of Counseling Department, Humanities and Literature Faculty, University of Guilan, Rasht, Iran.
2. Masters Student of Family Counseling, Humanities and Literature Faculty, University of Guilan, Rasht, Iran.
3. PH.D. Student of Counseling, Humanities and Literature Faculty, University of Hormozgan, Bandar-Abbas, Iran.

Corresponding Author: Hashemi.abbas69@gmail.com - Call: +98-936-777-0994

Abstract

There are several variables which affect the quality of marital life. Therefore this study was done aimed to evaluate the correlation between health of origin family, metacognitive beliefs, and emotional expression on the quality of marital life among nurses of Rasht city, Iran. The research method was descriptive and from correlation type. The statistical population included all married nurses who are working in some educational-health centers of Rasht city in 2017 year that 223 people were selected using simple random sampling method. Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS), Family Origin Scale (FOS), Meta-Cognitive Questionnaire (MCQ30) and Emotional Expression Questionnaire (EEQ) were used for gathering data. Pearson correlation and multiple stepwise regression were used for analyzing the data. The results of this research showed that correlation between quality of marital life with health of origin family was equal to 0/269 ($p<0/01$), meta-cognitive beliefs was equal to 0/152 ($p<0/05$) and emotional expression 0/281($p<0/01$) that all these relations are significant. Also, result of regression showed that original family health and emotional expression with a correlation of 0.325 have been able to predict 10.6 percent of quality of marital life variance, but meta-cognitive beliefs haven't able to predict quality of marital life. According to the findings, it can be concluded that various factors affect the quality of marital life which is the health of origin family and emotional expression, and a comprehensive understanding of them can help nurses to lead to satisfaction and a better quality of marital life.

Keywords: quality of marital life, origin family, emotional expression, metacognitive beliefs

کیفیت زندگی زناشویی یک جنبه مهم زندگی خانوادگی است که سلامت و رفاه افراد را شکل می‌دهد (۱). در واقع این مفهوم پایه‌ای به‌سوی خوب بودن جامعه و استواری خانواده است و تأثیری نافذ بر بهزیستی روانی، جسمانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی می‌گذارد (۲). علیرغم اینکه اکثر ازدواج‌ها شروع خوبی دارند اما در نهایت زوج‌ها از رابطه‌ی خود راضی نیستند (۳). مطابق گزارش جامعه‌شناسان و روان‌شناسان در سال‌های اخیر در اکثر کشورهای جهان ساختار خانواده دچار تغییر شده است و میزان طلاق گسترش یافته است (۴). مطالعه راجع به کیفیت زناشویی و عوامل مرتبط با آن همواره نقطه عطفی در رابطه با ازدواج و خانواده بوده است و پژوهش‌های مختلفی در ارتباط با عوامل مرتبط با زندگی زناشویی بر تأثیر متغیرهایی چون شخصیت و دنیای ذهنی و درون‌فردی هر زوج، نوع تعاملات بین‌فردی آن‌ها و همچنین تاریخچه و خانواده پدری که از آن برخوردارند، اشاره کرده‌اند (۵-۷).

از دیدگاه تئوری چند نسلی، تجارب زندگی در خانواده اصلی، میراثی است که بر رشد مردم در طول عمر خود، از جمله روابط عاشقانه تأثیر می‌گذارد (۸). Car بیان می‌کند: از آنجا که خانواده اولین مکانی است که انسان انواع تعاملات اجتماعی را مشاهده می‌کند، نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی، بر نفوذ والدین در شکل‌گیری رفتار فرزندان تأکید می‌کنند (۹). پژوهش‌های مختلفی خبر از اهمیت عملکرد خانواده اصلی به‌عنوان یک عامل بالقوه و تأثیرگذار در میزان رضایت زوج در آینده داده‌اند (۷). Murry Bowen از پیشگامان نظریه سیستم‌های خانواده، معتقد بود که نیروی محرکه زیربنایی بسیاری از رفتارهای بشر، منبعث‌اند از فراز و نشیب‌های زندگی خانوادگی و کش‌وقوس‌های هم‌زمان میان اعضای خانواده بر سر دوری از هم و درعین‌حال باهم بودن است. Minuchin & Haley در نظریه‌های خانواده‌درمانی نیز بیان می‌کنند که کارکرد خانواده و فرد به هم وابسته هستند، به این معنی که مشکلات فرد مشکلات خانواده را منعکس می‌کند و بالعکس (۱۰). پژوهش Bertoni خاطرنشان کرد که ارتباط مناسب با خانواده اصلی مناسب‌ترین شیوه برخورد با تعارض در بین زوجین است (۱۱). بررسی‌ها نشان داده است که سلامت خانواده اصلی در کیفیت زندگی آینده‌ی فرزندان مؤثر است؛ و همچنین نتایج بررسی‌ها نشان داد، زوج‌هایی که ارزش‌های یکسانی را دارند، بیشتر از ازدواجشان راضی هستند (۱۲). نظریه یادگیری اجتماعی بندورا بیان می‌کند که، مشاهده، عمدتاً، یکی از شیوه‌های اولیه یادگیری رفتار دیگران است؛ و همچنین بیان‌شده است، ما الگوهای ارتباط منفی را از خانواده اصلی یاد گرفته‌ایم. همچنین ما قادریم مهارت‌های ارتباطی بهتر را با مشاهده‌ی الگو بیاموزیم (۸).

در کنار تاریخچه و نقش خانواده پدری یا اصلی در زندگی زناشویی افراد، دنیای شناختی و درون‌فردی هر زوج نیز می‌تواند اثراتی بر روی رابطه زناشویی داشته باشد و چه‌بسا که وجود باورهای شناختی اشتباه و غلط بتواند زندگی زناشویی را به سمت اضمحلال پیش ببرد (۵) و از این‌رو ضروری است که طرفین به افکار و شناخت‌های خود نگاهی بیندازند. واژه فراشناخت اولین بار توسط فلاول (۱۹۷۹) به‌کاربرده شد و به‌عنوان «فکر کردن به فکر» تعریف شد (۱۳). ولز (۲۰۰۲) بیان می‌کند فراشناخت مربوط به دانشی است که در ارزیابی، نظارت و کنترل شناخت دخیل است که شامل تمام اطلاعات شناختی و برخی از جنبه‌های فراشناختی خاصی است که مربوط به اختلالات روانی است و اکثر

فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارد که این فعالیت‌ها را نظارت و کنترل می‌کند (۱۴). در یک مفهوم‌سازی، باورهای فراشناختی شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد عدم کنترل خطر و نگرانی، اعتماد شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی معرفی شده است. براساس نظریه فراشناختی، اختلال در تفکر و احساسات ناشی از باورهای فراشناختی است که با افکار و باورهایی که در درمان شناختی- رفتاری (CBT) معرفی می‌شود، تفاوت دارد؛ درحالی‌که در نظریه‌های شناختی- رفتاری، محتوای افکار عامل تعیین‌کننده اختلال است، براساس نظریه فراشناختی، چگونگی تفکر ما در مورد یک رویداد داخلی، می‌تواند باعث رنج عاطفی شود. همچنین یکی از جنبه‌های مهم این نظریه، این است که عوامل فراشناختی نقش مهمی در ایجاد سبک‌های تفکر غیرسودمند دارند که منجر به تداوم احساسات منفی می‌شود. رویکرد فراشناختی ادعا می‌کند که محتوای افکار فرد علت اختلال نیست؛ بلکه مربوط به باورهای فراشناختی است که سبک‌های تفکر را شکل داده‌اند. چنین سبک‌های تفکری، افراد را در شرایط مستمر پردازش منفی قرار می‌دهند و در واقع، رویکرد فراشناختی عوامل که منجر به شکل‌گیری سبک‌های تفکر مداوم نامطلوب می‌شود را بررسی می‌کند (۱۴).

در کنار عوامل ذکرشده، ترکیبی از دنیای درون‌فردی و بین‌فردی به نظر می‌تواند بر چگونگی رابطه زناشویی تأثیرگذار باشد. هیجان‌ات و ابراز آن‌که ترکیبی از روابط درون‌فردی و بین‌فردی است، به نظر بتواند رابطه را به سمت پایداری و رضایت و یا اضمحلال پیش ببرد. ابرازگری هیجانی عبارت است از بیان هرگونه احساسات، از جمله لمس کردن گریه کردن و در کل هر سرنخی است که منعکس‌کننده احساسات یا هیجان‌ها باشد (۱۵). بررسی‌ها نشان می‌دهد که هیجان در هر لحظه توجه، تصمیم‌گیری، حافظه، پاسخ‌های فیزیولوژیک و تعامل‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و حتی دامنه وسیعی از فرایندهای بین‌فردی و درون‌فردی، تحت تأثیر هیجان‌ها هستند و علاوه بر این، ابراز هیجانی منجر به مواجهه با چالش‌های مطلوب زندگی و ارتقاء سلامت روانی می‌شود (۱۶). Goldman این چنین می‌گوید: توانمند بودن افراد از نظر هیجانی روبه‌رو شدن آن‌ها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آن‌ها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید. افراد توانمند از نظر هیجانی احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن‌را درک می‌کنند و به گونه‌ای مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند و در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند (۱۷). همچنین همسرانی که احساسات خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند، روابطشان تحت تأثیر این ابرازگری قرار می‌گیرد به‌عنوان مثال: زنی که از شوهرش به خاطر انجام بعضی کارها در روابط زناشویی‌شان، قدردانی و تشکر می‌کند، باعث می‌شود که همسرش رفتار مثبت بیشتری در آینده از خود نشان دهد (۱۶). در پژوهشی که توسط Baber با عنوان ابراز هیجان و کیفیت زندگی در زوجینی که یکی از آن‌ها با اختلال اسکیزوفرنی همراه بود، نشان داد که هرچه زوجین بهتر ابراز هیجان داشته باشند کیفیت زندگی آن‌ها بالاتر است (۱۸). نظریه‌پردازان روان‌درمانی بین‌فردی اعتقاد دارند ابرازگری هیجانی در این درمان، به مثابه‌ی یک ابزار روانی است که آنان را از ابتلا به اختلالات چون افسردگی مصون می‌دارد و سبب می‌شود پس از خارج شدن از گروه، هم‌چنان از ابتلا به افسردگی مصون باشند (۱۹).

همان‌طور که ذکر آن رفت، سلامت و چگونگی خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابرازگری هیجان به‌عنوان عواملی درون‌فردی و بین‌فردی به نظر بتواند بر کیفیت رابطه زن‌وشوهری تأثیرگذار باشد. کیفیت زندگی از نظر Miller، به معنای احساس رضایت از موفقیت‌ها، ارتباطات، تعلق خاطر، داشتن انرژی و لذت بردن از خوشی‌های زندگی، احساس ارزنده بودن و استقلال و انطباق مؤثر داشتن، امید و احساس رفاه و ایفای نقش‌هایی که برای فرد مهم‌اند، است (۲۰). یکی از حیطه‌های کیفیت زندگی، کیفیت زناشویی است. در ادبیات پژوهشی روان‌شناختی، این مفهوم با مفاهیمی مثل رضایت زناشویی، خوشبختی زناشویی، سازگاری زناشویی، رابطه زناشویی، ثبات زناشویی به‌صورت هم‌بود، توسط پژوهشگران به‌کاربرده می‌شود. با این حال محققان توافقی در زمینه چگونگی تعریف این مفاهیم، با یکدیگر ندارند (۲۱) که در واقع مفهومی است چندبعدی، شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین چون سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد است؛ و از عوامل ازدواج موفق به‌شمار می‌رود (۲۲)؛ اما به‌طور کلی، کیفیت زندگی زناشویی به‌عنوان عملکرد موفق یک ازدواج توصیف‌شده است و امروزه این بعد یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم تداوم و ثبات زندگی زناشویی است و به‌عبارتی دیگر فرآیندی پویا و تعاملی بین زوجین است که با ارزیابی هر یک از آن‌ها از کیفیت رابطه‌شان مشخص می‌شود (۲). یافته‌های سهرابی و همکاران (۲۳) نشان داد که ارتباط مثبت معناداری بین کیفیت زندگی زناشویی و رضایت زناشویی وجود دارد. Pusstrado & Lahman معتقدند که در بررسی کیفیت زندگی باید دو جنبه عینی و ذهنی را موردنظر قرار داد. ابعاد ذهنی شامل سلامت، امنیت مالی، وضعیت خانوادگی، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات فعالیت‌های تفریحی روزمره و همچنین رضایت کلی از زندگی است. ابعاد عینی شامل تماس‌های اجتماعی، ارتباط خانوادگی، فعالیت‌های روزمره و کفایت مالی است (۲۰). پژوهش‌ها عوامل گوناگونی را همچون ارتباط کلامی و غیرکلامی، مهارت‌های حل‌مسأله (۲۴)، سبک‌های حل تعارض (۳)، عوامل اقتصادی و عملکرد اجتماعی (۲۵)، حد سنی، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، درآمد ماهیانه، رضایت زناشویی و سلامت روانی را (۲۶) بر کیفیت زندگی زناشویی مؤثر می‌دانند.

از آنجایی که پرستاران ممکن است تنش‌هایی را در زندگی زناشویی تجربه کنند و این تنش‌ها به بیمارستان و ارتباط با بیماران کشیده شود، بررسی عوامل اثرگذار بر زندگی زناشویی آن‌ها بسیار حائز اهمیت است. با توجه به مبانی مطرح‌شده در این پژوهش، این فرض پژوهشی مطرح است که سلامت خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابراز هیجان به نظر بتوانند در کیفیت زندگی پرستاران نقش داشته باشند؛ از این‌رو، این پژوهش درصدد آن است که بررسی کند، آیا بین متغیرهایی چون خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابراز هیجان با کیفیت زندگی زناشویی در پرستاران متأهل شاغل در مراکز آموزش درمانی رابطه وجود دارد یا خیر؟

روش

این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستار متأهل شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت ($N=900$) در سال ۱۳۹۶ بود. ابتدا پس از کسب اجازه از معاونت تحقیقات و فناوری و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی رشت و هماهنگی با رئیس بیمارستان و سوپروایزرهای هر بخش، اطلاعاتی در مورد تعداد پرستاران متأهل به‌صورت تقریبی دریافت شد که به‌واسطه آن

اطلاعات، حجم نمونه براساس جدول مورگان ۲۶۰ نفر برآورد شد. آنگاه، برای نمونه‌گیری که براساس روش نمونه‌گیری ساده انجام شد به بیمارستان‌های شفا، رازی، پورسینا، امیرالمؤمنین و ۱۷ شهرپور، ولایت، الزهرا و دکتر حشمت مراجعه شد و پس از ملاقات با پرستارهای متأهل شاغل در هر بخش و بیان جنبه‌های رازداری و چگونگی انجام فرایند کار، ابزارهای پژوهش در اختیار پرستاران قرار گرفت. پس از اتمام پاسخگویی ابزارهای پژوهش جمع‌آوری شد و پس از کنار گذاشتن ابزارهایی که کامل نبودند و به‌صورت ناقص به آن‌ها پاسخ داده شد بود، تعداد ۲۲۳ پرسشنامه باقی ماند. برای انجام پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی (RDAS): مقیاس کیفیت زناشویی توسط Busby و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است که به‌منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشویی بکار می‌رود. این پرسشنامه از ۱۴ گویه و ۳ خرده‌مقیاس توافق (۶ سؤال)، رضایت (۵ سؤال) و انسجام (۳ سؤال) تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. فرم اصلی این مقیاس ۳۲ سؤال دارد که توسط Spanier در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است (۲۷). پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه Hollist و Miller (۲۰۰۵) برای سه خرده‌مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب از ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (همیشه اختلاف داریم = ۰ و توافق دائم داریم = ۵) است. ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش یوسفی (۱۳۹۰)، با استفاده از آلفای کرونباخ و روش تصنیف برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۹. و روایی همگرایی آن با پرسشنامه رضایت زناشویی لاک و والاس، پرسشنامه ارزیابی همبستگی زوجین و مقیاس سازگاری و توافق دونفری به ترتیب برابر با ۰/۳۹، ۰/۳۶ و ۰/۳۳. گزارش شده است (۲۸). در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۸۰ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت خانواده اصلی (FOS): این پرسشنامه یک ابزار ۴۰ سؤالی است که توسط Hovestadt و همکاران در سال ۱۹۸۵ برای سنجیدن ادراک و استنباط شخص از میزان «سلامت» خانواده اصلی خویش تدوین شده است. «مقیاس خانواده اصلی» بر استقلال و صمیمیت به‌عنوان دو مفهوم کلیدی در حیات خانواده سالم تمرکز دارد و هر یک از این‌ها، ۵ خرده‌مقیاس دارند. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که سالم‌ترین پاسخ هر سؤال و (سؤال‌های مثبت) نمره ۵ و ناسالم‌ترین پاسخ‌ها (سؤال‌های منفی) نمره ۱ دریافت می‌کنند. نمره کل سؤال‌ها حداقل ۴۰ و حداکثر ۲۰۰ می‌شود. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در مرحله مقدماتی ۰/۸۹ و در مرحله نهایی ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۸۹ محاسبه شده است. همچنین روایی محتوایی براساس ارزیابی از ۳۰ نفر صاحب‌نظر صورت گرفته است. روایی ملاکی این مقیاس با سطح استنباط سلامتی خانواده از نظردهندگان با روش پیرسون ۰/۶۴ و همبستگی مقیاس با سؤال (خانواده گرم و حمایت گر) ۰/۶۳ به‌دست آمده است. برای محاسبه روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده شده است و همبستگی کلیه سؤال‌ها از ۰/۳ بالاتر بوده و بررسی عوامل سازنده دو مؤلفه اصلی استقلال و صمیمیت نام‌گذاری شده‌اند، ولی زیرمقیاس‌های این دو مؤلفه همپوشی زیادی با هم داشته‌اند و

تائید نشده‌اند (۲۷). در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اعتبار پرسشنامه خانواده اصلی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که برای سلامت خانواده اصلی ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ30): نسخه اولیه پرسشنامه باورهای فراشناختی که دارای ۶۵ ماده بود توسط Wels و Cartwright-Hatton در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. با توجه به زیاد بودن تعداد ماده‌ها، در سال ۲۰۰۴ نسخه ۳۰ ماده‌ای این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت هاتون ساخته شد. فرم کوتاه با نام پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز، همانند فرم اصلی دارای ۵ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار. این پرسشنامه در یک طیف چهاردرجه‌ای از موفق نیستیم تا خیلی موافقم نمره‌گذاری می‌شود (۳۹). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، خود هشیاری شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و ۰/۸۱ و ۰/۸۰ و ۰/۷۱ بوده است. در بررسی روایی سازه‌ای آن که با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفته بود، مورد تائید قرار داده‌اند و پایایی آن را با آلفای کرونباخ برای کل و زیرمقیاس‌ها ما بین ۰/۷۶ الی ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه به‌وسیله دو روان‌شناس بالینی و یک روان‌پزشک بررسی و به‌منظور سنجش انسجام درونی از طریق روش دونیمه کردن و از طریق روش آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین به‌منظور اعتبار یابی پرسشنامه فراشناخت مقیاس روی ۵۲ نفر اجرا گردیده و ضریب پایایی آن $r = 0.88$ به دست آمده است (۲۸). در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اعتبار پرسشنامه باورهای فراشناختی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۸۷ گزارش شده است.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ): King و Emmons به‌منظور بررسی و سنجش میزان اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت افراد پرسشنامه ابرازگری هیجانی را در سال ۱۹۹۰ تهیه و معرفی کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۱۶ گویه است و سه مؤلفه دارد. مؤلفه‌ها ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی هستند. نمره‌گذاری پرسشنامه هم براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین در مورد روایی پرسشنامه هم مقیاس مذکور دارای همسانی درونی بالا و معناداری ($p > 0.001$) بین خرده‌مقیاس‌ها بوده است. (۳۰). در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اعتبار پرسشنامه ابرازگری هیجان از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۷۴ گزارش شده است.

در این پژوهش برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده‌ها و همچنین برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۲۳ پرستار متأهل در این پژوهش همکاری لازم را به عمل آوردند؛ که ۱۱ نفر (۴/۹ درصد) آن‌را مردان و ۲۱۲ نفر (۹۵/۱ درصد) آن‌را زنان تشکیل داده‌اند و از نظر سنی با میانگین و انحراف استاندارد $37/84 \pm 7/34$ ، ۴۸ نفر (۲۱/۵ درصد) در رده سنی ۲۰-۳۰ سال، ۱۰۵ نفر (۴۷/۱ درصد) بین ۳۱-۴۰ سال، ۶۱ نفر (۲۷/۴ درصد) بین ۴۱-۵۰ سال و ۹ نفر (۴ درصد) بالای ۵۱ سال بودند. از لحاظ تحصیلات ۵ نفر (۲/۲ درصد) دیپلم، ۵ نفر (۲/۲ درصد) فوق‌دیپلم، ۲۰۳ نفر (۹۱ درصد) لیسانس و ۱۰ نفر (۴/۵ درصد) دارای تحصیلات تکمیلی بودند. همچنین از نظر مدت ازدواج ۱۱۲ نفر (۵۰/۲ درصد) بین ۱-۱۰ سال، ۸۶ نفر (۳۸/۶ درصد) بین ۱۱-۲۰ سال، ۲۲ نفر (۹/۹ درصد) بین ۲۱-۳۰ سال و ۳ نفر (۱/۳ درصد) بالای ۳۱ سال بودند. نتایج آمار توصیفی و استنباطی متغیرهای پژوهش به شرح زیر است:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	مؤلفه‌ها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
	توافق	۴	۳۰	۲۲/۸۳	۵/۶۹
کیفیت زندگی	رضایت	۰	۲۵	۱۱/۳۶	۵/۶۹
زناشویی	انسجام	۰	۱۵	۱۰/۵۲	۳/۱۸
	کیفیت زندگی	۱۴	۷۰	۴۴/۷۵	۹/۸۹
	شفافیت اظهارات	۷	۱۹	۱۲/۳۶	۲/۰۳
	مسئولیت‌پذیری	۶	۲۰	۱۳/۱۰	۲/۲۱
	احترام به دیگران	۴	۱۸	۱۲/۰۲	۲/۲۴
	بازبودن به دیگران	۷	۲۰	۱۳/۴۴	۲/۱۵
سلامت خانواده	پذیرش جدایی و شکست	۷	۲۰	۱۲/۱۷	۲/۲۴
اصلی	تشویق به بیان احساسات	۷	۲۰	۱۲/۱۱	۲/۰۵
	ایجاد محیط گرم	۷	۱۹	۱۱/۹۶	۱/۷۰
	حل تعارض	۶	۱۸	۱۱/۹۱	۲/۰۶
	تشویق همدلی	۷	۲۰	۱۱/۶۸	۲/۱۱
	ایجاد اعتماد	۴	۲۰	۱۱/۴۲	۱/۹۳
	سلامت خانواده اصلی	۹۷	۱۸۶	۱۲۲/۲۱	۱۱/۹۰

۳/۶۴	۱۳/۴۰	۲۳	۶	باورهای مثبت در مورد نگرانی	
۳/۱۸	۱۴/۷۰	۲۲	۶	باورهای منفی در مورد کنترل	
				ناپذیری و خطر افکار	باورهای
۳/۷۵	۱۳/۲۴	۲۴	۶	اعتماد شناختی	فراشناختی
۳/۰۱	۱۴/۴۷	۲۱	۶	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار	
۳/۱۰	۱۹/۵۱	۲۸	۹	خودآگاهی شناختی	
۱۲/۲۸	۷۵/۶۴	۱۰۷	۳۳	باورهای فراشناختی	
۴/۵۳	۲۳/۸۳	۳۵	۱۱	ابراز هیجان مثبت	
۳/۲۸	۱۸/۶۹	۲۵	۱۰	ابراز صمیمیت	ابراز هیجان
۲/۸۴	۱۳/۳۵	۲۰	۴	ابراز هیجان منفی	
۷/۵۶	۵۵/۸۸	۸۰	۳۴	ابراز هیجان	

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست آمده، میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی زناشویی $44/75 \pm 9/89$ ، سلامت خانواده اصلی $11/90 \pm 122/21$ ، باورهای فراشناختی $75/64 \pm 12/28$ و ابراز هیجان $55/88 \pm 7/56$ است. نتایج سایر مؤلفه‌ها در جدول فوق قابل مشاهده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک کیفیت زندگی زناشویی

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- کیفیت زندگی زناشویی	۱			
۲- سلامت خانواده اصلی	$0/269^{**}$	۱		
۳- باورهای فراشناختی	$0/152^*$	$0/266^{**}$	۱	
۴- ابراز هیجان	$0/281^{**}$	$0/132^*$	$-0/152^*$	۱

$p < 0/05^*$ و $p < 0/01^{**}$

به منظور انجام تحلیل همبستگی پیرسون، برقرار بودن حداقل دو پیش فرض ضروری است (دارا بودن مقیاس فاصله‌ای/نسبی و نرمال بودن توزیع متغیرها)؛ از آنجایی که پرسشنامه‌های به کاررفته در سطح فاصله‌ای بودند و همچنین از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف داده‌ها نرمال برآورد شدند می‌توان از همبستگی پیرسون استفاده کرد. براساس نتایج تحلیل همبستگی پیرسون، میزان همبستگی کیفیت زندگی زناشویی با سلامت خانواده اصلی برابر با $0/269$ ($p < 0/01$)، باورهای فراشناختی برابر با $0/152$ ($p < 0/05$) و ابراز هیجان $0/281$ ($p < 0/01$) است که تمامی این روابط معنادار هستند. به منظور بررسی مقدار تبیین کیفیت زندگی زناشویی براساس سلامت خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابراز هیجان از رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن به شرح ذیل است:

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام متغیرهای پیش‌بین با متغیر کیفیت زندگی زناشویی

Sig	T	Std. Error	B	Beta	متغیرهای پیش‌بین
0/329	0/978		7/95	7/78	مقدار ثابت
0/001	3/37	0/234	0/055	0/184	سلامت خانواده اصلی
0/004	2/89	0/201	0/091	0/263	ابراز هیجان
Sig= 0/001 F= 11/12 R ² = 0/106 R= 0/325					
0/062	1/87	-	-	0/136	باورهای فراشناختی

در برآورد مقدار رگرسیون، مفروضه‌های نرمال بودن و هم خطی نبودن چندگانه برقرار بود. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشخص است سلامت خانواده اصلی و ابراز هیجان به ترتیب وارد معادله رگرسیون شده‌اند و با میزان همبستگی $0/325$ توانسته‌اند $10/6$ درصد از واریانس کیفیت زندگی زناشویی پرستاران متأهل را پیش‌بینی کنند و با توجه به مقدار F می‌توان گفت مدل رگرسیونی معنادار است ($F= 11/12$)، $p < 0/001$. برای بررسی سهم هر سلامت خانواده اصلی و ابراز هیجان در معادله رگرسیون از ضرایب استاندارد استفاده شد. ضرایب بتا نیز اطلاعاتی را در خصوص میزان تأثیر هر کدام از متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر ملاک می‌دهد. از این‌رو، با توجه به نتایج ضرایب بتای استاندارد و بررسی معناداری آماره T می‌توان گفت که در مدل پژوهشی، سلامت خانواده اصلی در مقایسه با ابراز هیجان نقش بیشتری را در پیش‌بینی کیفیت زندگی زناشویی دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با تغییر یک واحد در سلامت خانواده اصلی و ابراز هیجان، انتظار می‌رود که به ترتیب $0/234$ و $0/201$ در کیفیت زندگی زناشویی تغییر ایجاد شود. همچنین لازم به ذکر است که باورهای فراشناختی با مقدار بتای $0/136$ ، مقدار تی $1/87$ و $Sig=0/062$ اثر آماری معناداری در تبیین کیفیت زندگی زناشویی نداشت و به همین دلیل از معادله رگرسیون حذف شد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه سلامت خانواده اصلی، باورهای فراشناختی و ابراز هیجان با کیفیت زندگی زناشویی در پرستاران متأهل شاغل در مراکز آموزشی درمانی است. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که سلامت خانواده اصلی می‌تواند کیفیت زندگی زناشویی را پیش‌بینی کند. نتایج این پژوهش با یافته‌های حسینی و همکاران (۳)، حسینیان و همکاران (۳۱)، Muraru و همکاران (۸) و Botha و همکاران (۷) همسو است. برای تبیین این فرضیه می‌توان گفت که در واقع چنانچه فرد از سلامت خانوادگی اصلی بهره‌مند شود، انتظار می‌رود که در زندگی زناشویی به توقعات و نیازهای همسرش پاسخ مناسب دهد و به‌گونه‌ای با همسرش تعامل کند که باعث شود کمتر از شیوه‌ی غیرسازنده برای بیان احساسات و عقاید خود استفاده کند یا به‌عبارتی‌دیگر، سلامت خانوادگی اصلی باعث می‌شود به شیوه‌ی سازنده به حل مشکلات بپردازد و در نهایت به کیفیت بهتری در زندگی زناشویی برسد؛ بنابراین خانواده اصلی به صورت مستقیم بر کیفیت زندگی زناشویی اثرگذار است. پژوهش‌هایی که براساس فرضیه انتقال بین نسلی، کیفیت ازدواج و نظریه یادگیری اجتماعی انجام شده‌اند، تأکید می‌کنند که رفتارهای والدین و به‌طور کلی عملکرد خانواده اصلی به احتمال زیاد پیش‌بینی کننده کیفیت ازدواج فرزندان است (۳۱). یافته‌های حسینی و همکاران (۳) نشان داد که سلامت خانواده اصلی به‌طور مستقیم و همین‌طور به‌طور غیرمستقیم و از طریق نقش واسطه‌ای سبک حل تعارض سازنده و غیرسازنده، بر صمیمیت زناشویی اثر دارد. همچنین پژوهشی که Botha و همکاران (۷) بر روی ۴۷ زوج باهدف بررسی رابطه بین خانواده اصلی و رضایت زناشویی انجام دادند نشان از اهمیت خانواده اصلی به‌عنوان یک عامل بالقوه، رضایت زناشویی زوجین را در آینده تعیین می‌کند. این پژوهش همچنین نشان داد که بین نقش‌ها و پاسخ‌های عاطفی برگرفته‌شده از خانواده اصلی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

Minuchin بیان می‌کند که ساخت خانواده، سیستمی است که عملکرد آن از طریق الگوهای مرادده‌ای صورت می‌گیرد بدین منظور که الگوهایی را به وجود می‌آورند مبنی بر اینکه چطور، چه وقت و با چه کسی رابطه برقرار می‌شود که خود بیانگر این است که چگونه شخصیت فرد در حیطه‌های مختلف در خانواده پی‌ریزی می‌شود. الگوهای ارتباطی در خانواده‌ی اصلی مانند چگونگی تعامل بین اعضای خانواده، برای رسیدن به عقاید مشترک و نحوه‌ی اتخاذ تصمیمات توسط اعضای خانواده، بر سازگاری فرزندان در روابط آینده و موقعیت‌های دیگر، بیرون از خانواده‌ی اصلی اثرگذار است (۳۲). وقتی در خانواده‌ی اصلی شرایطی وجود دارد که در آن اعضای خانواده تشویق به شرکت آزادانه در تعامل، بحث و تبادل نظر درباره‌ی گستره‌ی وسیعی از موضوعات و مشکلات بدون محدودیت زمانی شوند، به یک‌جهت‌گیری سازنده برای حل تعارض دست می‌یابند. در این محیط نسبتاً آزاد، نه تنها فرزندان در معرض مسائل چالش‌برانگیز قرار می‌گیرند بلکه تشویق به کشف باورهای جدید و تصمیم‌گیری بدون ترس برای حل مشکلاتشان می‌شوند. بنابراین فرزندان احساس می‌کنند موردپذیرش خانواده هستند و در رویارویی با تعارض‌های مختلف در زندگی آینده از توانایی حل مسئله و تصمیم‌گیری برخوردار می‌شوند (۳).

از دیگر مفروضه‌های این پژوهش رابطه سبک ابراز هیجان با کیفیت زناشویی بود که نتیجه پژوهش نشان داد ابراز هیجان می‌تواند کیفیت زندگی زناشویی را پیش‌بینی کند. نتیجه این یافته با پژوهش‌های Yedirir و همکاران (۶)، Waters (۳۳) و کیانی و همکاران (۳۴) همسو است و با یافته محمد و همکاران (۱۵) ناهم‌سو است. در خصوص تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد که در واقع ازدواج منبع بعضی از احساسات و هیجان‌ات عمیق ما چون عشق، نفرت، عصبانیت، ترس، ناراحتی و لذت است و این‌که تا چه حد همسران در فهمیدن این هیجان‌ات قوی توانا باشند، گفت‌وگو کنند، مدیریت تعارض و حل‌مسأله داشته باشند، نقش پررنگی در کیفیت و رضایت زناشویی دارد. در حقیقت بنا بر تحقیقاتی که هم در زمینه رابطه همبستگی و هم در زمینه اثربخشی در خصوص ابراز عواطف و هیجان‌ات بر روی زوجین انجام‌شده است همگی بیانگر این واقعیت هستند که ابراز هیجان بر زندگی زناشویی تأثیر دارد. افرادی که از ابراز هیجانی بالایی برخوردارند، به‌احتمال زیاد می‌توانند به‌گونه‌ای مؤثر با صحبت‌های دقیق و ظریف عاطفی، مشکلات و اختلافات را حل کنند و با به کار بردن جملاتی که بار هیجانی مثبتی دارد اوضاع را سروسامان می‌دهند. همچنین وقتی همسری از پاسخ‌گویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هر یک از زوجین احساس کنند که در رویارویی با استرس‌های زندگی تنها هستند و این امر به دلزدگی آن‌ها می‌انجامد (۳۴). در پژوهشی که توسط Waters تحت عنوان ابراز هیجان‌ات در زوجین انجام داد نتایج حاکی از آن بود که زوج‌هایی که بیان محبت‌آمیز و همچنین رفتارهای عاطفی داشتند در روابطشان احساس خوبی را تجربه می‌کردند و علاقه زوجین نسبت به بیان هرچه بیشتر خود زمانی که عواطف محبت‌آمیز خود را صادقانه و بدون تظاهر ابراز می‌کردند، بیشتر می‌شد. همچنین این پژوهش نشان داد که رابطه معکوسی بین ابراز هیجان و طلاق وجود دارد (۳۳). نتیجه پژوهش درگاهی و همکاران (۳۵) که آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان ناباور تأثیر مثبت دارد و می‌تواند به‌طور مستقیم باعث افزایش آن شود.

طبق نظریه طرحواره‌های هیجانی، افراد در شیوه تجربه هیجان‌ات و مفهوم‌سازی آن‌ها متفاوت هستند و بسته به باورهایی که در مورد هیجان‌ات خود دارند، روش‌های متفاوتی برای اقدام انتخاب می‌کنند (۳۶). با توجه به نظریه بوون افرادی که هیجان‌های منفی زیادی دارند، میزان کم تمایز یافتگی دارند و به بروز واکنش‌های شدید به موقعیت‌های نسبتاً اضطراب‌زا (مانند ازدواج) یا نامطلوب تمایل دارند و از جمله افرادی هستند که رضایت کمتری دارند، بشدت انتقاد می‌کنند؛ به سرزنش خود اقدام می‌کنند و نسبت به دیگران بیش‌ازحد حساسیت نشان می‌دهند (۱۰). همچنین طبق نظریه دل‌بستگی اعتقاد بر این است که مؤلفه اساسی دل‌بستگی مطمئن، همانا قابلیت پیش‌بینی و پاسخ‌دهی هیجان‌ات و ذهنیتی است که فرد از والدین خود دارد؛ و کودکان فاقد دل‌بستگی ایمن در معرض خطر بالاتری از نظر اضطراب، غم، خشم و دیگر مشکلات هیجانی قرار دارند (۳۷)؛ که افراد با توجه به چگونگی تعامل در دوران کودکی با والدین، آن شیوه را در زندگی زناشویی نیز تکرار می‌کنند.

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت باورهای فراشناختی اثر آماری معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی زناشویی نداشته است که در واقع با یافته‌های آقاجانی و همکاران (۳۸) و نامنی و همکاران (۳۹) ناهمخوان است. با توجه به پژوهشی که کاووسی و همکاران در زمینه رابطه باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی بیماران روانی انجام دادند نتایج حاکی از آن بود که بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه وجود دارد و این در حالی است که رابطه معناداری بین این دو متغیر در افراد غیر سرطانی وجود نداشت (۴۰). بنابراین نتیجه به دست آمده از این پژوهش در ارتباط با عدم پیش‌بینی کیفیت زندگی زناشویی از باورهای فراشناختی و معنادار بودن این مؤلفه در اکثر مطالعات انجام شده می‌تواند ناشی از عدم دقت و صحت در دادن اطلاعات از جانب پرستاران باشد. همچنین موقعیت شغلی و خستگی ناشی از فشار روانی و کاری که بر پرستاران حاکم است و همچنین با توجه به حجم کاری، می‌تواند این نتیجه را توجیه کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی خانواده اصلی یک نقش محوری را در پیش‌بینی سلامت روانی افراد دارد و چنانچه در نظریه بوون و دلپستگی بیان شده است، افراد با پیش‌زمینه‌های قبلی به انتخاب‌های بعدی دست می‌زنند. به‌عنوان مثال شخصی که از والدینش تمایز کمتری دارد، موقع ازدواج همانند والدینش جفتی را برخواهد گزید که تقریباً دارای سطح یکسانی از تمایز باشد. جامعه پژوهش شامل زنان متأهل شهر رشت بوده که به پرسشنامه‌های خود گزارشی پاسخ داده‌اند و در تعمیم نتایج باید محتاط بود. این پژوهش با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مختلفی در کیفیت زندگی زناشویی نقش دارند که سلامت خانواده اصلی، ابراز هیجان از جمله آن‌ها است و شناخت جامع و کامل نسبت به آن‌ها می‌تواند افراد را در سوق دادن به رضایت و کیفیت بهتری از زندگی یاری کند؛ لذا توجه به نتایج و کاربست آن‌ها در برنامه‌های آموزش پیش از ازدواج و مداخله‌های رشدی و درمانی می‌تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد. پیشنهاد می‌شود که در خانواده‌درمانی با زوج‌های متعارض و دارای رضایت زناشویی پایین بر روی مؤلفه‌های خانواده اصلی و تمایز یافتگی کار شود و همچنین بر روی تنظیم و ابراز هیجانات با استفاده از فنون تجربی و گشتالتی و طرحواره درمانی کار شود تا بتوان تغییرات بنیادینی را در زوجها ایجاد نمود، همچنین با توجه به نقش خانواده اصلی در میزان صمیمیت زوج‌های نمونه حاضر پیشنهاد می‌شود خانواده‌درمانی با شیوه‌های سیستمی و با تأکید بر مداخله در خانواده اصلی و دعوت از آن‌ها در جلسات خانواده‌درمانی برگزار شود.

مشارکت‌ها

طرح پژوهش: اصغری ف، هاشمی ع.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: اصغری ف، هاشمی ع، سلیمی ه.

آماده‌سازی مقاله: اصغری ف، هاشمی ع، سلیمی ه.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارضی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی

هزینه پژوهش و انتشار مقاله تماماً بر عهده نویسندگان بوده و هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

منابع

- 1- Allendorf, K., & Ghimire, D. J. Determinants of marital quality in an arranged marriage society. *Social science research*, 2013; 42(1): 59-70.
- 2- Soheila K. Predicting the Quality of Marital Life Based on Irrational Beliefs and Adjustment Emotional Skills. [Thesis MA]. University of Bojnourd, Faculty of Humanities, 2015: 2-20. [Persian]
- 3- Hosseini M, Mohammad Nazari A, Rasooli M, Shakrami M, Hosseini M. Health of the primary family marital affiliation: an interpretive approach to unstructured non-constructive styles. *Magazine of Thoughts and Behavior*, 2013; 8(32): 67-89. [Persian]
- 4- Ghaffari M, Rezaee A. The relationship between marital satisfaction and quality of life and behavior in obsessive-compulsive disorder and marital student's skill life at Payamnoor University. *Islamic University Medical Journal* 2012; 23(2): 140-147. [Persian]
- 5- Xu H. Factors Affecting Marital Satisfaction among Chinese Newlyweds. *J Psychol Psychother.* 2017; 7(6): 1-4
- 6- Yedirir S. Hamarta E. Emotional Expression and Spousal Support as Predictors of Marital Satisfaction: *The Case of Turkey*, 2015; 15(6): 1549-1558
- 7- Botha A, Berg H, Venter C. The relationship between family-of-origin and marital satisfaction, *Health SA Gesondheid*, 2009; 14(1): 1-7.
- 8- Muraru A, Turliuc MM. Family-of-origin, romantic attachment, and marital adjustment: a path analysis model. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2012; 33: 90-94.
- 9- Carr A. Family Therapy: Concepts, Process and Practice, In: Carr A. Central Concept In Family Therapy. Wiley Series in clinical psychology. 2006: P. 10-50
- 10- Goldenberg I, Goldenberg H, *Family therapy*. Translated by Hosin Shahi H, Naghshbandi S, Arjmandi S. Tehran: Ravan Pub, 2005. 33-105. [Persian]
- 11- Bertoni A, Bodenmann G. Satisfied and Dissatisfied Couples Positive and Negative Dimensions, Conflict Styles, and Relationships with Family of Origin. *European Psychologist* 2010; 15: 175-184
- 12- McDaniel B, Lopez S, Holmes E. Factors that Affect Marital Satisfaction across the transition to Fatherhood. *Intuition: The BYU Undergraduate Journal in Psychology*, 2010; 6: 9-18
- 13- Salehi N, Abolmali K, Mojtabaei M. Comparison of Meta-Cognitive Beliefs with Regard to Depressed, Obsessive-Compulsive and Normal Individuals. *Health*, 2014, 6(13): 1662. [Persian]
- 14- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology* (2003); 42: 105-108
- 15- Khalid M. The Relationship between Emotional Expressivity, Self-efficacy and Marital Happiness among type II Diabetic Patients, *Journal of Education and Practice*, 2014; 5(34): 161-165

- 16-Hasani J, Shahgholian M. Emotional expressiveness, emotional control and ambivalence in expressing emotion in false and normal girls. *Psychology Quarterly*, 2014; 5(17): 117-134. [Persian]
- 17-Shahgholian M, Moradi A, Kafi M. the Relationship between Alzheimer and Paraesthesias and Health in Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Psychology*, 2007; 13(3): 238-248. [Persian]
- 18-Baber jg. Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* 2002; 38(7):380-4
- 19-Nezafat Frizzy J, Mashhadi A, Amin Yazdi A, Nofarsti F. Investigating the Impact of the Depression, Short-term, Short-Term Depression, Exercise, Social Skills and Quality of Life of Students. *Journal of Psychological Health* 2014; 17(6): 318-324. [Persian]
- 20- Gholami M. Comparison of the quality of life of married women and non-married witnesses. [Thesis MA]. Kermanshah University. Faculty of Education and Psychology. 2009,P. 1-8. [Persian]
- 21-Çetinkaya, S. K., & Gençdoğan, B. The relationship between marital quality, attitudes towards gender roles and life satisfaction among the married individuals. *Psychology, Society & Education*, 2014; 6(2): 94-112.
- 22-Mousavi S F. Investigating interactions, conflict resolution styles and marital quality; trend analysis based on age and duration of marriage. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family* 2016; 10(34): 25-50. [Persian]
- 23-Sohrabi A, Jahani A, Mehrabihan T, Marashiyani F, Zaheri S, Relationship between quality of life and stress with marital satisfaction in women with headache in Ahvaz city. *Journal of Military Care Sciences*. 2015; 3(2). 115-122. [Persian]
- 24-Sudani M, Dehghani M, Dehghanzadeh Z. The effectiveness of teaching relationship between relationships (TA) on marital burning and couples life quality. *Quarterly of Counseling and Psychotherapy Family* 2012; 3(2): 159-180. [Persian]
- 25-Rokicka,E. Leaman J. The Concept of 'Quality of Life' in the Context of Economic Performance and Social Progress. *Springer International Publishing Switzerland*. 2014; 3(1): 10-34
- 26-Ismail R, Azlan HA, Yusoff F. Assessing the relationship between quality of life and marital satisfaction among Malaysian married couples. *E-Bangi*. 2015; 2(1); 65-71
- 27-Karami, A. Psychometric properties and standardization of the family's primary health level scale. A new dissertation and research studies. *Iranian Consulting Society* 2011; 38(16): 103-118. [Persian]
- 28- Yousefi N. Evaluation of Psychometric Indices of Marital Quality Scale, Revised Form (RDAS). *Clinical Psychology Research and Consulting* 2011; 1(2): 183-200. [Persian]
- 29- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*.2003; 42: 105–108.
- 30- Rafieinia P. Rasoulzadeh Tabatabai K. Azad falah P. The Relationship of Emotion Styles with General Health in Students. *Journal of Psychology* 2005; 10(1): 84-105. [Persian]
- 31-Hosseini S, Yazdi M, Jasbi M. The Relationship Between Home Health Level and Marital Satisfaction among Female Women Education Department in Karaj. *Journal of Educational and Psychological Research*. 2007; 3(1): 63-76. [Persian]
- 32- Minuchin S. Family & Family therapy. Sanai B. Tehran, Amir kabir, 1995, 170-175. [Persian]

- 33- Waters, S. M. *Affectionate expression in marriage: An ethnocultural and socioeconomic comparison*. [Thesis DO] University of Illinois. College of the Social Work. 2014. P. 2-15.
- 34- Kiani A, Asadi S, Ismaili F, Zavar M. Prediction of marital disturbance based on emotional expression and marital attributes in married individuals referring to the well-being centers of Ardabil. *Consulting research*. 2015; 15(59): 58-75. [Persian]
- 35- Dargahi SH. Zeraati M. Ghamari H. Haghani M. Ayani N. Effect of emotion regulation in emotionally-oriented and marital satisfaction in infertile women. *Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences*. 2015; 28(94): 151-162. [Persian]
- 36- Naeemi G. Pirsafi F. Arabzadeh M. Investigating the structural relationship between the family's main health, emotional schema, emotional ordering with a desire for marriage in students with the role of self-differentiation mediation. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family*. 2015; 10(33): 43-64. [Persian]
- 37- Nickels M, Schwarz R. Family Therapy "Concepts and Methods", Translated from Dehghan M & et all. Tehran: Danjeh Pub, 2007. 131-150. [Persian]
- 38- Aghajani S. Samadifard H. Narimany M. The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in Determining Quality of Life in Diabetic Patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017; 6(1). 142- 156. [Persian]
- 39- Namni E. Shirdel M. Jahangiri A. Effectiveness of teaching metacognitive techniques on lifestyle. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2017; 9(1): 135-146. [Persian]
- 40- Kavosi A. Moeeni V. Biki F. KHalili GH. Mohamadi GH. Biki F. Sanago A. The Relationship between Metacognitive Beliefs with Quality of Life and Mental Health of Cancer Patients: a Case Study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016; 12(1): 35-40. [Persian]