

اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زناشویی

سکینه فیض‌آبادی^۱، کیانوش زهراکار^۲، علی محمدنظری^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۵/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۷/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: فرسودگی زناشویی وضعیت دردناک جسمی، عاطفی و روانی است، زوجها هنگامی متوجه می‌شوند، علی‌رغم تمام تلاش‌هایشان، این رابطه به زندگی‌شان هیچ معنا و مفهوم ندارد دچار فرسودگی می‌شوند در واقع انباشته شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، سبب فرسایش می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زناشویی زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شرق تهران است.

مواد و روش کار: این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانه‌های سلامت شهرداری سطح شهر تهران جهت دریافت کمک‌های تخصصی در زمینه مسائل زناشویی و خانوادگی است. نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس و هدفمند است. به منظور انتخاب نمونه در ابتدا از ۶۰ نفر مراجعه‌کننده به مراکز و متقاضی شرکت در پژوهش مورد که واجد شرایط: تأهل و داشتن حداقل ۳ سال سابقه زندگی مشترک-دامنه ی سنی ۲۰-۵۰-عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی فردی در طول شرکت در جلسات مشاوره گروهی بودند ۴۰ نفر انتخاب شدند و سپس در مرحله بعدی ۳۰ نفر از این زنان با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت آموزش مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه فرسودگی زناشویی پایین زاست. داده‌ها توسط نرم‌افزار spss نسخه ۱۸ و روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون وجود داشت ($p < 0.01$). یعنی نمرات فرسودگی در گروه آزمایش کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، شاهدهی بر مفید و مؤثر بودن گروه‌درمانی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در مداخلات خانواده است.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی - مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی - فرسودگی زناشویی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره نهم، ص ۷۹۰-۷۸۲، آذر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: تهران-خ نبرد -ک صاحب‌الزمان -پ ۲۵ تلفن: ۰۹۱۲۷۲۶۳۷۳۰

Email: mfeyz67@gmail.com

مقدمه

رابطه و در نتیجه ایجاد فرسودگی زناشویی می‌شوند. زوج‌ها زندگی مشترکشان را با عشق شروع می‌کنند، ولی مشاهده می‌کنند که صمیمیت اولیه به تدریج رنگ می‌بازد، با گذشت زمان زندگی برخی از زوجین با آهنگی یکنواخت و ملال‌آور تداوم می‌آید چراکه به تدریج با کشمکش‌ها و چالش‌ها و تنش‌هایی روبه‌رو می‌شوند و احساس می‌کنند که سازش و از خودگذشتگی و امتیاز دادن که لازمه ارتباط صمیمی است به نظر ملال‌آور است، به طوری که پیامد این ملال و خستگی نارضایتی زناشویی و فرسودگی خواهد بود. فرسودگی در زوجین یک روند تدریجی و به‌ندرت ناگهانی است که طی آن

ازدواج یکی از مهم‌ترین حوادثی است که در زندگی رخ می‌دهد، بعضی ازدواج‌ها موجب رشد و شکوفایی زوجین است در حالی که بسیاری از زن و شوهرها نیز می‌توانند به مصیبت‌هایی در مقابل یکدیگر بدل شوند (۱). یکی از مهم‌ترین عواملی که بر بقا و دوام و رشد خانواده اثر می‌گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضا به‌ویژه زن و شوهر است (۲). کیفیت زندگی زناشویی و رضایت زوجین از زندگی زناشویی بیانگر یک رابطه بادوام و رضایت‌بخش است؛ اما در این میان عواملی هستند که بر کیفیت رابطه زن و شوهر تأثیر منفی می‌گذارند و باعث تقلیل کیفیت این

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ استادیار مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

صمیمیت و عشق به تدریج رنگ باخته و به همراه آن خستگی عمومی عارض می‌گردد (۳).

فرسودگی زناشویی^۱ وضعیت دردناک جسمی، عاطفی و روانی است و کسانی را که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی‌شان معنا ببخشد را متأثر می‌سازد. فرسودگی هنگامی بروز می‌کند که زوج‌ها متوجه می‌شوند، علی‌رغم تمام تلاش‌هایشان، این رابطه به زندگی‌شان هیچ معنا و مفهوم خاصی نداده است (۴). در واقع انباشته شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، سبب فرسایش می‌شود و سرانجام به فرسودگی منجر می‌گردد (۵).

کیاسر^۲ معتقد است باوجود اینکه تمامی ازدواج‌ها به نوعی سرخوردگی را تجربه می‌کنند، اما بسیاری از این ازدواج‌ها با کیفیت پائین ادامه یافته و زندگی متأهلی بی‌ثباتی را تشکیل می‌دهند که متمایل به فروپاشی است و اگرچه ممکن است لزوماً به طلاق منجر نشود ولی مسلماً با فراوانی افکار و تصورات درباره جدایی همراه خواهد بود (۶). از نظر لینگر^۳ فرسودگی، از یافتادن جسمی، عاطفی، روانی و ناشی از عدم تناسب بین توقعات و واقعیات است (۷). آدلویچ^۴ و بروسکی^۵ فرسودگی را به عنوان سرخوردگی پیش‌رونده در نظر می‌گیرند که شامل چهار مرحله تصاعدی است این مراحل شامل ۱- اشتیاق ۲- ایستایی و رکود ۳- ناامیدی ۴- بی‌علاقگی و بی‌احساسی می‌شود (۸).

آهولا^۶ و ملامد، شیروم، توکر، برلینر و شاپیرا^۷ در پژوهش خود نشان دادند که بین فرسودگی و سلامتی جسمی و روانی یک رابطه معنی‌دار وجود دارد (۸ و ۹). فرسودگی جسمی با نشانگانی مانند احساس خستگی، کسالت و بی‌حالی بروز می‌کند که با خواب رفع نمی‌شود. فرسودگی عاطفی با احساس آزرده‌گی، ناامیدی، غمگینی، تنهایی و بیهودگی مشخص می‌شود. از یافتادن عاطفی شامل کمبود اشتیاق، عدم رضایت، فرسایش هیجانی و کاهش انگیزه است. فرسودگی روانی معمولاً به صورت کاهش خودباوری و منفی‌نگری نسبت به روابط به خصوص رابطه با همسر و احساس یأس و سرخوردگی نسبت به همسر بروز می‌کند (۱۰، ۱۱). نتایج پژوهش ادیب راد و ادیب راد (۱۲) نشان داد که تفاوت معنی‌داری از نظر دل‌زدگی زناشویی و باورهای ارتباطی بین زنان متقاضی طلاق و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک وجود دارد، نعیم (۱۳) نیز نشان داد که فرسودگی زناشویی و تعارضات زناشویی رابطه مثبت

معنی‌داری با خشونت علیه زنان دارند، ولی روابط صمیمی با همسر رابطه‌ای منفی معنی‌داری با خشونت علیه زنان دارد. لینگرن^۸ نیز در مقایسه فرسودگی زناشویی بین زوج‌های دارای فرزند و بی‌فرزند و تک درآمدی و دو درآمدی نشان داد که از میان متغیرهای خانوادگی و کاری، متغیرهای خانوادگی منابع مهم‌تری از فرسودگی را تشکیل می‌دهند (۱۴). بیکر^۹ در پژوهش خود نشان داد که رفتارهای مخالف فرسودگی زناشویی با سلامت روان و افسردگی رابطه معنی‌داری دارد، او همچنین نشان داد که فرسودگی زناشویی نقش میانجی را در رابطه بین فرسودگی کارمندان و سلامت روان آن‌ها دارد (۱۵).

لويس و اسپانیر (۱۶) کیفیت زناشویی یک فرایندی است که به وسیله درجه تعارض زناشویی، رضایت، نزدیکی و توافق در تصمیم‌گیری تعیین می‌شود (۱۷). واژه کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی و پویاست که طیف وسیعی دارد و شامل ابعاد فیزیکی، عاطفی، اجتماعی است. رویکرد روانشناسی مثبت نگر درصدد بررسی ظرفیت‌ها و قدرت‌های روان‌شناختی به جای آسیب‌شناسی روانی است (۱۸). مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند، چراکه استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آن‌ها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند (۱۹).

مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی^{۱۰} درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که باهدف ایجاد بهزیستی ذهن، بهبود سلامت عاطفی و رشد فردی و پیشگیری از رخوت و سستی و ارتقاء رضایت از زندگی از طریق کشف توانمندی‌ها، نیازها، اهداف ارزشمند است. درمان از ترکیب رویکرد شناختی-بک^{۱۱} در حوزه بالینی، تئوری فعالیت سکرزیت میهالی^{۱۲} و روانشناسی مثبت سلیگمن^{۱۳} به همراه استفاده از استعاره، آموزش مراقبه و آرمیدگی در ۱۶ حیطه برای گروه‌های بالینی و غیر بالینی در سال ۲۰۰۶ توسط فریش^{۱۴} تهیه شده است. کیفیت زندگی درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند و هدف اصلی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و ایجاد رضایت از زندگی می‌باشد. در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعین در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم زندگی است (۲۰-۲۲).

7 Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira

8 Lingern

9 Bakker

10 Quality of life therapy

11 Beck

12 Csikszentmihalyi

13 Seligman

14 Frisch

1 Marital Burnout

2 Kaiser

3 Linger

4 Adlovich

5 Brovsky

6 Ahola

خواهد داشت و با توجه به جدید بودن رویکرد و اهداف این رویکرد که ارتقا کیفیت زندگی و بهزیستی انسان‌ها و کشف توانمندی‌ها و نقاط قوت مراجعین و پیشگیری از فرسودگی زوجین و افزایش رضایتمندی آنان است، محقق درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند فرسودگی زناشویی را کاهش دهد؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر نوعی تحقیق کاربردی است و از روش نیمه تجربی استفاده شده است و در آن یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود داشت. از هر دو گروه قبل از اجرای مداخله آزمایشی، پیش‌آزمون و بعد از جلسات، پس‌آزمون گرفته شده است. در این پژوهش متغیر مستقل دارای دو سطح شامل مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی و عدم‌مداخله است و متغیر وابسته فرسودگی زناشویی بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شرق تهران بود، نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس و هدفمند بوده است. به‌منظور انتخاب نمونه در ابتدا از ۶۰ نفر مراجعه‌کننده به مراکز و متقاضی شرکت در پژوهش مورد که واجد شرایط: تأهل و داشتن حداقل ۳ سال سابقه‌ی زندگی مشترک- دامنه‌ی سنی ۲۰-۵۰-عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی فردی در طول شرکت در جلسات مشاوره گروهی بودند ۴۰ نفر انتخاب شدند و سپس در مرحله بعدی ۳۰ نفر از این زنان با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند. در ضمن زنانی که اختلال روان‌شناختی حاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردانی و اعتیاد داشتند از نمونه حذف شدند.

گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در ده هفته متناوب و به‌صورت هر هفته یک جلسه، آموزش مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در پایان جلسات نیز هر دو گروه به‌وسیله پس‌آزمون مورداندازه‌گیری قرار گرفتند. جلسات به‌صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث گروهی و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی بین جلسات انجام شد.

ملاحظات اخلاقی:

۱- پژوهشگر مجری برنامه مداخله باهدف تطبیق خود با معیار اخلاق پژوهش در مطالعات بالینی، دو برنامه کارآموزی متفاوت را زیر نظر استاد راهنمای خود در زمینه کاربرد مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی انفرادی به مدت ۱۰ جلسه و نیز گروه‌درمانی مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی (۱۰ جلسه) گذرانیده و مجوز استفاده نظارت‌شده از این فن را در ارائه خدمات مشاوره از ایشان اخذ کرد.

مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برحسب سه اصل اساسی تأکید دارد: افزایش غنای درونی، اصل کیفیت زمان، اصل معنایابی. این مدل به دنبال ایجاد تغییر شناختی در ۵ مفهوم اصلی است که این پنج مفهوم به‌طور خلاصه کاسیو (CASIO) نامیده می‌شود که عبارت‌اند از: ۱- شرایط زندگی (Circumstance) ۲- نگرش‌ها (Attitude) ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم (Standards of fulfillment) ۴- ارزش‌ها (Overall satisfaction) ۵- رضایت کلی از زندگی (Overall satisfaction). (۲۳).

عابدی و وستانیس (۲۴) در مقایسه رویکرد مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با رویکرد شناختی رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و مادران آن‌ها نشان داد که مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و همچنین کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران شده است. تغیان، کلانتری، امیری و مولایی (۲۵) در بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای دانش‌آموزان با سطح بهزیستی نشان دادند کیفیت زندگی درمانی می‌تواند به افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی و افزایش بهزیستی نوجوانان پسر منجر شود. امانی (۲۶) در مطالعه خود تحت عنوان اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر غنی‌سازی صمیمیت در روابط زناشویی نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش صمیمیت زناشویی می‌شود. پاداش، فاتحی زاده و عابدی (۲۷) در بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران نشان دادند که کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی همسران مؤثر بوده است. پاداش، فاتحی زاده، عابدی و ایزدخواه (۲۸) در بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی نشان دادند که این روش درمانی می‌تواند سبب بهبود رضایت زناشویی زوجین گردد. قاسمی، کجباف و رحیمی (۲۹) در بررسی اثربخشی رویکرد ترکیبی شناخت درمانی با قالب گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روانی نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش شاخص‌های سلامت روان در ابعاد افسردگی، بدکار کردی اجتماعی و نشانه‌های جسمانی‌سازی شده است.

مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شامل میزان وسیعی از طرح‌واره‌های مثبت، فن‌های کنترل عاطفی، مهارت‌های ارتباطی است که هدف تمامی آن‌ها تقویت و بهبود بخشیدن به روابط میان زوج‌ها است. رابطه زناشویی مطلوب یا نامطلوب هرکسی، چه از زندگی مشترک راضی باشد و چه ناراضی، بازتاب باورها، اندیشه‌ها و کنش و واکنش‌های اوست (۳۰). با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در تداوم خانواده و تأثیری که فرسودگی بر کیفیت زندگی زناشویی

۲- اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌هایی که در درمان شرکت بودند و اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند از ادامه آن انصراف دهند.

۳- حفظ حریم خصوصی آزمودنی‌ها و رعایت رازداری در مورد مسائل مطرح‌شده در جلسات.

ابزار

الف) مقیاس فرسودگی زناشویی پاینز (pines burnout scale): این مقیاس ۲۱ سؤالی به صورت نمره‌گذاری توسط پاینز به صورت طیف لیکرت (۱-۵) تهیه و حد بالای نمرات، ۱۴۷ و حد پایین ۲۱ بود، نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی فرسودگی بیشتر است. برای تفسیر نمره‌ها باید آن‌ها را تبدیل به درجه کرد که این عمل از طریق تقسیم نمودن نمره‌ی حاصل‌شده از پرسش‌نامه بر تعداد ۲۱ سؤال به دست می‌آید (۳۱). در تفسیر نمره‌ها، درجه‌ی بیش از ۵، نشانگر لزوم کمک فوری، درجه‌ی ۵ نشان‌دهنده‌ی وجود بحران، درجه‌ی ۴ نمایانگر حالت فرسودگی، درجه‌ی ۳ نشان‌دهنده‌ی خطر فرسودگی و درجه‌ی ۲ و کمتر از آن نیز نشان‌دهنده‌ی وجود رابطه‌ی خوب است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در ۲۴۰ مورد ۰/۸۶ و ضریب پایایی به روش باز آزمایی را در فواصل یک، دو و چهار ماه ۰/۸۹ و ۰/۷۶ و ۰/۶۶ گزارش شده است (۱۳).
ب) برنامه اجرای درمان (پروتکل) مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی: به منظور اجرای جلسات مداخله، پروتکل اجرایی Frisch اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق با شرایط اجرای در جلسات درمان مورد استفاده قرار گرفت که به شرح ذیل است.

جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط با اعضا، بیان قواعد و اهداف گروه، معرفی دوره آموزشی، معرفی مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش مدل کاسیو، گرفتن تعهد از اعضا، انجام پیش‌آزمون
جلسه دوم: ایجاد آگاهی، شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌ها، اجرای فن آگاهی از ارزش‌ها و آموزش مدل ۵ مرحله‌ای رضایت‌مندی از زندگی "کاسیو"

جلسه سوم: روشن‌سازی مسئله شناسایی و نام‌گذاری احساساتشان در ارتباط با همسرانشان، مشخص کردن اهداف و انتظاراتشان از ارتباط زناشویی.

جلسه چهارم: مفهوم‌سازی مشکل اعضا در ارتباط با فرسودگی زناشویی، شرح و نحوه استفاده از مدل کاسیو در جهت راه‌حل‌یابی برای مشکلات، معرفی سبک‌های ارتباطی و سبک‌های سالم و ناسالم برقراری ارتباط، شیوه‌های برقراری ارتباط مؤثر خطاهای شناختی.

جلسه پنجم: هدف افزایش خودآگاهی اعضا و بازسازی شناختی اعضا، شناسایی و به چالش کشیدن دیدگاه‌های افراد راجع به افکار و خطاهای شناختی‌شان و شناسایی عوامل مسبب و تقویت‌کننده مشکلاتشان.

جلسه ششم: آگاهی از هیجانات، بیان مفهوم تنیدگی و عوامل وابسته، ویژگی‌های موقعیت تنش‌زا، شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی.

جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های کنترل هیجانات، آموزش فن‌های کنترل عاطفی و کنار آمدن با احساسات خشم و اضطراب و افسردگی از طریق آموزش فن حل مسئله و کنترل استرس بر اساس مدل کاسیو (راه‌حل‌های پنج‌گانه)، آموزش تن آرامی و شیوه تنفس ذهن آگاهانه.

جلسه هشتم: آموزش و ایجاد مهارت، بیان و آموزش اصول مرکزی ارتباطات (اصل باهم بودن، اصل با خانواده بودن، تنها بودن و اصل صداقت و اصل سهمیه ناکامی، اصل مصالحه و سازش خوب و بی‌نظیر) و فن‌های گفتگو و مهارت‌های بین فردی از قبیل (اصل گوش کردن و پذیرش و همدلی و اعتماد و ملموس و محسوس کردن احترام.

جلسه نهم: کاربرد اصول در زندگی روزمره و تغییرات در کسب شادمانی و رضایت از زندگی، تعمیم روش کاسیو به سایر حیطه‌های زندگی، برای تشویق افراد به ابزار خود خلاق و حل مسئله در تمام حیطه‌های زندگی، ارائه گام‌های درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، جهت ایجاد جریان خلاقیت شامل: ایجاد انگیزه، شناسایی علائق و احتمالاً مربوط به خلاقیت که متناسب با ارزش‌ها و اهداف شخصی.
جلسه دهم: جمع‌بندی مطالب عنوان‌شده در کل جلسات و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست‌آمده از پژوهش علاوه بر روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، از روش‌های آماری، تجزیه و تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. گزارش این تحلیل آماری در دو قسمت زیر ارائه می‌گردد.

الف) یافته‌های توصیفی:

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار است. گروه آزمایش در متغیر فرسودگی زناشویی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب میانگین ۷۶/۷۱۴۳ و ۶۰/۷۱۴ و به ترتیب انحراف معیار ۱۲/۴۱۲۳۳ و ۱۶/۱۰۷۶۴ را به دست آورده است. گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر فرسودگی زناشویی به ترتیب میانگین ۶۷،۲۱۴۳ و ۶۷،۳۵۷۱ و انحراف معیار ۱۶،۵۳۰۵۲ در پیش‌آزمون و ۱۷،۳۶۷۵۵ در پس‌آزمون به دست آورده است.

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه پژوهش:

جهت بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج

حاصل ($F_{1,25}=11/700$, $p=0/928$) بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود نداشت.

جدول (۱): بررسی مفروضه برابری واریانس گروه‌ها

سطح معنی‌داری	درجه آزادی		آماره F درجه آزادی
	درون‌گروهی	بین‌گروهی	
۰/۳۱۳	۲۶	۱	۱/۰۶۰

چنانچه در جدول بالا ملاحظه می‌شود، سطح معنی‌داری آزمون لوین بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرضیه همگنی بودن واریانس‌ها پذیرفته شد.

جدول (۲): تحلیل کوواریانس یک‌راهه جهت بررسی فرسودگی زناشویی

اندازه اثر	معنی‌داری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۵۶	۰/۰۰۰	۳۱.۹۶۰	۴۰۹۲.۷۰۸	۱	۴۰۹۲.۷۰۸	پیش‌آزمون
۰/۳۱	۰/۰۰۲	۱۱.۷۰۰	۱۴۹۸.۳۳۲	۱	۱۴۹۸.۳۳۲	گروه
			۱۲۸.۰۵۷	۲۵	۳۲۰۱.۴۳۵	خطا
				۲۸	۱۲۱۳۳۲.۰۰۰	کل

مشکل‌داری که دارای اسنادهای نادرست در مورد ازدواج و روابطشان بوده‌اند، نشان دادند که بازسازی شناختی باعث تغییر اسنادهای نادرست همسران و به دنبال آن کاهش اختلاف و بهبود روابط زناشویی شده است (۳۳). پژوهش رضاخو نیز نشان داد که میزان رضایتمندی زناشویی زوج‌های ناسازگار پس از دوره مداخله بازآموزی اسنادی افزایش داشته است و سبک‌های اسنادی آن‌ها به شکل مطلوب تغییر نموده است (۳۴). همچنین پژوهش سلیگمن^۴، استن^۵، پارک^۶ و پترسون^۷ نشان دادند زوجین از حضور در جلسات با محتوای آموزش روش شناختی رفتاری بر افزایش شادی‌شان سود می‌برند (۳۵). زمانی که رفتارهای آشفتنه کاهش می‌یابند و رفتارهای خوشایند افزایش می‌یابند و رفتارهای خوشایند افزایش می‌یابند، احساس مثبت از رابطه بیشتر می‌شود (۲۸). جوهنسون^۸ و همکاران نشان دادند که سطوح پایین عاطفه مثبت و سطوح بالای منفی پیش‌بینی‌کننده‌های دقیق زوال ازدواج هستند (۳۶). رویکرد فریش^۹ برای افزایش رضایت در زندگی به‌گونه‌ای است که فقط بر یک حیطة زندگی توجه نمی‌کند. بلکه با توجه به ۱۶ حیطة و ارائه

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات فرسودگی زناشویی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی‌دار است ($p=0/002$). به عبارت دیگر مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، موجب کاهش فرسودگی زناشویی شده است. میزان تأثیر این شیوه بر فرسودگی زناشویی در مرحله پس‌آزمون ۰/۳۱ بوده است. یعنی در حدود ۳۱ درصد از واریانس نمرات کل باقی‌مانده مربوط به عضویت گروهی و یا تأثیر درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زناشویی انجام شد. در این مدل درمانی با استفاده از فن‌های شناختی به تغییر در شناخت‌ها و اسنادهای افراد پرداخته شد. پیرس^۱ و هالفورد^۲ نشان داده‌اند که درمان شناختی‌رفتاری در کاهش پریشانی ارتباطی مؤثر است (۳۲). مارگولین^۳ و همکاران (به نقل از قریشیان) در کار با زوج‌های

⁶ Park

⁷ Peterson

⁸ Johnson

⁹ Frisch

¹ Pearce

² Halford

³ Margolin

⁴ Seligman

⁵ Steen

راه‌کارهای شناختی به تغییر رضایت در این حیطه‌ها می‌پردازد. همچنین این رویکرد به چالش با این نوع تفکر می‌پردازد که افراد فقط در یک بعد به درمان بپردازند. چراکه رضایت انسان از زندگی تحت تأثیر ابعاد گوناگونی است. همچنین پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که فرسودگی زناشویی تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد و تأکید در درمان بر روی یک بعد برای کاهش فرسودگی زناشویی منطقی به نظر نمی‌رسد.

امانی (۲۶) در مطالعه خود تحت عنوان اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر غنی‌سازی صمیمیت در روابط زناشویی نتایج نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش صمیمیت زناشویی می‌شود و افزایش صمیمیت در زوجین باعث کاهش اصطکاک‌ها در روابط، مدیریت تعارض در فضای آرام، احساس امنیت اعضای خانواده و روحیه همبستگی و درک همدلانه زوجین از همدیگر خواهد شد. فرسودگی زناشویی وضعیت دردناک جسمی، عاطفی و روانی است و کسانی را که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی‌شان معنا ببخشد را متأثر می‌سازد. فرسودگی هنگامی بروز می‌کند که آن‌ها متوجه می‌شوند، علی‌رغم تمام تلاش‌هایشان این رابطه به زندگی‌شان هیچ معنا و مفهوم خاصی نداده است (۳۷).

طغیانی و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۱) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای دانش‌آموزان با سطح بهزیستی پایین پرداختند و با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ایشان، کیفیت زندگی درمانی می‌تواند به افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی و افزایش بهزیستی نوجوانان پسر منجر شود. رودریگو و همکاران (۲۰۰۴) این رویکرد بر ثبات عاطفی و افزایش خلق مثبت در بیماران دریافت‌کننده کبد مؤثر بوده است و همچنین گاتمن و اونسون (۱۹۹۱) به نقل از گراوند (۱۳۸۹) آموزش شناختی-رفتاری بر کاهش خستگی عاطفی مؤثر می‌داند؛ و جانسون و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که سطوح پایین عاطفه مثبت و سطوح بالای عاطفه منفی پیش‌بینی‌کننده دقیق زوال ازدواج است.

از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین فاکتورهای محیطی و شناختی و عوامل کیفیت زندگی با میزان فرسودگی زناشویی و افزایش رضایت از زندگی، رابطه‌ای دوسویه است. یعنی عوامل آموزش داده‌شده در این روش درمان هم می‌توانند خود باعث کاهش فرسودگی شوند و هم می‌توانند میزان رضایت از زندگی را افزایش دهد. در این میان باید به نقش عوامل، شخصیتی و اجتماعی در حد کلان و سیستم‌های محیطی نیز به‌عنوان

متغیرهای مداخله‌گر و تأثیرگذار بر فرسودگی زناشویی و رضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد، توجه کرد و مشاوران باید با یک رویکرد کلی‌نگر و ترکیبی، سعی داشته باشند. مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باهدف ایجاد بهزیستی ذهنی، بهبود سلامت عاطفی و رشد فردی و پیشگیری از رخوت و سستی و ارتقاء رضایت از زندگی از طریق کشف توانمندی‌ها، نیازها، اهداف ارزشمند است. کیفیت زندگی درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند و هدف اصلی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و ایجاد رضایت از زندگی می‌باشد. این رویکرد رویکردی التقاطی و کل‌نگر است و می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار درمانگران برای مداخله مؤثر در مورد مسائل مرتبط با ازدواج و خانواده فراهم آورد (۲۳).

محدودیت‌های پژوهش

- ۱- در دسترس بودن نمونه مورد مطالعه است که لازم است تعمیم‌یافته‌های حاضر با احتیاط صورت پذیرد.
- ۲- یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده است که توجه به آن را ضروری می‌نماید.
- ۳- همچنین در این مطالعه نقش جنسیت مورد بررسی قرار نگرفته است. و محدود به زنان خانه‌دار بود که تنها ۳ سال از ازدواجشان می‌گذشت.
- ۴- کمبود منابع نظری و تجربی در مورد مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و فرسودگی زناشویی

پیشنهادات پژوهشی

- ۱- استفاده از مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کلاس‌های آموزش خانواده برای بهبود روابط زناشویی و پیشگیری از بروز آسیب‌های آتی.
- ۲- بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سایر متغیرها مانند صمیمیت زناشویی، تعهد زناشویی و غیره.
- ۳- اجرای پژوهش حاضر در سایر مناطق ایران
- ۴- نمونه‌هایی از مردان مورد پژوهش قرار بگیرند و ملاک‌های درمانی متناسب با مردان هم از طریق پژوهش‌های تجربی مشخص شوند.

تشکر و قدردانی

به‌رسم اخلاق و امانت‌داری از مساعدت و همکاری سرکار خانم حسینی تبار مسئول سلامت خانه سلامت منطقه ۱۴ ناحیه ۲ محله ۱۵ تقدیر و تشکر می‌گردد.

¹⁰ Toghyani&others

References:

1. Gohari Sh, Zaharakar K, Nazari AM. Prediction of marital burnout based on differentiation and sexual intimacy in nurses, Iranian J Nurs Res 2015; 10 (37): 72-80. (Persian)
2. Afzaligorouh S. Compare marital adjustment male teacher's schools in Ahwaz with their wives sensation seeking with controls for age and duration of marriage. (Dissertation). Ahvaz: University of shahid Chamran; 2003. (Persian)
3. Bornstein PH, Bornstein T. Marital Therapy: A Behavioral-Communications Approach. Boston, MA: Allyn & Bacon; 1986.
4. Zarei E, Sadeghifard M, Adili M, Tayebi Soofh M. The effectiveness of Ellis couple therapy training (Therational-emotional-behavioral approach) on reducing the marital burnout. J Life Sci Biomed 2013; 3(3): 229-32. (Persian)
5. Pinez AM. (1996). What we love royayi to delzdgi ninjam. Shadab F. 1th ed. Tehran: Publishing qoqnu; 2002.
6. Kaiser A. The ways enhancing intimacy. New York: The Gilford press; 2000.
7. Lingern, H. Marriage Burnout. 6th ed. New York: The Gilford press; 2004.
8. Mousavi Zadeh T. The effectiveness of logotherapy on reducing marital disenchantment. (Dissertation). Trhran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, University Allameh Tabatabai; 2009. . (Persian)
9. Ahola K. Occupational burnout and health. Helsinki. Finland: Finnish Institute Occupational Health. 2007.
10. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychol Bulletin 2006; 132, 327-53.
11. Novidi F. Comparison of the relationship between organizational climate factors in marital delzdgi the staff nurses ' education departments and the hospitals of Tehran. (Dissertation). Tehran: Shahid beheshti University; 2005 (Persian)
12. Nikoubakht N, Karimi U, Bahrami H. Couple Burnout among Fertilized and Unfertilized Women Referred to Valieasr Reproductive Center, Tehran. Iran J Epidem 2011; 7 (1): 32-7. (Persian)
13. Adibrad N, Adibrad M. The survey of the relationship between marital communication and comparison with delzdgi in women seeking divorce and women tend to be more common in life. News Res Advisor 2005; 13; 99-110. (Persian)
14. Naim S. The relationship between marital intimate relationships, are fed up with his wife and marital conflicts with violence against women for the city of Ilam (Dissertation). Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2008. (Persian)
15. Lingern HG. Marriage Burnout, Retrieved. August 11. 2004
16. Bakker AB. The crossover of burnout and its relation to partner health. Stress and Health 2009; 25(4): 343-53.
17. Harper JM, Sehaalye BG, Sandbergj G. daily hassles, intimacy and martial quality in later life marriage. Am J fam Ther 2000. 28:1-18.
18. Jeanine N. the relation between attachment, love style, and marital quality in a sample of married member of day saits. J Fam Ther 2005; 6(3), 78-97.
19. Seligman MEP. What is the good life. Avalibaleat: American Psychology Association. 1998; (29): 1 Solving the Mystery of Marriage; 2000.
20. Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. J Clin Psychol 2004; 60(3): 239-25.
21. Frisch MB. Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology

- and Cognitive Therapy. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2005.
22. Frisch MB, Sanford KP. Construct validity and the search for a one dimensional factor solution: Factor analysis of the Quality of Life Inventory in a large clinical sample. Waco, TX: Baylor University; 2005.
 23. Frisch MB, Clark MP, Rouse SV, Rudd MD, Pawelek JK, Greenstone A, et al. Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Assessment* 2005; 12(1): 66-78.
 24. Frisch MB. Quality of life therapy New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.
 25. Abedi MR, Vostanis PE. Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessivecompulsiv disorder in Iran. *Eur Chi Adol psychiatry* 2010; (19): 605-13. (Persian)
 26. Toghyani M, Kalantari M, Amiri S, Molavi H. The effectiveness of quality of life therapy on subjective well-being of male adolescents. *Procedia - Social Behav Sci* 2011. 30: 1752 –7. (Persian)
 27. Amani A. The effectiveness of quality of life therapy on enrichment in intimacy. kermanshah. Iran: 2012. (Persian)
 28. Padash z, Fatehizadeh M, Abedi MR. The effectiveness of psychotherapy training based on improving the quality of life of happiness. *J Fam Psychothe counseling* 2013. 1(1): 115-30. (Persian)
 29. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR, Izadkhah Z. Reviews of the effectiveness of the treatment based on marital satisfaction on the quality of life. *Behav Sci Res* 2012; 10(5); 363-73. (Persian)
 30. Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiei M. The Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Subjective Well-Being (SWB) and Mental Health. *J Clin Psychol* 2011; 3 (2): 23-34 . (Persian)
 31. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988;54(6):1063–70.
 32. Pinez AM. Couple burnout: courses & cures. London rout ledge. 1996. P. 1-27, 32.
 33. Pearce ZJ, Halford WK. Do attributions mediate the association between attachment and negative couple communication? *Personal Relationships* 2008; 15(2): 155-70.
 34. Ghoreishian M. Effect on marital satisfaction and emotional intelligence documents from CME-style couples (Dissertation). Isfahan, Iran: School of Education Science & Psychology, University of Isfahan; 2010. . (Persian)
 35. Rezakho A. The role of attribution retraining on documentary style and marital satisfaction. (Dissertation). Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2004. . (Persian)
 36. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60(5): 410-21.
 37. Johnson MD, Cohan CL, Davila J, Lawrence E, Rogge RD, Karney BR, et al. Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(1): 15-27.
 38. Asadi E, Mansour L, Khodabakhshi Kolayi A, Fath Abadi J. The Relationship Between Couple Burnout, Sexual Assertiveness, and Sexual Dysfunctional Beliefs in Women With Diabetic Husbands and Comparing Them With Women With Non - Diabetic Husbands. *J Fam Res* 2013; 9(3): 311-24. (Persian)

THE EFFECTIVENESS OF QUALITY OF LIFE THERAPY ON MARITAL BURN OUT

Sakine Feizabadi^{1}, Kianoosh Zahraei², Ali Mohammad Nazari³*

Received: 18 Aug, 2016; Accepted: 21 Oct, 2016

Abstract

Background & Aims: Marital burn out occurs when couples realize that, despite all their efforts, the relationship in their life has no special meaning. The accumulation of frustrations and tensions eventually lead to burnout. The present study aimed to investigate the effectiveness of quality of life therapy on marital burn out among women .

Materials & Methods: This quasi-experimental study included pretest-posttest and control group. The study population consisted of all married women who referred to health centers in East Tehran in 2011. The sample consisted of 30 married women who had inclusion criteria and were randomized into an experimental group and control group. The experimental group underwent 10 sessions of counseling based on quality of life. Pine's marital Burnout Questionnaire was used and the data were analyzed by SPSS version 18 statistical method and ANOVA.

Results: No significant difference was found between control and experimental groups at post-test ($p < 0.01$). The scores in the experimental group decreased burnout.

Conclusion: The result showed that quality of life therapy could decrease the marital burn out. Therefore, it seems beneficial to use this group therapy to decrease marital burn out.

Keywords: Group therapy, Quality of life therapy, Marital burn out

Address: Family Counseling Department, Kharzmi University, Tehran, Iran

Tel: +989127263730

Email: mfeyz67@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(9): 790 ISSN: 1027-3727

¹ MA in Family Counseling, Kharzmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

² Assistant Professor of Family Counseling, Kharzmi University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor of Family Counseling, Kharzmi University, Tehran, Iran