

اثربخشی آموزش مهارتهای مبتنی بر کیفیت زندگی بر سبکهای مقابله ای و تاب آوری زنان دارای تعارضات زناشویی

فرناز ابهرزنجانی ۱ و مهری فرخی ترشیزی ۲

۱ دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار و عضو هیات علمی مؤسسه آموزش عالی اقبال لاهوری، خراسان
رضوی، ایران، مؤلف مسؤل

Farnaz.zanjani@yahoo.com

۲ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر) می باشد که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ با هدف آموزش مهارتهای مبتنی بر کیفیت زندگی بر سبکهای مقابله ای و تاب آوری زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد.

مواد و روش ها: جامعه آماری پژوهش جاری، کلیه زنان دارای تعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بودند که از این میان، ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل به روش هدفمند انتخاب شدند. جهت اندازه گیری پژوهش، از پرسشنامه های مقیاس سبک های مقابله ای لازاروس (۱۹۸۸) و مقیاس تاب آوری کانر و دایویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد.

یافته ها: پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخله آموزش مهارتهای مبتنی بر کیفیت زندگی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به گروه آزمایش ارائه گردید. پس از پایان برنامه آموزشی، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که آموزش مهارتهای مبتنی بر کیفیت زندگی، بر بهبود سبکهای مقابله ای و تاب آوری زنان دارای تعارضات زناشویی موثر بوده است. با ۹۵ درصد اطمینان میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سبکهای مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار و تاب آوری زنان دارای تعارض متفاوت است ($p < .05$).

واژگان کلیدی: تاب آوری، تعارض زناشویی، سبک مقابله ای، کیفیت زندگی

مقدمه

با عنایت به این امر مهم که خانواده سنگ بنای اجتماع محسوب می شود، پدیده طلاق به عنوان سنگ بنای اجتماعی از یک گرفتاری خصوصی به مسأله ای عام در ساخت اجتماعی تبدیل می شود که فراوانی غیر متعارف آن، به توجه جدی نیاز دارد. پژوهش حاضر در صدد آن بر آمده که اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی بر سبک‌های مقابله ای و تاب آوری زنان دارای تعارضات زناشویی را بررسی نماید. افراد در محیط خانواده، نوع ارتباط را می آموزند. ارتباطات موثر، موجب شکوفایی هویت و کمال انسان و مبنای اولیه ی پیوند وی با دیگران است در حالی که ارتباطات غیر موثر، مانع شکوفایی انسان می شود و روابط را تخریب می کند. بنابراین اساس زندگی و خوشبختی انسان را همین ارتباط های میان فردی تشکیل می دهد (۱).

سه مولفه عشق در نظریه استرنبرگ (صمیمت، اشتیاق، تعهد). صمیمیت هرچند این اصطلاح به تنهایی چندین معنی دارد، استرنبرگ آن را به عنوان احساساتی که نشانه نزدیک بودن است، در نظر گرفت. بنابراین صمیمیت جوهره عشق را تشکیل می دهد. استرنبرگ در تحقیقاتش به این نتیجه رسید که صمیمیت شامل میل به رفاه شخص مورد علاقه، تجربه خوشحالی با او، داشتن توجه زیاد به وی، قادر به اتکاء به شخص مورد علاقه بودن در هنگام نیازمندی، داشتن درک متقابل، در میان گذاشتن مسائل شخصی، دریافت حمایت عاطفی، ارائه حمایت عاطفی، برقراری رابطه صمیمانه با فرد مورد علاقه و ارج نهادن به وی. بنابراین صمیمیت عبارت است از احساس محبت و اظهار آن، علاقه، مراقبت، مسئولیت، همدلی و غمخواری نسبت به فردی که شخص او را دوست دارد. صمیمیت جنبه هیجانی و عاطفی دارد و نوعی احساس گرمی، محبت، نزدیکی، مرتبط بودن و در قید و بند طرف مقابل بودن در فرد ایجاد می کند. مولفه دوم عشق، شور و شوق یا شهوت است که مبتنی بر انگیزش‌های شهوانی و جذابیت‌های جسمانی است و شامل اشتغالات ذهنی مثبت نسبت به معشوق است. این بعد جنبه انگیزشی دارد. مولفه سوم عشق، تعهد می باشد. این مولفه شامل تصمیم‌های خودآگاهانه و غیر خودآگاهانه‌ای می شود که فرد برای دوست داشتن دیگری اتخاذ و خود را متعهد به حفظ آن می کند. این حالت جنبه شناختی دارد و در بردارنده تصمیم کوتاه مدت و بلندمدت برای دوست داشتن و مراقبت از معشوق است. این بعد تصمیم گرفتن برای تعهد داشتن، حفظ و نگهداری از معشوق و رابطه طولانی مدت با اوست. این جزء شامل تصمیم گیری در این باره است که فقط با یک نفر باشد و شریک دیگری برای خود انتخاب نکند و این ارتباط را مهم تر از ارتباط با هر فرد دیگری تلقی کند (۲).

در واقع می توان دیدگاه استرنبرگ را به یک مثلث تشبیه کرد که همواره این ۳ عنصر در فرآیند عشق دخالت می کند. از نظر استرنبرگ سه بعد عشق به ندرت در فردی به طور مساوی جمع می شود و میزان وجود هر یک از ابعاد در روابط عاشقانه متفاوت است. همچنین عنوان می کند که مولفه‌های صمیمیت، شور و اشتیاق (شهوت) و تصمیم/تعهد در ترکیب با یکدیگر ۸ نوع متفاوت از عشق را به وجود می آورند که هر کدام ویژگی‌ها، محاسن و معایب خود را دارند اما برخی از انواع عشق با سطوح بالاتری از رضایتمندی همراه اند.

- فقدان عشق: زمانی است که ابعاد سه گانه عشق در روابط افراد بسیار کم رنگ است یا اصلاً وجود ندارد. مثل بسیاری از روابط رسمی که افراد مرتبط با یکدیگر دارند. اگر احساس شخص نسبت به شریک زندگی از این نوع باشد، این رابطه در معرض خطر است.
- دوست داشتن: زمانی است که فقط عامل صمیمیت وجود داشته باشد و از دو بعد دیگر خبری نیست یا بسیار کم رنگ است. این نوع عشق، احساس ایجاد یک رابطه دوستی عمیق و حقیقی می باشد. در این حالت احساس دلسوزی، رفاقت، گرمی، مهر و علاقه و هیجانات مثبت وجود دارد. اما احساس شور و شوق (شهوت) و تصمیم/تعهد وجود ندارد.
- شیفتگی (دل‌باختگی): در این نوع عشق بعد شور و شوق (شهوت) بر روابط افراد یا احساس یک فرد نسبت به دیگری حاکم است. یک حالت شدید شور و اشتیاق است که در آن فرد به شدت و به طور افراطی مجذوب شده، درحالی که تعهد و

صمیمیت واقعی وجود ندارد. در این حالت فرد به صورت وسواس گونه از طرف مقابل شخص ایده آلی می‌سازد. در این نوع عشق درجه بالایی از برانگیختگی فیزیولوژی و روانی وجود دارد. این نوع عشق با وصل به معشوق به شدت پایان می‌پذیرد و ممکن است به تنفر تبدیل شود.

- عشق پوچ (تهی): در این نوع عشق فقط بعد تصمیم/تعهد وجود دارد و سایر ابعاد وجود ندارد یا بسیار کم‌رنگ است. به طور معمولی این نوع عشق در یک رابطه بلند مدت راکد وجود دارد که در آن زوجها رابطه هیجانی و عاطفی متقابل را از دست داده‌اند و یا آنقدر با هم مانده‌اند که به همدیگر عادت کرده‌اند یا به علت ترس از بی کسی و یا به خصوص برای فرزندان با هم می‌مانند. همچنین این نوع عشق در ازدواج‌های از پیش ترتیب داده شده نیز دیده می‌شود.
 - عشق رمانتیک: این نوع عشق ترکیبی از صمیمیت و شور و شوق است که بر اساس دو جنبه جذابیت فیزیکی و عاطفی استوار است. نوعی احساس نزدیکی، قرابت و پیوند بین دو زوج است. در این حالت اعتماد بسیار بالایی نسبت به همسر وجود دارد و به لحاظ عاطفی به شدت به او نزدیک است. در این نوع عشق خود افشایی بسیار بالاست و شخص بدون ترس از طرد شدن، عقاید و افکار خود را با همسرش در میان می‌گذارد و زمانی که افکار و احساس خود را برای طرف مقابل ابراز می‌دارد، حالت شور و شوق را در اوج خود تجربه خواهد کرد. با این حال به دلیل نداشتن بینش و تعهد، امکان تداوم این عشق اندک است و در صورتی که رابطه به علت ارضای نیازهای زوجین تداوم یابد به مرور زمان تعهد در روابط آن‌ها به وجود می‌آید.
 - عشق رفاقتی: این نوع عشق ترکیبی از صمیمیت و تعهد است. یک رابطه دوستانه پایدار، طولانی مدت و متعهدانه که همراه با مقدار زیادی صمیمیت است. در این نوع عشق تصمیم بر آن است که شخص همسرش را دوست داشته باشد و به باقیماندن او متعهد می‌باشد. این نوع عشق همراه با بهترین روابط دوستانه است که رفتار شهوانی در آن نیست یا خیلی کم‌رنگ است و رفتار عطوفت و رزانه در آن دیده نمی‌شود. بسیاری از عشق‌های آرمانی که دوام یابد و پایدار شود، تبدیل به عشق رفاقت آمیز خواهد شد. این نوع عشق بین دو همکار که سال‌ها با یکدیگر کار کرده‌اند یا بین یک زوج که دارای فرزندان هستند مشاهده می‌گردد.
 - عشق ابلهانه: این نوع عشق، از ترکیب شور و شوق (شهوت) و تصمیم/تعهد به وجود می‌آید و صمیمیت در آن دیده نمی‌شود. زوجین صرفاً بر اساس حالت شور و شوق (شهوت) نسبت به هم متعهد هستند و رابطه صمیمانه و عاطفی عمیقی با همدیگر ندارند. این حالت گردبادی از هیجانات است که زود فروکش می‌کند. استرنبرگ معتقد است در این حالت افراد در نگاه اول عاشق یکدیگر می‌شوند و خیلی زود بدون اینکه همدیگر را بشناسند به داشتن یک رابطه طولانی متعهد می‌گردند. این عشق خیلی شدید و اغلب وسواس گونه است. فرد نمی‌تواند فکر خود را از او رها کند، شدیداً آرزو می‌کند به او نزدیک شود، او را لمس کند و با او در هم آمیزد و با این تخیلات به فرد حالت شوریدگی دست می‌دهد.
 - عشق کامل (آرمانی): این نوع عشق ترکیبی از سه حالت صمیمیت، شور و شوق (شهوت) و تصمیم/تعهد است. در این حالت فرد همسر خود را به عنوان یک انسان دوست می‌دارد و به او احترام می‌گذارد، به او متعهد است و از طریق برقراری ارتباط درست با او احساس نزدیکی می‌کند. رفتار دوستانه، رفاقت آمیز، محبت آمیز و مراقبت آمیز خواهد داشت. روابط زناشویی همراه با تعهد به وفاداری و اوج لذت بدون احساس گناه تجربه می‌شود. استرنبرگ (۱۹۸۸) عنوان می‌کند رسیدن به این مرحله خیلی آسان‌تر از نگهداشتن آن است (۳).
- حال اگر هر کدام از آیتم‌های عشق دچار مشکل بشود، زوجین تعارض را تجربه می‌کنند. تعارض عبارت است از عدم توافق و مخالفت دو فرد با یکدیگر، ناسازگاری و هم چنین ستیزه‌ای بین افراد در اثر منافع ناهمسو و اختلاف اهداف و ادراکات مختلف (۴).

تعارضات زناشویی نوعی ناسازگاری مداوم و معنادار بین دو همسر است که حداقل به وسیله یکی از آنها بروز داده می‌شود. منظور از معنی دار؛ یعنی تأثیر این مسئله بر عملکرد همسران و منظور از مداوم یعنی اختلافاتی که به مرور زمان از بین نمی‌رود. زوج‌های متعارض از عادات و شخصیت همسر خود ناراحت بوده و دارای مشکل ارتباطی در حوزه‌های گوناگون هستند و پذیرش تفاوت‌های همدیگر برای آنها دشوار می‌شود. در زمینه تأثیرات مخرب تعارض زناشویی می‌توان به پیامدهای جسمی و روانی گسترده‌ای از قبیل خطر فزاینده انواع اختلالات روانی مانند افسردگی، ناکارآمدی مشکلات رفتاری، کاهش ایمنی بدن، افزایش فشار خون، تصلب شرایین و درد ناشی از بیماری‌های مزمن، هم چنین پدیده‌های خشونت و سرانجام طلاق اشاره کرد که تنها بخشی از عوارض هستند که در اثر تعارضات زناشویی به وجود می‌آیند (۵).

از مسائل مهم زنان دارای تعارض، مسئله تاب‌آوری می‌باشد. تاب‌آوری را یک فرایند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز علی‌رغم شرایط تهدیدکننده می‌توان نامید. در واقع تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (۶). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی-معنوی، در مقابل شرایط مخاطر آمیز می‌باشد. نوعی ترمیم خود، که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. از این رو نمی‌توان آن را معادل بهبودی دانست چون در بهبودی، فرد پیامدهای منفی و مشکلات هیجانی-عاطفی را تجربه می‌کند (۷).

شیوه‌های مقابله آن‌ها با تعارضات زناشویی یکی از عوامل مهم تعیین‌کننده رضایت و دوام زندگی زوجی آن‌هاست. هماهنگی هر دو زوج و شیوه‌های مقابله‌ای یکسان و مؤثر آن‌ها، یک عامل مؤثر در ایجاد همخوانی برخوردار با شرایط تنش‌زا است (۸). فولکمن و لازاروس (۱۹۸۵) مقابله را فرایندی پیچیده می‌دانند که با توجه به ارزیابی‌هایی که فرد از موقعیت استرس‌زا و فشارهای آن موقعیت دارد، تغییر می‌کند و تلاش‌های رفتاری - شناختی فعال فرد را در بر می‌گیرد (۹). پژوهشگران معتقدند که بیشتر مردم ترجیح می‌دهند تا از روش‌های مقابله‌ای خاصی در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده کنند که در واقع مجموع این راهبردها، سبک‌های مقابله‌ای فرد را شکل می‌دهد (۱۰). از نظر لازاروس مقابله، دو کارکرد مهم دارد: تنظیم هیجان‌های ناگوار و در پیش گرفتن کنشی برای تغییر و بهبود مسئله‌ای که باعث ناراحتی شده است (۱۱). با عنایت به این مهم که از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی، سلامت جسمانی؛ رضایت از زندگی؛ رضایت از روابط زناشویی؛ رفاه اقتصادی و محیطی؛ روابط خوب فامیلی؛ دوستان؛ رضایت شغلی می‌باشند، زنان دارای تعارض به دلیل قرار گرفتن در شرایط بحرانی در این موارد دچار مشکل می‌شوند. برای افزایش و مقابله با این مشکلات مربوط به زندگی زنان از جمله تعارضات زناشویی، رویکردهای متعددی از قبیل رویکرد روان‌تحلیلی، شناختی رفتاری، آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، دلبستگی و روابط شی، هیجان‌مدار و آموزش مدار مطرح شده است (۱۲). طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل درمان‌های شناختی رفتاری، مدیریت استرس، پسخوراند زیستی، روان‌درمانی حمایتی، کنترل خشم، بازسازی شناختی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان اثربخش بوده‌اند (۱۳).

کیفیت زندگی یک مجموعه پیچیده از واکنش‌های فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است که بر روی زندگی طبیعی تأثیر می‌گذارد (۱۴). در واقع شاخصی است که به طور گسترده برای ارزیابی مداخلات بالینی و اجتماعی، اثرات و عوارض درمان و بیماری‌ها استفاده می‌شود و استفاده از آن روز به روز افزایش می‌یابد (۱۵). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برابری طیف‌های مختلف زندگی مانند عوامل تعیین‌کننده سلامت، شادی، آموزش دستاوردهای اجتماعی و هوش، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم تعریف می‌کند (۱۶).

در این رویکرد، اصول و مهارتهایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. در این الگو درمان در مورد کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی-رفتاری در

¹ Folkman S, Lazarus RL,

پنج مفهوم اصلی انجام می شود. در این روش با ایجاد رضایتمندی بین فاصله موجود بین آنچه که شخص می خواهد و آنچه که دارد، کیفیت زندگی افزایش می یابد (۱۷).

اهمیت این تحقیق در این است که با مطالعه اثربخشی آموزش های کیفیت زندگی زنان دارای تعارض و در نظر گرفتن ویژگیهای فردی و خانوادگی آنان، مشاوران و مسئولین مربوطه می توانند با در نظر گرفتن این رابطه برنامه های توانمندسازی کارآمدتری را برای آنان در نظر بگیرند و بر سطح کیفیت زندگی آنان تاثیر بیشتری بگذارند و گامی مثبت در جهت بهبود وضعیت رفاهی؛ اجتماعی و کاهش سطح تعارض زندگی این افراد بردارند.

مواد و روش ها:

ابتدا آزمودنی ها که تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای تعارض مراجعه کننده به مرکز مشاوره تخصصی در شهر مشهد بودند، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل نابرابر می باشد. این طرح از دو گروه تشکیل شده و بعد از اینکه در معرض متغیر مستقل قرار گرفتند مورد مقایسه قرار می گیرند. سپس نمونه به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند و با استفاده از ابزار پژوهش از آنها پیش آزمون گرفته شد. سپس، مداخله های درمانی آموزش مهارت های مبتنی بر کیفیت زندگی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان دوره درمان، از هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش پس آزمون انجام شد و در انتها نتایج پیش آزمون و پس آزمون دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید. در این پژوهش قبل از اجرای طرح درباره مسایل اخلاقی از جمله محرمانه بودن اطلاعات (تعهد کتبی از شرکت کنندگان برای عدم نشر اطلاعات بقیه اعضای گروه و عدم ملاقات یکدیگر در خارج از گروه درمانی)؛ تخصیص تصادفی شرکت کنندگان در گروه ها؛ حق خروج از تحقیق در هر زمانی که تمایل داشتند، صحبت شد. ملاک های ورود به طرح حاضر، تشخیص تعارض زناشویی به وسیله مصاحبه بالینی، سابقه حضور در مرکز قبل از ورود به پژوهش، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و ملاک های خروج از پژوهش، عقب ماندگی یا تشخیص اختلالات روانشناختی و تشخیص وابستگی به مواد و نارضایتی از نوع برگزاری جلسات آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی می باشند.

ابزار پژوهش:

مقیاس سبک های مقابله ای لازاروس (۱۹۸۸):

پرسشنامه سبک های مقابله ای که توسط لازاروس (۱۹۸۸) تهیه شده است، شامل ۶۶ گویه می باشد و هشت راهبرد رویارویی را می سنجد. این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش های مسئله مدار و هیجان مدار تقسیم شده است. (فریش، ۲۰۰۶). پرسشنامه لازاروس در ایران بر روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است. همچنین برای بررسی پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس هایی از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می باشد. که نشان می دهد این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. فولکن و لازاروس در یک تحقیق پایایی به روش همسانی دورنی ۰/۷۵، پایایی خرده مقیاس های آن را از ۰/۶۱ برای روش مقابله دوری جویی تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد مثبت گزارش کرده اند. آقاییوسفی (۱۳۸۰)، در یک تحقیق پایایی این پرسشنامه را با روش همسانی دورنی، آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است.

مقیاس تاب آوری کانر و دایویدسون (۲۰۰۳):

این پرسشنامه را کانر و دایویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۹۷ حوزه تاب آوری تهیه کردند. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است که توسط کانر و دایویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. برای هر سؤال طیف درجه بندی پنج گزینه ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس اگر چه تعداد مختلف تاب آوری را می سنجد ولی دارای یک نمره کل می باشد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون

در گروه های مختلف (عادی و خطر) احراز گردیده است (کانر و دایویدسون، ۲۰۰۳). کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است.

یافته ها:

یافته های نشان می دهد که میانگین سنی گروه آزمایشی ۳۲/۵۵ و انحراف استاندارد ۴/۲۴ و گروه کنترل ۳۷/۲۵ و انحراف استاندارد ۴/۵۸ و فراوانی سطح تحصیلات گروه آزمایشی دیپلم ۶ و لیسانس ۷ و فوق لیسانس ۲ و گروه کنترل دیپلم ۵ و لیسانس ۸ و فوق لیسانس ۲ می باشد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی دو گروه در متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	آماره	سبک مقابله هیجان مدار	سبک مقابله مسئله مدار	تاب آوری	سطح معناداری
آزمایش	میانگین	۱۰۶/۴۴	۱۱۱/۶۳	۶۲/۰۵	۰/۰۰۱
	انحراف استاندارد	۳/۲۹	۲/۹۸	۱/۰۹	
کنترل	میانگین	۸۲/۳۳	۹۴/۷۷	۶۵/۵۵	۰/۰۰۱
	انحراف استاندارد	۲/۷۴	۲/۳۶	۱/۳۹	
آزمایش	میانگین	۱۱۶/۴۳	۱۲۰/۴۲	۷۷/۲۳	۰/۰۰۱
	انحراف استاندارد	۲/۰۸	۲/۳۳	۱/۳۳۳۷	
کنترل	میانگین	۸۴/۵۱	۹۰/۴۶	۶۵/۸۵	۰/۰۰۱
	انحراف استاندارد	۲/۵۲	۲/۴۰	۱/۳۴۸۴	

($p < .05$)

در جدول فوق، داده های توصیفی دو گروه آزمایشی و کنترل در پیش از آزمون و پس از آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای دو گروه

متغیر	F	سطح معناداری
سبک مقابله ای هیجان مدار	۱/۲۱	۰/۴۷
سبک مقابله ای مسئله مدار	۱/۱۸	۰/۵۴
تاب آوری	۱/۸۵	۰/۷۱

($p > .05$)

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی دار می باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تایید می شود. پس از بررسی این مفروضات به منظور مقایسه نمرات دو متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

جدول ۳. میانگین های اصلاح شده با روش کوواریانس

گروه	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
کنترل	سبک مقابله ای هیجان مدار	۸۵/۷۳	۰/۵۲۱	۸۵/۰۰۱	۸۷/۰۵۰
آزمایش	مدار	۱۱۸/۶۶	۰/۵۲۱	۱۱۸/۰۰۱	۱۲۰/۰۰۱
کنترل	سبک مقابله ای مسئله مدار	۹۱/۰۹	۰/۵۲۱	۹۰/۰۵۰	۹۲/۰۶۵
آزمایش	مدار	۱۲۰/۹۰	۰/۵۲۱	۱۱۹/۰۲۰	۱۲۲/۰۴۰

۶۷/۰۳۲	۶۵/۰۱۲	۱/۴۳۸	۶۶/۳۸	تاب آوری	کنترل
۷۹/۸۶	۷۷/۰۴	۱/۴۳۸	۷۸/۱۵		آزمایش

(p>۰/۰۵)

بررسی میانگین های اصلاح شده با روش کورایانس نشان می دهد که میانگین سبک مقابله ای هیجان مدار در گروه کنترل ۸۵/۷۳ و در گروه آزمایش ۱۱۸/۶۶ است. همچنین میانگین سبک مقابله ای مسئله مدار در گروه کنترل ۹۱/۰۹ و در گروه آزمایش ۱۲۰/۹۰ و این تفاوت بیانگر این است که گروه آزمایش از سبک مقابله ای بهتری در هر دو زمینه برخوردار می باشد. بررسی میانگین های اصلاح شده با روش کورایانس نشان می دهد که میانگین در متغیر تاب آوری در گروه کنترل ۶۶/۳۸ و میانگین در گروه آزمایش در همان ۷۸/۱۵ می باشد که این یافته ها حاکی از اثربخشی آموزش مهارت های مبتنی بر کیفیت زندگی بر تاب آوری زنان دارای تعارض می باشد.

بحث:

طبق نظریه رودریگو و همکاران (۲۰۰۵) درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، یکی از حوزه های بسیار مهم و ارزشمند در داشتن رضایت زناشویی بهتر را نقش ارزشها، اهداف و یا زندگی معنوی می داند. افراد در طول جلسات یاد می گیرند که چگونه بین اهداف معنوی و غیر معنوی خود تفاوت قائل شوند و به این بینش برسند که در طول روز نیاز است که بخش هایی از زمان خود را برای ارزش های خود قرار دهند و با آفرینش دوباره نقشه زندگی و یا طرحواره های فکری جدید به یک جهان بینی منسجم درباره خود و جهان برسند و به کارکرد اصلی معنویت یعنی خوش بینی، اشراف پیدا کنند. به عبارت دیگر معنا داری زندگی به گونه ای غیر مستقیم و در تماس با امید می تواند سبب افزایش سازگاری و رضایت زناشویی شود. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان ذکر کرد که افرادی که در برنامه ی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی شرکت می کنند مهارتهایی را می آموزند که حمایت از همسر را بهبود می بخشد و بر حل مشکلات میان فردی تاکید دارد. علاوه بر این موارد، مهارت های ارتباط مثبت، تقسیم وظایف و توافق که از این مهارتها منتج می گردد به طور مثبت با سازگاری زناشویی شرکت کنندگان در برنامه ی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ارتباط دارد (۱۸).

در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از مهارتهایی استفاده می شود که میزان استفاده افراد از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت را افزایش می دهد، از جمله این مهارتها افزایش آگاهی و مدیریت استرس بوده است. تکنیک توجه به نعمت ها در افراد حس آگاهی از خود ایجاد می کند که این به خودی خود موجب افزایش توجه به توانایی خود می شود و از تاکید فرد به ضعف های خود می کاهد. همچنین، موجب افزایش آگاهی افراد از هیجانها خود می شود و آنها را نسبت به هیجانها خود واقف می سازد. (۱۹).

مطابق با نظریه عشق سه وجهی استرنبرگ، تعهد بدون صمیمیت و شهوت زناشویی زن و شوهر صرفا جهت تعهد حقوقی همدیگر را فقط تحمل می کنند اما عشق با سه مؤلفه شهوت و صمیمیت و تعهد کنار یکدیگر باعث می شوند که زن و شوهر نیازهای عاطفی خود و همسر خود را تامین کرده و احساس رضایت از زندگی زناشویی خود داشته باشند (۲۰).

طبق نظر جانوسکی و همکاران (۲۰۱۴) برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف بر روی ارتباطات خانوادگی نیز تأثیر می گذارد. کیفیت زندگی ضعیف موجب به کارگیری ساز و کار های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد می شود و در نتیجه موجب افزایش تنش در آنان می گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی است و شدت بیماری در افراد را افزایش می دهد (۲۱).

و همچنین، طبق نظر فریش (۲۰۱۱)، در نظریه کیفیت زندگی ارزش یا اهمیتی که به حیطه خاصی از زندگی داده می شود، بازتاب آرزوها و اهدافی است که بیش از هر چیز دیگر مورد علاقه فرد هستند و بر قضاوت ها و ارزیابی کلی از رضایت مندی از زندگی تأثیر شگرفی دارند. هنگام ناامیدی از یک جریان یا معنی در یک وضعیت دشوار، می توان معانی و جریان های دیگری را یافت که شرایط را تحمل پذیر گرداند؛ به شرطی که به راه های موجود دیگر برای خود باور داشته باشیم؛ خوش بین باشیم

و برای کشف این راه ها تلاش کنیم و در بهبود کیفیت زندگی نیز اصول شادمانی را به خوبی به کار گیریم. این رویکرد درمانی با ایجاد این باورها می تواند منجر به بهبود صمیمیت زناشویی زنان و سبکهای مقابله ای آنان شود (۲۲). در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی بر تاب آوری زنان دارای تعارض، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های از قبیل حاتمی (۲۳)، هلر (۲۴)؛ کینگ (۲۵) منطبق می باشد. همانگونه که در نظریه هو و همکاران (۲۰۱۲) بیان می شود که افرادی که از سطوح تاب آوری پایینی برخوردار باشند در مقابل رویدادهای تنش زا مقاومت کمتری دارند و در نتیجه بیشتر مستعد آسیب روانی می باشند. علت این امر را نیز می توان چنین بیان نمود که چون مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی بعنوان یک عامل مداخله ای موجب افزایش توان فرد در مقابله با موقعیت تنش زا می گردد، لذا این نوع از روش درمانی، سازگاری و در پی آن تاب آوری فرد را افزایش می دهد (۲۶).

نتیجه گیری:

نتایج پژوهش جاری در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی بر سبک مقابله ای در زنان دارای تعارض، با نتایج پژوهش های نصر اصفهانی، شفیع آبادی، پیرانی (۲۷)؛ استوبر (۲۸)؛ تائو پنگ و همکاران (۲۹) منطبق می باشد.

محدودیت ها و پیشنهاد ها:

تعداد محدود شرکت کنندگان در طرح که از محدودیت های روش شناختی طرح می باشد، موجب محدودیت تعمیم پذیری طرح شد. همچنین پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی با استفاده از طرح های آزمایشی حقیقی میان آزمودنی به ارزیابی دقیق تر روایی این روش در تقویت تاب آوری و سبک های سالم مقابله ای پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می شود که از این روش جهت بهبود ارتباط مؤثر زوجین و ارتقاء کارکرد های زناشویی زوج ها بکار گرفته شود.

تشکر و قدردانی:

از همه بزرگوارانی که در تدوین این اثر علمی به بنده کمک کردند، نهایت سپاسگزاری و قدردانی را دارم.

تضاد منافع:

هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References:

- 1- Ahern NR.(2017).Resiliency in adolescent college students.A dissertation in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the school of nursing. Florida: University of Central Florida.
- 2- Worthington, E. L, (2020). The psychology of unforgiveness and forgiveness and implications clinical practice, *Journal of Social and clinical psychology*, 18 , 358-418.
- 3- Edvard, N. B. & Baucom, D. H. (2018). Enhanced cognitive-behavior therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: American Psychological Association
- 4- Bogar CB, Hulse-Killachy D.(2016). Resiliency determinates and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *J Counseling Dev.* 84(3):31-27
- 5- Zehui, H., Gaetano, M., Aihua, O., Hongxia, I., Lin, M., Ying, H., Yongmei, L., Liyun, S (2020). Factors affecting health-related quality of life in patients with skin disease: crosssectional results from 8,789 patients with 16 skin diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01542-6>
- 6- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2013). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

- 7- Ezati A, Nori R, Hasani J.(2010).Pattern structural relationships social support, Coping strategies and social labels with symptoms of depression in infertile women in Tehran. *Women's magazine and Infertility*.(16)45:(20-28).
- 8- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2014). Emotional Control, Styles of Coping with Stress and Acceptance of Illness among Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *Stress and Health*, 30(1), 34-42
- 9- Faircloth, WB; Schermerhorn, A.C; Mitchell, P.M; Cummings, J.S; & Cummings Em.(2011). Testing the long term efficacy of a prevention program for improving marital conflict in community families. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(4): 189-197
- 10- Filip. J.A. (2013). Attachment, marital interaction, and relationship satisfaction: A diary study. *Journal of the international association for relationship research*. 9 (39-55)
- 11- Goldin, P. R. & Gross, J. J. (2010). Effects of Education Based on Quality of Life on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.
- 12- Gottman, J. M. and Levenson, R. W. (2008). The timing of divorce: predicting when a couple will divorce over a 14- year period. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 737-745
- 13- Greeson, J. M., Brainard, G. C., Rosenzweig, S. (2018). of Education Based on Quality of Life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- 14- Heavey, C. L.; Christensen, A and Malamuth, N. M. (2007). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(5), 797801.
- 15- Hodges HF, Keeley AC, Troyan PJ.(2008). Professional resilience in baccalaureate-prepared acute care nurses: first steps. *Nurs Educ Perspect*. 29(2):80-9.
- 16- Izadifard R, Sepasiashtiani M.(2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy with problem solving skills in reducing symptoms of anxiety. *Journal of Behavioral Sciences* . 4(1): 17-23. (Persian).
- 17- Pradhan, E., Baumgarten, M., & Langenberg, P. (2009). Effect of Education Based on Quality of Life in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 15;57(7) , 1134-42.
- 18- Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL.(2005). A randomized evaluation of quality- of- life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of transplantation*. 5 (10): 2425- 32
- 19- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93(2), 119
- 20- Ransley, C & Spy, T, (2014). *Forgiveness and the healing process; A clinical therapeutic concern*, New York, Bruner- Routledge.
- 21- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2014). Emotional Control, Styles of Coping with Stress and Acceptance of Illness among Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *Stress and Health*, 30(1), 34-42
- 22- Frisch, Michael b.(2011). *Iranian therapy based on improving the quality of life*. Vol. (Translation of the Khamse). Tehran: Venerable
- 23- Hatami Varzaneh, A., Esmaily, M., Farahbakhsh, K. and Borjali, A. (2016). A theoretical framework of divorcing couples experience. *Journal of Research & Health*; 6(3), 362- 372
- 24- Heller, D., Watson, D., and Ilies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological Bulletin*, 130(4), 574-600.
- 25- King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA.(2008). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol*74(2):420-34
- 26- Howe A, Smajdor A, Stöckl A.(2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Med Educ*.46(4):349-56
- 27- Esfahani N, Etemadi A, Shafiabadi A.(2016). Survey the effect meaning-centered training on marital intimacy. *Journal scientific University of Medical Sciences of Qazvin*.(17)1:(43 -47.) . (Full Text in Persian).
- 28- Steuber KR. & High A.(2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Hum Reprod*.;30(7):1635-42.
- 29- Tao Peng, Coates, Rosemary & Maycock, Bruce.(2015). Investigating Marital Relationship in Infertility: A Systematic Review of Quantitative Studies. *J Reprod Infertil*. 13(2): 71-80