

اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض

زناشویی شهر کرمانشاه

زهرا چهری^۱، شیما پرن‌دین^۲

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اسلام‌آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام‌آباد غرب، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره سی و یکم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۸، صفحات ۲۰-۱

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام گرفت. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. در پژوهش حاضر از نمونه در دسترس و با اجرای پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و مقیاس کیفیت زندگی، ۳۰ نفر از زنان که دارای تعارض زناشویی بالابودند به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و به روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش مهارت‌های مدیریت استرس هفته‌ای دو بار به مدت ۴۵ دقیقه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و مشارکت‌کنندگان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. تحلیل یافته‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مستقل نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس باعث افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان شده است. مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر بودن آموزش مهارت‌های مدیریت استرس در ارتقاء تاب‌آوری و کیفیت زندگی این زنان می‌باشد. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، در افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: مدیریت استرس، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، تعارض زناشویی، زنان.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره سی و یکم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۸

مقدمه

مسئله ازدواج و زناشویی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوعات مورد توجه جامعه بشری است و اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که افراد در بزرگسالی قبول می‌کنند. در واقع ازدواج مهم‌ترین و بنیادی‌ترین رابطه‌ی انسانی است (اس پارک^۱، ۲۰۱۲). به علاوه، انتخاب همسر و انعقاد پیمان زناشویی، هم نقطه عطفی در رشد و هم پیشرفت شخصی تلقی می‌شود. ازدواج، نیازمند همکاری، همدلی، وحدت، علاقه، مهربانی، بردباری و مسئولیت‌پذیری است. با شروع ازدواج و ایجاد رابطه زناشویی، رضایت زناشویی به متغیری مهم در رابطه با کیفیت ازدواج بدل می‌شود. آنچه در ازدواج و یگانگی زن و مرد مهم است سازگاری زناشویی و رضایت از ازدواج می‌باشد. مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده بهداشت روانی افراد متأهل، روابط با همسر است. همسر عنصر اصلی زندگی عاطفی و اجتماعی فرد است و نداشتن سازگاری زناشویی به توانایی زوجین برای برقراری روابط توأم با رضایت و خشنودی با فرزندان و همچنین سایر افراد خانواده آسیب می‌رساند. روابط مطلوب توأم با رضایت در درون خانواده به سازگاری مؤثر افراد در موقعیت گوناگون یاری می‌رساند و از طرف دیگر تعارضات زناشویی، زمینه آسیب روانی را فراهم می‌کند (گودرزی، ۱۳۹۴). در اینجا منظور از استحکام خانواده دو مؤلفه‌ی رضایت زناشویی و عدم تعارض زناشویی می‌باشد. عوامل مختلفی بر استحکام و دوام خانواده تأثیر می‌گذارند که از جمله آن‌ها تاب‌آوری است، که یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه‌ی روان‌شناسی مثبت نگر است و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (لوتار و چیچیتی^۲، ۲۰۰۰؛ مستن^۳، ۲۰۰۱) و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملايمات زندگی است (بونانو^۴، ۲۰۰۴). در واقع تاب‌آوری از سازه‌های بنیادی شخصیت است که دربرگیرنده قابلیت‌های فردی در رویارویی، عقب‌نشینی و ازسرگیری دوباره و تلاش و مقابله با مشکلات می‌باشد (نادری، حیدری

¹- S.Park

²- Luthar & cichiti

³- Masten

⁴- Bonanno

و مشعل پور، ۱۳۹۰). همچنین تاب آوری را به معنای مهارت‌ها و خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. فرد تاب آور به‌طور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره‌ی حل مسائل است، یعنی هر وقت که نیاز داشته باشد از افراد دیگر کمک می‌خواهد و در حل مشکلات مربوط به خود و دیگران کاردانی نشان می‌دهد. افراد تاب آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان می‌دهند. آن‌ها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند. آن‌ها وقتی از محیطشان انتقاد دارند، قادر هستند که نظراتشان را به دیگران انتقال دهند. آن‌ها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی‌هایشان را برای تغییر دادن محیطشان باور دارند (آلورد^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه تاب آوری به‌عنوان یک مفهوم دویعدی یعنی اهمیت ناگواری و سازگاری مثبت در نظر گرفته می‌شود، تاب آوری نیز می‌تواند بر روی کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیرگذار باشد (لوتار، ۲۰۰۶؛ تاگید و فردریکسون^۲، ۲۰۰۴؛ کارل و چسیون^۳، ۲۰۰۴). از سوی دیگر روابط بین زن و شوهر از عوامل مهم در کیفیت زندگی است (برومن^۴، ۱۹۸۸). حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود، بلکه ارتقاء کیفیت زندگی در زمینه‌های متعدد تلاش اصلی جوامع تلقی می‌شود (نواچک و تیلور^۵، ۱۹۹۲). کیفیت زندگی مفاهیم عمده‌ای را که موجب رضایت کلی از زندگی می‌شود در برمی‌گیرد. این مفاهیم شامل سلامتی، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی می‌باشد (پترمن^۶، ۲۰۰۸). ذکر این نکته لازم است که در بررسی کیفیت زندگی ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی (نوربرگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۹) و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از

1- Alvord

2- Tugade & Fredrickson

3- Carle & Chassion

4- Broman

5- Newa check & Taylor

6- Peterman

7- Norberg

اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی و توانایی کارکردن است (آلبرت^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست. در طول سالیان متمادی یافتن مفهوم حقیقی زندگی خوب و چگونگی دستیابی به آن، افکار و مطالعات فلاسفه را به خود معطوف داشته است. بر همین اساس از آغاز تاکنون تعاریف گوناگونی از زندگی خوب و کیفیت زندگی از سوی اندیشمندان و محققین ارائه شده است (هانستد^۲، ۱۹۹۹). سازمان بهداشت جهانی^۳ (۱۹۹۳) کیفیت زندگی را این گونه تعریف می کند: برداشت و درک افراد از موقعیت خود در رابطه با اهداف و نظام‌های ارزشی موردقبول آنان با توجه به شرایط عینی زندگی. (کینگ و هیندس، ۲۰۰۹؛ به نقل از میرشمسی، ۱۳۸۸) نیز کیفیت زندگی را به معنای چگونگی زندگی می داند که دربرگیرنده تفاوت‌های انحصاری افراد است و می تواند افراد را از یکدیگر متمایز گرداند. نتایج پژوهش گامریو^۴ و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داد که بین رضایت زناشویی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و افزایش رضایت زناشویی باعث افزایش کیفیت زندگی در تمامی ابعاد آن می گردد. از سوی دیگر، استرس در فرایند جدایی نقشی مهم ایفا می کند. استرس عبارت است از واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می شوند. تغییرات می تواند بزرگ یا کوچک باشند. پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است. استرس مثبت می تواند یک انگیزش دهنده باشد درحالی که استرس منفی می تواند درزمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می دهند، ایجاد شود. از آنجایی که گستره وسیعی از رفتارها می تواند بر استرس تأثیر بگذارد، می توان با یادگیری مهارت‌های لازم، استرس را کنترل کرد و با تغییر در سیستم ارزیابی فرد، میزان اختلافات زناشویی را کاهش داد؛ بنابراین بررسی آموزش مدیریت استرس در افراد دارای اختلاف زناشویی می تواند

¹- Albert

²- Hanstad

³- world Health organization Quality of life Group

⁴- Gameiro

نقشی مهم را در شناخت و مقایسه این گروه آسیب‌پذیر فراهم آورد. طرح مدیریت استرس در واقع یک نوع برنامه کنترل است که با استفاده از ریشه‌های بیولوژیکی استرس، شخص چگونگی مقابله با استرس را به‌منظور کاهش جنبه‌های ناخوشایند استرس، تهدیدهایی که آن‌ها را به‌منظور کنترل رشد استرس خوب و مفید است می‌آموزد. مهارت‌های زندگی این فرد را در برابر استرس محافظت کرده و مهارت‌های مدیریتی استرس از طریق یادگیری، استرس و جنبه‌های تهدید ناخوشایند آن را کاهش می‌دهد (مقیمسی و همکاران، ۱۳۹۳). لازاروس^۱ و همکاران نیز اعتقاد دارند افرادی که باور کنند هنگام مقابله با استرس منابع کمکی در اختیار دارند نسبت به استرس آسیب‌پذیری کمتری نشان خواهند داد (لازاروس، ۱۹۸۵). بلیاد و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان نقش خانواده اصلی در تمایز خود و تعارض‌های زناشویی نشان دادند که میان کارکرد خانواده اصلی و مؤلفه‌های آن (صمیمیت و استقلال) با تعارض‌های زناشویی و تمایز خود رابطه معنادار وجود دارد و کارکرد سالم خانواده اصلی همسران با کاهش تعارض‌های زناشویی و افزایش تمایز خود همراه است. آسنجرانی، گله‌دار پور، حسنی، دلاور نقابی، شاه وردی و رجامند (۱۳۹۵) در پژوهش خود تحت عنوان مقایسه رضایت از زندگی، سبک‌های مقابله با استرس و تاب‌آوری در زنان مطلقه پیشنهاددهنده طلاق و غیر پیشنهاددهنده طلاق به این نتیجه دست یافتند که زنان پیشنهاددهنده طلاق از رضایت از زندگی، سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری بالاتری نسبت به زنان غیر پیشنهاددهنده طلاق برخوردارند. با توجه به مطالب فوق و بررسی پیشینه‌های پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه آموزش مدیریت استرس و اثربخشی آن، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش مدیریت استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی مؤثر است؟

^۱- Lazarus

روش پژوهش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از زنان دارای تعارض زناشویی با اجرای پرسشنامه تعارض زناشویی باقر ثنایی، ۳۰ خانم که دارای تعارض زناشویی بالابودند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شد که به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به نمونه‌گیری مطلقه نبودن، عدم سابقه بیماری روانی بارز و داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش می‌باشد. معیارهای خروج از نمونه عدم رضایت و خستگی برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد پرسشنامه‌های پژوهش را به‌صورت کامل پرکرده و بعدازآن برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش جلسات آموزش مدیریت استرس را به‌صورت هفتگی به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد و بعد از یک ماه مجدداً پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان داده شد تا پر کنند و برای شرکت‌کنندگان در گروه کنترل جهت رعایت اخلاق یک جلسه اجرا شد. روش تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد، در بخش استنباطی از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شد. در این پژوهش به‌منظور بررسی فرضیات از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره (مانکوا) استفاده گردید. لازم به ذکر است که کلیه مراحل تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش مهارت‌های استرس

محتوای جلسات

- جلسه اول: معارفه و بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس و پیامدهای تداوم استرس و سپس آموزش تن آرامی و تنفس دیافراگمی
- جلسات دوم و سوم: ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آن‌ها به‌عنوان راهکاری جهت تغییر افکار غیرمنطقی آنان
- جلسه چهارم: آموزش مدیریت خشم
- جلسه پنجم: آموزش شیوه حل مسئله
- جلسه ششم: آموزش ابراز وجود و مهارت‌های ارتباطی
- جلسه هفتم: مدیریت بر زمان
- جلسه هشتم: مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده.

ابزار پژوهش شامل مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC؛ کانر-دیویدسون، ۲۰۰۳) که یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه‌ی تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج می‌سنجد. نتایج مطالعه‌ی مقدماتی مربوط به ویژگی روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. همسانی درونی، پایایی باز آزمایی و روایی همگرا و واگرا به مقیاس کافی گزارش شده‌اند. این مقیاس در فرم فارسی در مطالعات قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است (بشارت، ۱۳۸۶)؛ و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) که این پرسشنامه ۳۶ عبارتی توسط وار و شربون (۱۹۹۲) در کشور آمریکا طراحی شد، هدف از طرح این مقیاس ارزیابی حالت

سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. این پرسشنامه یک پرسشنامه معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می شود. پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۸ مقیاس می باشد: ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، قلمرو جسمی، سلامت روانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و درد بدنی می باشد. نمره حاصل در این پرسشنامه بین صفر تا صد می باشد. که هر چه نمره بالاتر باشد حاکی از بالاتر بودن کیفیت زندگی فرد می باشد. نقطه برش در نظر گرفته شده برای این مقیاس حدوداً ۶۶ می باشد (وار و شربورن، ۱۹۹۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعددی بررسی شده است و مطالعات متعددی در ایران نیز از آن استفاده کرده اند. وار و شربورن، ثبات درونی این پرسشنامه با بررسی آلفای کرونباخ ۰/۹۴ اعلام کرده اند. در ایران این پرسشنامه ترجمه شده است. در پژوهش منتظری و همکاران (۱۳۸۴) نشان داده شد که گونه فارسی ابزار کیفیت زندگی از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است و بر اساس روش آلفای کرونباخ پایایی زیرمقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). نمرات هر یک از سؤالات، شاخص ها و نمره کلی کیفیت زندگی بین دامنه صفر تا صد قرار دارد، که نمره صفر بدترین و نمره صد بهترین وضعیت کیفیت زندگی را نشان می دهد؛ و نیز پرسشنامه تعارض زناشویی که در سال ۱۳۷۵ بر اساس تجارب بالینی در ایران ساخته شده است. این پرسش نامه ۴۶ سؤالی است و برای سنجش تعارض های زن و شوهری استفاده می شود. این پرسش نامه هفت بُعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. پاسخ به سؤالات بر اساس طیف لیکرت بوده که به صورت هیچ وقت، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه می باشد و به صورت ۱ تا ۵ نمره گذاری می گردد. در این پژوهش نمره بیش تر به معنای تعارض بیش تر می باشد. کسانی که نمره خام آن ها در دامنه ۷۰ تا ۱۱۴ قرار گیرد (معادل نمره استاندارد T بین ۴۰ تا ۶۰) دارای روابط زناشویی بهنجار هستند و کسانی که نمره خام آن ها در دامنه ۱۱۵ تا ۱۲۴ قرار گیرد (معادل نمره استاندارد T بین ۶۰ تا ۷۰) دارای تعارض بیش از حد بهنجار و نمره خام ۲۳۵ و بالاتر (معادل نمره استاندارد T بالاتر از ۷۰) دارای تعارض شدید و یا روابط شدیداً آسیب پذیر

هستند. حداکثر نمره پرسش نامه ۲۱۰ و حداقل ۴۲ می‌باشد. حداکثر نمره‌ی هر خرده مقیاس مساوی با تعداد سؤال‌های آن خرده مقیاس‌ها ضرب در ۵ است. ضریب پایایی برای کل پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۵۳ و ۰/۸۰ و از طریق بازآزمایی ۰/۹۲ و برای ۷ خرده مقیاس آن از این‌قرار است: ۰/۷۳، ۰/۶۰، ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۶۵، ۰/۸۱ و ۰/۶۹ به‌دست‌آمده نمایانگر پایایی مناسب آن در جامعه ایرانی می‌باشد و هم‌چنین ضریب پایایی در پژوهش حاضر برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۷ و برای خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۵، ۰/۸۷، ۰/۹۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۸ شد که این پرسش‌نامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است.

یافته‌ها

با توجه به اینکه هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی بود، برای بررسی آن از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. آنچه مسلم است بیان این نکته است که قبل از انجام تحلیل کوواریانس باید پیش‌فرض‌های این آزمون تأیید شوند تا بتوان پاسخ درستی به سؤال تحقیق با این روش به دست آورد.

جدول ۲. آزمون نرمال بودن داده‌ها

آزمون شاپیرو-ویلک			آزمون کولموگروف-اسمیرنف			مرحله
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۲	۲۰	۰/۷۹	۰/۰۶	۲۰	۰/۱۹	پیش‌آزمون
۰/۱	۲۰	۰/۸۵	۰/۰۴	۲۰	۰/۲۲	پس‌آزمون

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد سطح معنی‌داری برای آزمون شاپیرو-ویلک بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است که با این محاسبه می‌توان داده‌ها را با اطمینان بالایی نرمال فرض کرد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

مرحله	آماره	df1	df2	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۴۶	۱	۲۸	۰/۵۶
پس آزمون	۲/۰۳	۱	۲۸	۰/۶۲

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که با توجه به اینکه مقادیر سطوح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است (۰/۵۶ و ۰/۶۲) بنابراین می‌توان گفت که شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۵/۴۲	۷۵/۳۱	۴۹/۵۲	۵/۳۱
تاب‌آوری	آزمایش	پس‌آزمون	۱۵	۴۴/۵۴	۱۰۱/۱۲	۷۷/۲۳	۲/۷۶
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۵۰/۳۴	۷۱/۱۱	۶۵/۱۳	۴/۶۶
کیفیت زندگی	آزمایش	پس‌آزمون	۱۵	۸۷/۱۱	۹۷/۵۵	۹۹/۰۸	۶/۱۲
تاب‌آوری	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹/۱۲	۹۸/۴۶	۸۵/۲۲	۳/۷۶
تاب‌آوری	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۲۸/۰۶	۹۹/۱۱	۸۳/۴۲	۳/۴۶
کیفیت زندگی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۵۸/۳۱	۷۵/۸۲	۶۹/۰۵	۳/۳۴
کیفیت زندگی	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۶۱/۴۶	۷۱/۰۷	۷۲/۰۲	۴/۳۹

همان‌گونه که در جدول ۴ آمده است، میانگین پیش‌آزمون تاب‌آوری در گروه آزمایش ۴۹/۵۲ بوده که در پس‌آزمون به ۷۷/۲۳ رسیده است، میانگین پیش‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۶۵/۱۳ بوده که در پس‌آزمون به ۹۹/۳۳ رسیده است و در گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون تاب‌آوری ۸۵/۲۲ و میانگین پس‌آزمون آن ۸۳/۴۲ بوده است، همچنین میانگین پیش‌آزمون کیفیت زندگی در گروه کنترل ۶۹/۰۵ و میانگین پس‌آزمون آن ۷۲/۰۲ بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (مانکوا)

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۲۳/۸۹	۱	۲۳/۸۹	۵/۱۵	۰/۰۴	۰/۲۷
گروه	۱۷۶/۲۳	۱	۱۷۶/۲۳	۴۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹
خطا	۶۴/۱۱	۱۷	۴/۲۶			
کل	۱۶۱۰۸۸/۲۳	۲۰				

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) و این بدان معنی است که آموزش مدیریت استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در نمونه موردبررسی تأثیر معناداری گذاشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از این است که آموزش مهارت‌های استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی تأثیر معنی‌دار داشته است. بر اساس میانگین نمرات می‌توان گفت که نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی در پس‌آزمون افزایش پیدا کرده است. هرچند پژوهش کاملاً مشابهی در توجه به نقش آموزش مهارت‌های استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی وجود ندارد، درعین حال پژوهش‌های بلیاد و همکاران (۲۰۱۴)، گامریو و همکاران (۲۰۱۱)، آسنجرانی

و همکاران (۱۳۹۵)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۵)، باقرنژاد و موسوی (۱۳۹۴)، اکبری و خدادادی (۱۳۹۲) و نادری و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مدیریت استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مؤثر است که با پژوهش حاضر همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افراد تاب‌آور در برابر استرس، عموماً دارای منبع کنترل درونی هستند، یعنی می‌توانند مسئولیت شرایط و مسائل خود را بر عهده گیرند خودشناسی مثبت دارند و نسبت به زندگی خوش‌بین هستند (گارمزی، ۱۹۹۱). بنابراین افرادی با این ویژگی‌ها در مقابل شرایط فشارزا و پر استرس از راهکارهای کارآمد و اثربخش استفاده می‌کند. اسکھیل (۲۰۰۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تاب‌آوری با استفاده از راهبردهای کنار آمدن کارآمد و مفید رابطه دارد. همچنین یکی از دلایل و تبیین‌های تأثیر مداخله‌های آموزش مدیریت استرس این است که اغلب این مداخله‌ها در سبک‌رفتار افراد تغییراتی ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد که تاب‌آوری از طریق ارزیابی میزان مجدد در شرایط استرس‌زا باعث تغییر در سبک‌رفتار و هیجانات افراد در بطن حادثه می‌شود. تاب‌آوری از میزان بزرگی تهدید در ارزیابی آن می‌کاهد و انتظار فرد را مبنی بر اینکه تلاش‌هایشان نتیجه‌بخش خواهند بود را افزایش می‌دهد. افراد با سرسختی بالا قادرند به شیوه مناسب‌تری با استرس کنار بیایند و همچنین بار دیگر تجارب متناقض خود را تنظیم و تفسیر کنند (بگبی، ۱۹۸۵). افراد تاب‌آور می‌توانند از طریق شایستگی‌های لازم برای حل مشکلات در شرایط بحران و استرس با استفاده از هیجان‌های مثبت و کم کردن هیجان‌های منفی به یک تعادل و وضعیت مناسب برسند. بنابراین پایین بودن تاب‌آوری و بالا بودن میزان اضطراب در آن‌ها تعجب‌آور نیست، لذا آموزش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند فرد را در مواقع بحرانی زندگی نظیر اختلافات، تعارضات و خشونت‌های خانگی از خطر مصون نگه دارد و از انواع بی‌نظمی‌های روحی و جسمانی، از طریق آسان کردن شرایط انطباق فرد با مسائل محیط افراد و بالا بردن تاب‌آوری در آن‌ها جلوگیری کند. آموزش مهارت‌های مدیریت استرس به زنان دارای تعارضات زناشویی کمک می‌کند تا بتوانند بر استرس‌های روانی خود غلبه کرده و از مشکلات خود بکاهند، که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس یکی از مهم‌ترین فاکتورهای سلامت روانی و اجتماعی است و زنانی که در برنامه‌ی آموزش مدیریت استرس قرار می‌گیرند توانایی کنترل فشارهای شدید زندگی را دارند و دارای زندگی شاداب‌تر،

سالم تر و مطلوب تری هستند و بدین وسیله آشفته‌گی‌های روانی و پریشانی فردی و همچنین سامان بخشیدن به تعاملات روزمره آنان مؤثر واقع می‌شود. از طرف دیگر پژوهش لویز، سی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد مهارت مدیریت استرس اثربخشی بیشتری روی نمرات کیفیت زندگی نسبت به آموزش‌های روانی داشته است. فرانک جی پند و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری تأثیر چشمگیری بر بهبود کیفیت زندگی دارد، مایکل اچ. آنتونی (۲۰۰۳) دریافت اثرات مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری در درازمدت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه ثابت شده است. جواهری (۱۳۸۹) دریافت میانگین نمرات گروه آزمایش بعد از مداخله‌ی مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری در بیماران زن مبتلا به صرع افزایش داشته است. نتایج مطالعه‌ی محققان (چوبفروش و همکاران، ۱۳۸۹) نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله‌ی مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری در گروه آزمایش افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل در زنان نابارور داشته است. در تبیین این یافته‌ها دایان فر (۱۳۸۴) نیز دریافت که کیفیت زندگی اندیشه‌ای بنیادی است و به شخص و محیط زندگی او توجه می‌کند، به استانداردهای عالی می‌اندیشد و در بردارنده‌ی مفاهیم مثبتی مانند خوشحالی، موفقیت، ثروت، سلامت و رضایت است. کیفیت زندگی عمومی دارای چهار بخش است. اولین بخش شامل مهارت‌های رفتاری است (فرد در حیطه‌ی سلامت خود و استفاده‌ی مناسب از زمان و رفتارهای اجتماعی تا چه اندازه خوب عمل می‌کند) که از طریق استانداردهای اجتماعی مورد قضاوت قرار می‌گیرند. دومین بخش شامل کیفیت محیطی است که از طریق معیارهای شخصی از قبیل آب‌وهوا و کیفیت مسکن مورد قضاوت قرار می‌گیرد. بخش سوم شامل کیفیت زندگی درک شده است که کاملاً ذهنی است و منعکس‌کننده‌ی ارزیابی خود فرد از سلامتی، خانواده، مسکن، محیط اطراف، استفاده از اوقات فراغت، دوستان و سایر جنبه‌های زندگی است. بخش چهارم شامل سلامت روان‌شناختی است که جنبه‌ی کلی از سلامت روان را در برمی‌گیرد و شامل مفاهیمی چون افسردگی، وضعیت عواطف مثبت و رضایت کلی از سلامت از زندگی است. از دیرباز بشر به دنبال آرمان‌شهری بوده که در آن با رضایت زندگی کند و از زندگی خود خشنود باشد. شادمانی، رضایت از زندگی و احساس ذهنی بهزیستی واژه‌هایی هستند که برای بیان این حالت به کار می‌رود. با توجه

به مطالب عنوان شده پژوهشگر در تبیین این فرضیه بیان کرد که وقتی کیفیت زندگی افراد بعد از مداخله افزایش پیدا می‌کند، محیط زندگی آنان هم تحت تأثیر قرار دارد و این بعد نیز به نوبه‌ی خود افزایش خواهد یافت. زمانی که افراد دارای سلامت جسمی، سلامت روان و روابط اجتماعی مناسب باشند، بنابراین در محیط زندگی خود که متشکل از ادراک خانواده، همسالان و محیط کار است، بهتر عمل خواهند کرد و توانایی لازم برای پیشبرد در کارها را خواهند داشت و باعث موفقیت آنان در زندگی‌شان خواهد شد، در نتیجه کیفیت زندگی بالایی خواهند داشت و خشنودی لازم را در زندگی خود دارند و به دنبال آن تعارضات زناشویی در آنان کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش تنها بر روی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمانشاه اجرا شد. در تعمیم داده‌ها و نتایج این پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردان نیز انجام شود و در صورتی که نتایج یکسانی به دست آید، از نتایج آن استفاده بیشتری به عمل آید و در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش‌های حاضر، روان‌شناسان و مشاوران در جریان این نتایج قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این مهارت‌ها در حوزه‌های دیگر زندگی زناشویی موردسنجش قرار گیرد. در نهایت امید است تا نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمانی در جهت کمک به زوجین دارای تعارضات زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- آسنجرانی، فرامرزی؛ گله‌دار پور، نسیم؛ حسنی اسطلخی، فرشته؛ دلاور نقابی، محمد، شاه وردی، محمد و رجامند، سولماز (۱۳۹۵). مقایسه رضایت از زندگی، سبک‌های مقابله با استرس و تاب‌آوری در زنان مطلقه پیشنهاددهنده طلاق و غیر پیشنهاددهنده طلاق. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دوره ۴، شماره یک، صص ۴۱-۳۴.
- افضل‌لی، خلیل (۱۳۸۳). مقایسه سازگاری زناشویی معلمان مرد دبستان‌های شهر اهواز براساس همسانی هیجان‌خواهی همسران‌شان با کنترل سن و طول مدت ازدواج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بخشی، حمید؛ اسدپور، محمد؛ خدادادی زاده، علی (۱۳۸۷). ارتباط رضایت از روابط زناشویی با افسردگی زوجین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال ۱۱، شماره ۲ (پای در پی ۴۳)، صص ۳۷-۴۲.
- باقیانی مقدم، محمدحسین (۱۳۹۰). بررسی نگرش جوانان در شرف ازدواج در رابطه با شناخت همسر آینده و زندگی مشترک در شهرستان بروجن. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۷(۶)، ۷۰۱-۶۹۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۴، ۸۳-۷۳.
- پیری کامرانی، مرضیه؛ دهقان، فاطمه و بشیری، حسن (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک‌شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. مجله سلامت و مراقبت، سال هفدهم، شماره چهارم، صص ۳۲۸-۳۱۹.
- جواهری، راضیه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین و زارع، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع گیجگاهی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۳(۲)، ۴۳-۳۲.
- چوب‌فروش زاده، آزاده؛ کلاتری، مهرداد و مولوی، حسین (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور. مجله زنان و مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۴، شماره ۱، صص ۲۱-۱۴.

- حسینیان، سیمین و شفیع‌نیا، اعظم (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حل تعارض بر کاهش تعارضات زناشویی، اندیشه‌های نوین تربیتی، سال اول، شماره ۴، صص ۷-۲۴.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال هشتم، شماره ۲۹، صص ۲۳۶-۲۰۷.
- موسوی، احمد (۱۳۸۹). عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی نظام خانواده، اندیشه و رفتار، تهران: نشر آستان قدس رضوی.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آزیتا و وحدانی‌نیا، مریم (۱۳۸۴). ترجمه، اعتبار فرم فارسی ابزار استاندارد SF-36؛ ۵ (۱): ۴۹-۵۶.
- میرشمسی، فاطمه (۱۳۸۸). ارتباط بین هوش و کیفیت معنوی زندگی برای دانشجویان فنی- دانشگاه آزاد مهندسی یزد در عموم مردم و در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- منصور، شهرام و ادیب‌راد، نسترن (۱۳۸۲). مقایسه بین تعارض زناشویی و ابعاد آن در مراجعین زن در مرکز خدمات مشاوره‌ای دانشگاه شهید بهشتی و زنان عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- نوری، انورالسادات (۱۳۸۹). عوامل تضعیف استحکام خانواده، فصلنامه‌ای در عرصه‌ی مطالعات زنان و خانواده، سال سوم، شماره ششم، صص ۸۷-۱۱۴.
- نادری، فرح؛ حیدری، علیرضا و مشعل‌پور، مرضیه (۱۳۹۰). رابطه انعطاف‌پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی و رضایت شغلی در کارکنان شهرداری اهواز. یافته‌های نو در روان‌شناسی، شماره ۹، صص ۷-۲۴.

- Albert, U., mania, G., Bogetto, F., Chiorle, A., Matain-Cols, D. (2010). Clinical predictors of health-related quality of life psychiatry *ClinicalNeuropsychiatry*, 51, 193-200.
- Anthony M, Ironson G, Schneiderman N. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders, counseling, stress management and education*. First Ed. Workbook Oxford University Press.
- Bagarozzi, D. (2001). Enhancing intimacy in marriage. USA: Brunner- Routledge.
- Bigbee, J.L. (1985). Hardiness: A new health perspective in health promotion. *Nurse Practitioner*, 10(11), 51-56.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss. Trauma and human resilience. American.
- Broman, C. L. (1988). Satisfaction among Blacks: The significance of marriage and parenthood psychologist. *Journal of Marriage and Family*, 50(1), 45-58.
- Carle, A.C., & Chassion, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholies: Its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Development Psychology*, (25), 577-596.
- Christine, B., & Diana, H. (2006). Resiliency Determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *J counseling and development*, 48 (3), 318-327.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of new resilience scale: the connor- Davidon, Resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18, 76-82.
- Gameiro, S., Nazaré, B., Fonseca, A., Moura-Ramos, M., & Cristina Canavarró, M. (2011). Changes in marital congruence and quality of life across the transition to parenthood in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*, 96(6), 1457-1462.
- Gottman, J., Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York: Three Rivers Press, 6- 47.

- Hanstad, B. (1999). The stability of quality of life experience in people with type 1 diabetes over a period of years. *Journal of nursing*, 12(3), 192.
- Lazarus R, Folkman S. (1985). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2001). The construct of resilience. Implications for interventions and social policies. *Development and psychology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American psychologist*, 56, 227-228.
- Moghim Islam, M., Jafari, P., & Hoseini, M. (2013). Impact of Stress Management Training on the Girl High School Student Academic Achievement. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 89, 22-26.
- Newacheck, P. W., & Taylor, W. R. (1992). Childhood chronic illness: prevalence, severity and impact. *American journal of public health*, 82, 364-371.
- Norberg, M. M., Calanari, J. E., Cohen, R.J. & Riemann, B.C. (2009). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25, 248-259.
- Nazare, B., Fonseca, S., Canavarro, M. G., Dauilo, F. M. (2011). Amniocentesis Due to Advanced Maternal Age: The Role of Marital Intimacy in Couples Decision-Making. *Contemporary Family Therapy* 33(2), 128-142
- Peterman, A. H., Cella, D., & Rothrock, N. (2008). Evaluation of health related quality of life.; [cited 2008 Nov 24], Available from: <http://www.uptodate.com/>.

- S.Park, S. (2012). "THE DEVELOPMENT OF THE MARITAL ATTITUDES AND EXPECTATIONS SCALE". THESIS. Department of Psychology, Colorado State University, Colorado.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, (86), 320-333.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C.D. (1992). The mos 36 – item – from health survey (sf &36).I Conceptual Framework and Item Selection, *Med Care*, 30(6), 473-483.
- Whooul Group (world Health organization Quality of life Group). (1993). Study protocol for world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQUOL) Quality of life Research 2.

The Effectiveness of Stress Management Training on Resiliency and Quality of Life in Women with Marital Conflict in Kermanshah

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of teaching stress management skills on resiliency and quality of life of women with marital conflict in the years of 1997-1999. In this study, a pretest-posttest design with control group was used. In the present study, 30 women with high marital conflicts were selected through purposeful sampling and were randomly assigned to two groups of experimental and control group (15) using the Kanner and Davidson resiliency questionnaire and the quality of life scale. The experimental group consisted of 8 sessions of training twice weekly stress management skills for 45 minutes on the experimental group and the control group participants were placed on the waiting list. Analysis of the findings using independent covariance analysis showed that training stress management skills increased the resilience and quality of life of women. The most important results of this research are the effectiveness of training stress management skills in improving the resilience and quality of life of these women. Therefore, it can be concluded that training stress management skills has been effective in increasing the resilience and quality of life of women with marital conflict.

Key words: stress management, resiliency, quality of life, marital conflict, women