

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر امیدواری و سلامت معنوی زوجین ارجاعی متقاضی طلاق در بهزیستی شهرستان ایلام

تاریخ دریافت: ۱۱/۰۵/۹۹- تاریخ پذیرش: ۰۶/۰۷/۱۴۰۰

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر امیدواری و سلامت معنوی زوجین ارجاعی متقاضی طلاق در بهزیستی شهرستان ایلام انجام شده است.

روش کار: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین متقاضی طلاق در شهرستان ایلام بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از زوجین بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر مدیریت استرس و گروه کنترل جایگزین شدند. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر مدیریت استرس به شیوهی گروهی طی ۸ جلسه بر گروه‌های آزمایش اجرا شد و افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه امیدواری شنایدر و همکاران و پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین می‌باشد که شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون، پس-آزمون و پیگیری به سؤالات آن پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آماری توصیفی، تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

نتایج: نتایج پژوهش بیانگر آن است که میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین میزان امیدواری و سلامت معنوی در گروه‌های آزمایش در مرحله پس آزمون به‌طور معنی‌داری متفاوت از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر مدیریت استرس از درمان‌های جدید و مطرح درمان تعارض‌های خانوادگی و زوجها است که توانسته است امیدواری و سلامت معنوی زوجین متقاضی طلاق را تغییر دهد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر مدیریت استرس، امیدواری، سلامت معنوی، طلاق

زهرا همتی^۱

وحید احمدی^{۲*}

شهرام مامی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

^۲ دکتری روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دکترای روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

Email: vahid.ahmadi234@gmail.com

مقدمه

طلاق از پدیده‌های نو ظهوری است که در سال‌های اخیر رواج یافته است و شاهد گسترش آن در کشورها و مناطق مختلف جهان و آسیب‌های ناشی از آن هستیم این پدیده طلاق معمولاً با بحران‌های عاطفی عمیق و مشکلات روان‌شناختی فراوان در هریک از زوج‌ها پدیدار می‌شود و بنیان نظام خانواده را دگرگون می‌کند و زوجین را به سمت پذیرش مسئولیت جدید سوق می‌دهد (۱) طلاق یک فقدان است که سازگاری فرد را تحت‌الشعاع قرار داده و اثرات نامطلوبی در این زمینه ایجاد می‌کند و رضایت ذهنی را مختل می‌کند (۲). از طرفی وجود محیط گرم و روح‌افزا و بالقوه خانواده امنیت خاطر هریک از افراد خانواده را بیشتر می‌کند و تکیه‌گاه مطمئنی برای ایجاد سکون و آرامش افراد خواهد بود (۳). پژوهش‌های گوناگون عوامل مختلفی را در بروز تعارض و گرایش به سمت طلاق دخیل می‌دانند که فاکتورهای روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در واقع تنش‌های زندگی روزمره، سبب به وجود آمدن مشکلات روان‌شناختی خاص می‌شود که می‌تواند جنبه‌های امید به زندگی و امیدواری و سلامت معنوی زوجین را دچار دگرگونی نماید (۴). رفتارهای ناسازگارانه زوجین امیدواری و سلامت عمومی آن‌ها و همچنین سلامت معنوی به‌عنوان رکن اساسی و عامل محافظت‌کننده روان‌شناختی را از آنان سلب می‌کند این در حالی است که اغلب زوجین با مشکلات خانوادگی امید به ادامه زندگی و امید به تغییر رفتار همسرشان و حتی امیدواری به اصلاح سبک زندگی‌شان را از دست داده‌اند (۵). افرادی که امید کمتری دارند وقتی با موانع غیرقابل‌رفع روبرو می‌شوند، هیجان‌هایشان یک توالی نسبت قابل پیش‌بینی از امید به خشم، از خشم به یأس و از یأس به بی‌احساسی را دنبال می‌کنند (۶). در کل افراد دارای سطوح امیدواری بالا وقتی در زندگی بزرگ‌سالی با مسائلی مواجه می‌شوند، تمایل پیدا می‌کنند که مسائل مهم و بزرگ را به

مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند این در حالی است که امید یکی از ویژگی‌های زندگی است که موجب می‌شود فرد به آینده امیدوار باشد و در جستجوی فردایی بهتر و به دنبال موفقیت باشد وقتی امیدواری وجود داشته باشد شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت و به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده در بروز مشکلات خانوادگی عمل کرده و عامل طلاق را از خانواده دور نگه می‌دارد (۷). همچنین بر اساس دیدگاه اصالت وجود که به‌دشواری درست زندگی کردن در دنیای امروز تأکید می‌کند، انسان‌ها در تلاش خود جهت به دست آوردن آسایش مادی که فناوری پیشرفته به آن‌ها عرضه کرده است پیوندهای خود را با خانواده و مذهب از دست می‌دهند (۸)؛ بنابراین در برابر الزامات هم‌نوائی اجتماعی فاقد ارزش‌های حفظ‌کننده می‌شوند و دیگر انتخاب نمی‌کنند بلکه پیروی و تبعیت کرده در نتیجه خود واقعی خود را انکار کرده و دچار نوعی مرگ معنوی شده که در آن افراد دچار احساس بی‌معنایی در زندگی می‌کنند و در نهایت سلامت معنوی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). خانواده نه تنها محل تأمین نیازهای عاطفی و مادی، اعضای خود است، بلکه مبدأ بروز عواطف، تکاملی و معنوی نیز هست و از آنجا که سلامت و بالندگی جامعه در گرو رشد و سلامت خانواده است، هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نیامده است (۹).

فخری و همکاران (۹)، در پژوهش خود با عنوان فاکتورهای پیش‌بین در طلاق به نقش فاکتورهای روان‌شناختی کیفیت زندگی و امیدواری و سبک کارآمد مدیریت حل مسئله و مدیریت استرس در کاهش و اجبار به طلاق اشاره دارند. همچنین قدسی و همکاران (۱۰)، در پژوهش خود به این موضوع اشاره دارند که مداخلات روان‌شناختی می‌تواند بر تمایل به طلاق در افراد تأثیرگذار باشد یافته‌های این پژوهش

نشان می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش گرایش به طلاق در گروه آزمایش مؤثر بوده است همچنین اجرای درمان‌های نوین روانشناسی به‌طور انفرادی مؤلفه‌های تمایل به خروج از رابطه و مسامحه را کاهش و ابعاد ابراز احساس و وفاداری را افزایش داده است و تمایل به طلاق را در افراد آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. احمدیان و رسولی (۱۱)، در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر مدیریت استرس بر روی فاکتورهای روان‌شناختی زنان به این نتایج رسیدند که مداخلات روان‌شناختی از جمله مدیریت استرس و آموزش آن می‌تواند در کاهش اضطراب و افزایش شادکامی و صمیمیت، امیدواری زنان سودمند می‌باشد. همچنین خانجانی و همکاران (۷)، در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر مدیریت استرس بر روی فاکتورهای روان‌شناختی زنان به این نتایج رسیدند که تاب‌آوری و برنامه‌مبندی بر مدیریت استرس کیفیتی درونی هستند که فرد را قادر می‌سازند تا در مقابل شرایط ناگوار و استرس‌های زندگی، خود را حفظ کند و در نتیجه باعث ارتقای فاکتورهای شناختی، هدفمندی زندگی، خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی و در نهایت امیدواری شود. طبق آمارهای رسمی در دهه‌های اخیر میزان طلاق در جهان افزایش یافته است و ایران چهارمین کشور جهان از نظر نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است به‌طوری که در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۹۴ از رشدی ۱۳ درصد برخوردار بوده است که احتمال می‌رود در طول سال‌های آینده این آمار باز هم رشدی فزاینده داشته باشد و این برای سلامت روان اعضای خانواده و تمام اعضای یک جامعه مناسب نمی‌باشد و باید راه‌چاره‌ای اندیشیده شود برای کاهش طلاق نیز راهکارهای مختلفی وجود دارد که از جمله این راهکارها مشاوره و زوج‌درمانی پیش از ازدواج و در حین زندگی و قبل از طلاق می‌باشد و در این راستا رویکردهای مختلف درمانی وجود دارد که یکی از این رویکردها، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس می‌باشد (۱۲).

درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس برای درمان افرادی به کار می‌رود که با فشار ناشی از ابتلا به مشکلاتی که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده شده است دست‌وپنجه نرم می‌کنند. برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری برای توجه به مسائلی مانند فقدان کنترل شخصی، خواسته‌های مقابله‌ای، انزوای اجتماعی و اضطراب و افسردگی سازمان‌دهی شده است که همگی در زوجین متقاضی طلاق برجسته می‌باشند (۱۳). هدف از آموزش مدیریت استرس، توانمند کردن افراد در مقابله با فشارهای زندگی زناشویی است و با آموزش‌های مدیریت استرس، فرد بهتر می‌تواند با مشکلات زناشویی خود مقابله کند. اهداف طراحی این برنامه عبارت‌اند از: ۱- جمع‌آوری اطلاعات برای افراد در مورد منابع استرس، ماهیت پاسخ‌های استرس در انسان، انواع راهبردهای مقابله‌ای که در مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا به کار می‌روند، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر از جمله آموزش حل مصالح، آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرام‌بخش، تعدیل و اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی، ارتقای مهارت‌های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابراز‌گری و مدیریت خشم، افزایش دسترسی و استفاده از شبکه‌های حمایت اجتماعی از طریق مهارت‌های بین فردی و ارتباطی اصلاح‌شده (۷) که همگی این عوامل می‌توانند فاکتورهای دخیل در مشکلات روان‌شناختی زوجین متقاضی طلاق را تحت تأثیر قرار دهد و امید برای بهبودی رابطه را افزایش دهد. گرچه سودمندی گروه‌درمانی‌های سنتی شناختی- رفتاری در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است (۱۴).

یکی از این روش‌های گروه‌درمانی تلفیقی، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر کیفیت زندگی است که جایگاهش در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت می‌باشد و با هدف ایجاد

و...) در مرکز اهداف خود قرار می‌دهد و نهایتاً هدف اصلی‌اش بهبود کیفیت زندگی به‌طور خاص است. از این گذشته، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در پیشگیری از عود نیز نقش دارد، درست همان‌گونه که کار روی طرح‌واره‌ها و نیز آموزش کنترل تفکر، امروزه در برنامه‌های پیشگیری از عود در شناخت درمان‌گری به کار برده می‌شود؛ در واقع، آموزش کنترل تفکر، بخشی از این درمان محسوب می‌شود (۱۵). همچنین یکی از اهداف این درمان، فعال‌سازی سبک‌های سازنده شناختی است که پاسخ درمانی فوری را در مراجعین تقویت می‌کند و تغییرات درمانی پایدار و پیشگیری از عود را تسهیل می‌سازد (۱۳). با این وجود رویکرد روانشناسی مثبت و درمان‌های منتج از آن، به ابعاد مختلف زندگی، پیشگیری و ارتقاء سلامت معنوی، رضایت از زندگی و امیدواری تأکید می‌کند. رویکرد کیفیت زندگی درمانی، یکی از بهترین روش‌های درمانی برای افزایش کیفیت زندگی و امیدواری و سلامت معنوی است در این ارتباط پراکس و همکاران (۱۶) به این نتیجه رسیدند که هر چه کیفیت زناشویی بالاتر باشد، امیدواری در زندگی نیز افزایش می‌یابد. مایکل و همکاران (۱۷) بررسی مقایسه‌ای بین روان‌درمانی مثبت نگر با روان‌درمانی مبتنی بر حل مصالح و گروه‌های دریافت‌کننده پلاسیبو، مشخص شد که روان‌درمانی مثبت نگر، میزان امید روان‌شناختی آزمودنی‌ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهد.

با توجه به مطالب ارائه شده عوامل زیادی در بروز و جریان جدایی و طلاق به‌عنوان آفت زندگی مشترک در بین خانواده‌ها مطرح شده است که می‌تواند بنیان خانواده را سست و ناپایدار نماید (۱۸) از سوی دیگر رویکرد درمانی مبتنی بر مدیریت استرس و رویکرد درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به ماهیت توسعه‌دهنده روابط ارتباطی کارآمد به‌عنوان درمان‌های پیشرو و خط اول در روانشناسی مثبت شناخته می‌شوند از این رو انتظار می‌رود که این درمان‌ها بتوانند امیدواری و سلامت معنوی زوجین تأثیری قابل تأمل داشته باشد با توجه به بررسی‌های

بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و... در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه‌ی بالینی، تئوری فعالیت سیکزنت میهالی با روان‌شناسی مثبت سلینگمن، توسط مایکل فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. هدف این رویکرد این است که هماهنگی و تمامیت یکپارچه‌ای از شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت نگر ایجاد کند که با آخرین فرمول‌بندی بک از شناخت درمانی و نظریه‌ی شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ باشد (۱۵). گروه-درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر کیفیت زندگی، به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی-رفتاری به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی (شادمانی) و رضایت از زندگی با ایجاد تحول در ۱۶ حوزه‌ی اصلی زندگی است. این حوزه‌ها عبارت‌اند از: ۱- اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی، ۲- عزت نفس، ۳- سلامتی، ۴- پول و استانداردهای زندگی، ۵- کار و بازنشستگی، ۶- بازی ۷- یادگیری، ۸- خلاقیت، ۹- یاری-رسانی، ۱۰- عشق، ۱۱- دوستان، ۱۲- فرزندان، ۱۳- خویشاوندان، ۱۴- خانه و همسایه، ۱۵- جامعه، ۱۶- پیشگیری از عود و نگهداری اثر درمان. این تحول، با ایجاد تغییر در ۵ مفهوم اصلی زندگی که به‌طور خلاصه مدل پنج راهه (CASIO) نامیده می‌شود صورت می‌گیرد. این پنج مفهوم، عبارت‌اند از: ۱- شرایط زندگی (C)، ۲- نگرش‌ها (A)، ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم (S)، ۴- ارزش‌ها (I)، ۵- رضایت کلی از زندگی (O). بنابراین CASIO، پنج استراتژی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که بر اساس ایجاد رضایت‌مندی بین فاصله‌ی موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (۱۵).

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، تنها درمان شناختی-رفتاری است که افزایش شادی و رضایت از زندگی را در جنبه‌های مختلف (مثل ارتباطات، فعالیت‌های لذت‌بخش، عزت نفس

حضور درمان و هم‌چنین عدم استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات بود. هم‌چنین قابل ذکر است که وجود بیماری‌های خاص جسمی که می‌توانست به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر نتایج و عملکرد گروه تأثیر گذار باشد مثل بیماری‌های قلبی عروقی، آسم، فشارخون بالا و اختلالات روان‌شناختی خاص و کنترل نشده که سلامت گروه را به تهدید می‌کرد و یک جلسه غیبت در طول جلسات آموزشی جزء معیارهای خروج محسوب می‌شد.

گروه آزمایش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش گروهی را در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل فریش (۱۳) گروه آزمایش درمان مبتنی بر مدیریت استرس نیز آموزش گروهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل آنتونی (۱) را به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. خلاصه جلسات آموزشی به صورت زیر هستند.

جدول شماره ۱. محتوای جلسات آموزشی گروه مبتنی بر مدیریت

استرس متناسب با زوجین	
جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی برنامه، استرس زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی معرفی رهبر گروه،
دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای
سوم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات معرفی تنفس دیاگرامی
چهارم	تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی ترکیب تنفس
پنجم	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی معرفی آموزش خودزاد و ارائه دستورالعمل‌های آن
ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابله کارآمد معرفی تنفس دیافراگمی
هفتم	مراقبه ماترا، مدیریت خشم، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه ماترا، بحث در مورد فواید تمرین منظم

صورت گرفته در ایران پژوهشی در حیطه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر باورهای امیدواری و سلامت معنوی زوجین و مقایسه رویکرد مبتنی بر ارتقاء کیفیت زندگی و رویکرد درمانی مبتنی بر مدیریت استرس بر زوجین متقاضی طلاق در شهر ایلام صورت نگرفته است. درنهایت این پرسش به وجود می‌آید که به کارگیری درمان مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر باورهای امیدواری و سلامت معنوی زوجین متقاضی طلاق تأثیر دارد؟

روش کار

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌باشد که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمره‌های پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار و در انتها نیز مرحله پیگیری آزمودنی‌ها صورت گرفت. هم‌چنین جامعه‌ی مورد نظر پژوهش را کلیه‌ی زوجین ارجاعی از دادگستری شهرستان ایلام بود که دارای پرونده ارجاعی به واحد مددکاری اجتماعی در بهزیستی شهرستان بودند که با مصاحبه اولیه و جلب مشارکت برای شرکت در جلسات روان‌درمانی افراد انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفته شد درنهایت افراد نام‌نویسی شده و از میان افراد نام‌نویسی شده ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس برای نمونه انتخاب شد. این ۴۵ نفر به شکل تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند و درنهایت پیگیری صورت گرفت. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان بر اساس مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مصاحبه تشخیصی، قرار گرفتن کودکان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم وجود بیماری‌های روان‌پزشکی و هم‌چنین عدم استفاده از قرص‌های اعصاب و روان بر اساس مصاحبه روان‌شناختی، رضایت به

(۲۰). آن‌ها ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۰).

۲- پرسشنامه سلامت معنوی: این توسط پالوتزین و الیسون (۲۱) تدوین شده است و دارای ۲۰ گویه است که سلامت معنوی افراد را می‌سنجد این پرسشنامه دارای دو بخش است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبت مخالفم، نسبت موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) دسته‌بندی شده است. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. در سؤالات منفی نمره گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین، متوسط و بالا تقسیم‌بندی شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه سلامت معنوی در پژوهش رضایی، سید فاطمی، رضایی (۲۲) تأیید شد همچنین پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. هم‌چنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS vol.16 تحلیل شدند.

نتایج

در بخش توصیفی نمونه‌های پژوهش، بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۸ تا ۲۶ سال (۵۴،۳ درصد)، تحصیلات متوسطه (۵۲،۲ درصد) و یک فرزند (۵۲،۲ درصد) بودند.

هشتم مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی و مرور و خاتمه درمان

جدول شماره ۲. محتوای جلسات آموزشی گروه مبتنی بر کیفیت

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه، تعریف نقش کیفیت زندگی، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی
دوم	تعیین دستور جلسه بررسی امیدواری و سلامت معنوی بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی
سوم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ» آموزش برنامه‌ریزی روزانه (DAP)
چهارم	آشنایی با نقش اهداف، اجرای تمرین هدف‌یابی، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی مذهبی و معنوی بودن
پنجم	آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش فن‌نامه‌نگاری ۱ و ۲ آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات دریافت
ششم	آموزش مراحل ۵ گانه جهت افزایش یادگیری، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری دریافت بازخورد
هفتم	آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن» مشخص کردن بازی‌هایی که باعث تخریب می‌شود
هشتم	مروری کوتاه بر جلسات قبل، مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی انجام پس‌آزمون
۱- پرسشنامه امیدواری:	این پرسشنامه که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹) برای سنجش امیدواری تدوین شده است، یک ابزار خود گزارشی ۱۲ ماده‌ای است که بر روی یک طیف لیکرتی ۸ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۸) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. اشنایدر و همکاران (۲۰) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در جامعه ایرانی نیز روایی همزمان از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی (۰،۵۳-)، حمایت اجتماعی ادراک شده (۰،۴) و معنا در زندگی (۰،۵۷) توسط کرمانی، خداپناهی و حیدری بررسی و تأیید شد

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار، نمره‌های باورهای امیدواری و سلامت معنوی در گروه‌های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار امیدواری و سلامت معنوی گروه‌های آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	گروه			
		درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	درمان مبتنی بر مدیریت استرس		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امیدواری	پیش‌آزمون	۲۵/۰۶	۵/۱۷	۲۳/۰۶	۳/۱۲
	پس‌آزمون	۳۳/۹۳	۳/۲۸	۳۳/۱۳	۳/۱۱
	پیگیری	۳۰/۵۳	۳/۲۷	۳۰/۶۰	۲/۱۶
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	۵۸/۲۶	۱۰/۷۳	۵۶/۶۶	۱۰/۳۴
	پس‌آزمون	۷۳/۷۳	۷/۳۷	۷۴/۸۶	۷/۲
	پیگیری	۷۴/۰۶	۷/۱۶	۶۹/۶۰	۶/۶۰

برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، دو مفروضه تحلیل کوواریانس شامل، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند که در جدول ۴ آمده است.

جدول شماره ۴. خلاصه پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس در

متغیرهای پژوهش

متغیرها	همگنی شیب رگرسیون		آزمون لوین	
	سطح	F	سطح	F
	معنی‌داری		معنی‌داری	
امیدواری	۰/۳۲	۰/۷۱	۰/۱۴	۲/۰۵
سلامت معنوی	۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۵۰	۰/۶۹

با توجه به جدول شماره ۴ مشخص می‌شود که هر ۲ پیش-فرض تحلیل کوواریانس محقق است و می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و (انحراف معیار) نمرات امیدواری گروه آزمایش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر ۲۵/۰۶ (۵/۱۷)، ۳۳/۹۳ (۳/۲۸) و ۳۰/۵۳ (۳/۲۷) است. این شاخص‌های آماری برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر مدیریت استرس، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر است با ۲۳/۰۶ (۳/۱۲)، ۳۳/۱۳ (۳/۱۱) و ۳۰/۶۰ (۲/۱۶) است. همچنین میانگین و (انحراف معیار) نمرات سلامت معنوی گروه آزمایش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر ۵۸/۲۶ (۱۰/۷۳)، ۷۳/۷۳ (۷/۳۷) و ۷۴/۰۶ (۷/۱۶) است. این شاخص‌های آماری برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر مدیریت استرس، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر است با ۵۶/۶۶ (۱۰/۳۴)، ۷۴/۸۶ (۷/۲) و ۶۹/۶۰ (۶/۶۰) است.

به منظور مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی و روان‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس بر امیدواری و سلامت معنوی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که در جدول ۵ آورده شده است. همچنین

Sig.	S.E	M.D	گروه مقایسه	گروه مرجع	متغیر
۰/۹۶	۱/۵۵	-۰/۰۷	مدیریت استرس	درمان	امیدواری
۰/۰۰	۱/۶۵	۷/۷۰	کنترل	زندگی	سلامت معنوی
۰/۹۶	۱/۵۵	۰/۰۷	مدیریت استرس	درمان	امیدواری
۰/۰۰	۱/۵۶	۷/۷۸	کنترل	زندگی	سلامت معنوی
۰/۵۲	۲/۳۹	-۱/۵۴	مدیریت استرس	درمان	امیدواری
۰/۰۰	۲/۵۵	۱۰/۴۰	کنترل	زندگی	سلامت معنوی
۰/۵۲	۲/۳۹	۱/۵۴	مدیریت استرس	درمان	امیدواری
۰/۰۰	۲/۴۲	۱۱/۹۴	کنترل	زندگی	سلامت معنوی

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود میان گروه‌ها در اثربخشی مداخلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که برای بررسی این موضوع تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی برای تأیید صورت گرفته است.

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین دو گروه در متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معنی‌داری اثر	اندازه
امیدواری	همپراش	۱	۱۳۴/۶۵	۷/۷۹	۰/۰۰۸	۰/۱۶
	گروه	۲	۲۶۱/۶۴۵	۱۵/۱۴	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۳
	خطا	۴۰	۱۷/۲۷۶	-	-	-
سلامت معنوی	همپراش	۱	۳۳۱/۸۶	۸/۰۲	۰/۰۰۷	۰/۱۶
	گروه	۲	۵۶۱/۱۸	۱۳/۵۶	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۰
	خطا	۴۰	۴۱/۳۷	-	-	-

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۵ مقدار آماری (F) تأثیر متغیرهای مستقل بر امیدواری (۱۵/۱۴) و سلامت معنوی (۱۳/۵۶) معنی‌دار شده است ($p < ۰/۰۰۱$). زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف و کنترل می‌شود اثرات معنادار خواهد بود این نتایج بیان‌گر آن است که میان سه گروه تفاوت معنی‌داری از نظر متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی وجود دارد برای مقایسه زوجی گروه‌ها، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه زوجی ۳ گروه در متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخلات بر امیدواری و سلامت معنوی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره بحرانی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
امیدواری	درون‌گروهی	زمان	۱	۶۲۹/۳۷	۸۶/۲۱	۰/۰۰	۰/۶
	زمان*گروه	۲	۸۲/۰۲	۴۱/۰۱	۵/۶۱۸	۰/۰۰۷	۰/۲۱۱
	خطا	۴۲	۳۰۶/۶۰	۷/۳۰۰	-	-	-
سلامت معنوی	بین‌گروهی	گروه	۲	۱۳۲۱/۰۸	۶۶۰/۵۴	۱۶/۵۲	۰/۴۴
	خطا	۴۲	۱۶۷۸/۵۷	۳۹/۹۶	-	-	-
	درون‌گروهی	زمان	۱	۱۷۸۶/۶۷	۱۷۸۶/۶۷	۳۵/۵۸	۰/۳۴
سلامت معنوی	زمان*گروه	۲	۱۳۷۰/۱۵	۶۸۵/۰۷	۱۳/۶۴	۰/۰۰	۰/۶۲
	خطا	۴۲	۲۱۰۸/۶۶	۵۰/۲۰	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲	۱۷۶۳/۳۷	۸۸۱/۶۸	۶/۲۹	۰/۲۳
خطا	۴۲	۵۸۱/۵۵	۱۴۰/۰۳	-	-	-	

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود زمان اندازه‌گیری بر نمرات متغیرهای پژوهش، تأثیر معنی‌دار دارد. می‌توان گفت صرف نظر از عضویت گروهی، بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

جدول ۸- نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در امیدواری و سلامت معنوی

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	M.D	SE	Sig.
امیدواری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۶۲	۰/۷۳	۰/۰۰
	پیگیری		-۵/۲۸	۰/۵۷	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۷/۶۲	۰/۷۳	۰/۰۰
	پیگیری		۲/۳۳	۰/۳۹	۰/۰۰
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۲/۶۲	۱/۴۲	۰/۰۰
	پیگیری		-۸/۹۱	۱/۴۹	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۲/۶۲	۱/۴۲	۰/۰۰
	پیگیری		۳/۷۱	۰/۵۱	۰/۰۰

بر اساس، نتایج جدول شماره ۸ درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس نسبت به گروه گواه بر امیدواری و سلامت معنوی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثرگذارتر بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر امیدواری و سلامت معنوی زوجین ارجاعی متقاضی

طلاق در بهزیستی شهرستان ایلام بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، امیدواری و سلامت معنوی زوجین متقاضی طلاق را در نمونه‌ی بالینی پژوهش در مقایسه با گروه کنترل تغییر داده است همچنین نتایج پیگیری نیز نشان از تأثیر این مداخلات بر روی فاکتورهای روان‌شناختی امیدواری و سلامت معنوی بوده است یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر مداخله روان‌درمانی مبتنی بر مدیریت استرس با نتایج تحقیقات قدسی و همکاران (۱۱)، احمدیان و همکاران (۱۲)، خانجانی و همکاران (۷)، شعجعی و همکاران (۲۳)، فیش (۱۴) و آمانو (۲۴) همسو است. روش‌های آرمیدگی بکار رفته در بسته‌ی آموزشی مدیریت استرس از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و آموزش خودزاد به‌عنوان روش‌های مؤثر در کاهش تنش‌ها و افزایش امیدواری نقش قابل توجهی داشته است (۱۳). امید داشتن و امیدواری واژه‌های روان‌شناختی مثبت هستند که؛ در طیف مثبت رفتارهای زوجین و خانواده‌ها وجود دارد و سبب استحکام بنیاد خانواده می‌شود زوج‌هایی که در مقیاس‌های مختلف مثبت زندگی، نمره بالایی می‌گیرند، عموماً افرادی شاد و خوش‌بین هستند، از وجود خود راضی‌اند، زندگی را با ارزش می‌دانند و با مردم، در صلح و تفاهم هستند و درنهایت به امیدواری دست می‌یابند که درمان مبتنی بر مدیریت استرس بر آن تأکید فراوانی می‌شود (۵). تحقیقات نشان می‌دهند که تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، تنش‌های زوجین را کاهش می‌دهد و این تأثیر در طول زمان نیز از ثبات برخوردار است و امیدواری آن‌ها را برای مسیر زندگی پیش رو افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، مطالعات نشان داده‌اند که انجام یک جلسه‌ی ۲۰-۵ دقیقه‌ای آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، به میزان یک خواب یک ساعته باعث حفظ و ذخیره انرژی در فرد می‌گردد (۲۴). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس به زوجین کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن‌ها تنیدگی ایجاد می‌کند، شناسایی

امیدواری و سلامت معنوی افراد گروه آزمایش را در هر دو مرحله پس از آزمون و پیگیری، افزایش داده است. بررسی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داده‌اند که برنامه‌های درمانی کوتاه‌مدت در مورد مداخلات روانی، خصوصاً اختلال افسردگی با حذف رویدادهای منفی زندگی و بهبود کیفیت زندگی در کوتاه‌مدت می‌تواند روی مکانیسم‌های سلامت روانی در بلندمدت، تأثیر داشته باشد. به گونه‌ای که کاهش رویدادهای منفی و مدیریت کردن آن می‌تواند تا ۵ سال، سلامت روانی را بالاتر از خط پایه، نگه دارد و این عامل در امیدواری و بهزیستی تا ۹ سال، طول می‌کشد (۲۸). پژوهش‌های متعدد به رابطه دوسویه بین امیدواری و سلامت معنوی اشاره کرده‌اند. در این پژوهش، مشخص شد که همزمان با افزایش امیدواری، میزان سلامت معنوی نیز افزایش یافته است. یکی از دلایل آن، رابطه متقابل و دو سویه این دو متغیر با هم می‌باشد. یعنی هنگامی که رضایت از زندگی افراد در طول زمان، افزایش می‌یابد؛ انتظار می‌رود در نشانه‌های مرتبط با امیدواری و سلامت معنوی به دلیل اینکه نسبت به افسردگی بیشتر مرتبط با رویدادهای موجود در کیفیت زندگی افراد است، افزایش ایجاد شود. مور و همکاران (۲۹) همسو با این یافته، نشان دادند که زوجین با تنش، اختلال بیشتری را در بدکارکردی اجتماعی و مسئولیت‌پذیری نسبت به خانواده و خانه، پیدا می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به افراد دیگر، نشان می‌دهند. تنش‌های روان‌شناختی با متغیرهایی مانند خودپنداری، اهداف و ارزش‌ها، تفریح، یادگیری و... ارتباط دارد (۳۰). یکی از دلایل دیگر افزایش سلامت معنوی و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی، وسواس فکری- عملی و... در زوجین، تأکید درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به نقش هیجانات و مدیریت استرس‌ها و شیوه‌های حل مصالح، جهت کنار آمدن با درگیری‌های عاطفی زوجین می‌باشد که در طول جلسات، زوجین آموختند که چگونه در زندگی، هیجانات منفی خود را شناسایی و آن را تا حد امکان، کاهش دهند. در

کنند و سپس راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و مؤثر از جمله مهارت‌های حل مصالح برای مواجهه با این موقعیت‌ها را به آنان آموزش می‌دهد. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارائه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند به بهبود استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و کاهش تنیدگی ادراک شده در این زوجین منجر شود و امید به زندگی آن‌ها را افزایش دهد (۲۳). در زوجین عمده‌ترین مسائل تنیدگی‌زا در رابطه با مسائل بین فردی از جمله روابط زناشویی و روابط ارتباطی است. زوجین در جریان مداخله آموختند که چگونه می‌توانند این موقعیت‌ها را به شرایط قابل کنترل و غیرقابل کنترل تقسیم کنند و به دو شکل مسأله‌مدار و هیجان‌مدار با آن‌ها برخورد نمایند. همچنین در طول جلسات، مهارت‌های گوناگون حل مصالح به منظور افزایش استفاده از سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار در موقعیت‌های قابل کنترل در مورد موقعیت‌های مرتبط با افسردگی و عدم امیدواری و مسائل شخصی به بیماران آموزش داده شد تا بینش معنویت خود را برای ارتقا سلامت معنوی داشته باشند. به کارگیری مهارت‌های مدیریت استرس، نشانه‌های ناامیدی را تا حدی بهبود بخشند و یا از وخیم‌تر شدن مشکلات زناشویی آن‌ها جلوگیری کنند و احساس کارآمدی و عزت نفس خویش را افزایش دهند و افزایش عزت نفس و کارآمدی زوجین در نتیجه‌ی مشاهده‌ی پیشرفت خود در مسیر زندگی، به‌عنوان تقویت‌کننده عمل کرده و باعث افزایش تمایل آنان به استفاده‌ی بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر مانند سبک مسأله‌مدار می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر مداخله روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با نتایج تحقیقات قدم پور و همکاران (۲۵)، الهی فر و همکاران (۲۶) و پاداش و همکاران (۲۷) همسو است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت یکی از اهداف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، افزایش امیدواری و سلامت معنوی می‌باشد. چنانچه در پژوهش حاضر نیز درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان

این ارتباط، (۳۰) نشان دادند که خودنظم بخشی هیجانی، در مدیریت دامنه گسترده‌ای از اختلالات روانی و هیجانات منفی، نقش دارد. انتظار این بود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان امید به زندگی و سلامت معنوی آزمودنی‌ها را افزایش دهد چرا که آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند توجه و نگرش خود را نسبت به وضعیت زندگی و رضایت از زندگی خود، افزایش دهند. از طرف دیگر، با کمک برنامه کنترل عادت و استفاده از تکنیک TAC، برای باورهای معنوی مثبت و منفی در حیطه سلامت معنوی و روانی که در یکی از جلسات آموزش داده شد؛ افراد یاد گرفتند که برای ایجاد عادات مرتبط با سلامت معنوی و روانی خود، در قدم اول، یک سری انگیزه‌های درونی ایجاد کرده و به آن‌ها پایبند شوند و سپس برای انجام دادن آن، محرکی ایجاد کنند و پیامدهای برخورداری از رفتار سالم بهداشتی را در خود بررسی کنند تا بتوانند امیدواری و نگاه معنوی برای زندگی خود را به دست آورند. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۸ جلسه‌ی درمانی مدل مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی عوامل منفی روان‌شناختی (امیدواری و سلامت معنوی) را در پس‌آزمون تغییر یافته نشان دادند. با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که عدم ثبات روان‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق باعث بروز مشکلات روان‌شناختی عدیده در آن‌ها می‌شود هنگامی که زنان متقاضی طلاق دچار عدم هماهنگی در روابط حفاظت‌کننده روان‌شناختی قرار می‌گیرند نسبت به تحریکات مخرب محیطی خانواده آسیب‌پذیر بوده و راه برای نزاع و جدایی هموار می‌شود زوجین مشکل‌دار برای رهایی از احساسات ناخوشایند درونی خود اقدامات جبرانی ناصحیح را به‌عنوان الگویی ناکارآمد برای رهایی از احساس ناخوشایند به کار می‌برند که

سبب تخریب نظام‌های ارتباطی درون خانواده می‌شود (۲۴). توصیه می‌شود درمان‌هایی برای بهبود و ارتقاء عوامل محافظت‌کننده روان‌شناختی زوجین متقاضی طلاق استفاده شود که در محتوای درمانی خود به عوامل مثبت روان‌شناختی تأثیرگذار در زمینه خانواده توجه خاصی را نشان دهند. با توجه به اینکه در بررسی پیگیری نتایج بعد از دوره پیگیری همچنان اثر گروه درمانی در گروه آزمایش باقی مانده بود، روان‌درمانی نقش بسزایی در آموزش زوجین متقاضی طلاق دارد. بر اساس این، همکاری مددکاران اجتماعی با متخصصان حوزه مشاوره و روانشناسی می‌تواند به شرایط مطلوب شناختی و هیجانی زوجین متقاضی طلاق کمک کند. انجام این پژوهش با محدودیت‌ها همراه بود؛ از جمله اینکه به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری از نمونه‌های در دسترس استفاده شد. داده‌های پژوهش حاضر با پرسشنامه‌های خود سنجی جمع‌آوری شده است که همانند تمامی پژوهش‌های گذشته‌نگر، ممکن است پاسخ آزمودنی‌ها دارای سوگیری باشد. به دلیل شرکت زوجین ساکن ایلام در جلسات مداخله می‌باید ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی برای زوجین متقاضی طلاق به سایر مشکلات خانواده با تعداد مشارکت‌جوی بیشتر با پیگیری در فواصل زمانی متفاوت برای اطمینان بیشتر از تأثیر روش درمانی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی است. نویسنده مسئول مقاله است و بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش که با ما همکاری کرده‌اند، صمیمانه سپاسگزاریم

References

1. Jasa Silveira G. Challenging the centralist doctrine in mexican family law: an analysis of the evolution of state authority over civil law matters and its impact on the regulation of cohabitation

and divorce. Mexican law review. 2016 Dec;9(1):45-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mexlaw.2016.09.003>

2. Bastaits K, Pasteels I, Mortelmans D. How do post-divorce paternal and maternal family trajectories relate to adolescents' subjective well-being?. *Journal of adolescence*. 2018 Apr 1;64:98-108. DOI:10.1016/j.adolescence.2018.02.005
3. Rao SL. Marital adjustment and depression among couples. *The international Journal of Indian psychology*. 2017 Feb 23;4(2):34-42. DOI: 10.25215/0402.045
4. Karami F, Alborzi S. [The study of social factors influencing divorce tendency in Shiraz]. *Population Studies*. 2018 May 22;4(1):101-26. (Persian)
5. Sepehrian-Azar F, Mohammadi N, Badalpoor Z, Norozzadeh V. [The Relationship between Hope and Happiness with Marital Satisfaction]. *JHC*. 2016; 18 (1) :37-44. (Persian)
6. Fincham FD, May RW. Infidelity in romantic relationships. *Current opinion in psychology*. 2017 Feb 1;13:70-4. doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.008
7. Khanjani M, Sohrabi F, Aazami Y. [The Effectiveness of Resilience and Stress Management Training Program on Psychological Well-being, Meaning of Life, Optimism, and Satisfaction of Life in Female-Headed Households]. *IJPN*. 2018; 6 (2) :1-11. (Persian)
8. Mohsenzadeh, F., Nazariy, A., Arefi, M. [Qualitative study of factors contributing to marital dissatisfaction and applying for divorce (the case of Kermanshah)]. *Women's Strategic Studies*, 2011; 14(53 (Autumn 2011)): 7-42. (Persian)
9. Fakhri, M., mahdavianfard, R., kimiaee, S. [Prediction of the probability of divorce based on avoidant attachment, anxiety attachment and family problem solving skills]. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2018; 9(33): 207-222. (Persian). doi: 10.22054/qccpc.2018.28605.1716
10. Ghodsi, M., Barabadi, H., Heydarnia, A. [Effectiveness of narrative therapy on Reducing Divorce Tendency and Its Components in Women With Early Marriage]. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2018; 9(33): 73-98. (Persian). doi: 10.22054/qccpc.2018.28555.1712
11. Ahmadian S, Rasouli A. [Stress Management Training on Reducing Anxiety and Promoting Happiness and Sexual Integrity in Women with Breast Cancer]. *IJNR*. 2018; 13 (1) :18-25. (Persian)
12. Ghofranipour F, Aminshokravi F, Torkashvand R. [The Relationship Between Demographic Factors and Marital Satisfaction of Couples Intended to Divorce Referred to Family Judicial Complex in Borujerd County]. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2017; 5 (1) :43-50. (Persian)
13. Fish MT. Don't stress about it: a primer on stress and applications for evidence-based stress management interventions in the recreational therapy setting. *Therapeutic Recreation Journal*. 2018 Oct 1;52(4):390-409. <https://doi.org/10.18666/TRJ-2018-V52-I4-9013>
14. Feili A, Borjali A, Sohrabi F, Farrokhi N. The Comparative efficacy of Cognitive – Behavior Therapy and Teasdale Mindfulness-Based Cognitive Therapy of Infertile Depressed Women's Rumination. *Armaghane danesh*. 2012; 17 (1) :14-21
15. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. John Wiley & Sons; 2005 Jul 26.
16. Proulx CM, Helms HM, Buehler C. Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and family*. 2007 Aug;69(3):576-93. DOI:10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x
17. Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick D. A randomised controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computers in Human Behavior*. 2009 May 1;25(3):749-60. DOI:10.1016/j.chb.2009.02.003
18. Afifi TD, Granger DA, Joseph A, Denes A, Aldeis D. [The influence of divorce and parents' communication skills on adolescents' and young adults' stress reactivity and recovery]. *Communication Research*. 2015 Oct;42(7):1009-42. (Persian). <https://doi.org/10.1177/0093650213509665>

۱۹. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Apr;60(4):570. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
20. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. [Psychometrics features of the Snyder Hope Scale]. *Journal of Applied Psychology*, 2012; 5(3): 7-23. (Persian)
۲۱. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982 May 12:224-37.
۲۲. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy]. *Hayat*. 2009; 14 (4 and 3) :33-39. (Persian)
۲۳. Shojaie, F., Jazayeri, R., ahmadi, S., fatehizade, M. [Marital adjustment and marriage performance based on differences in educational level in couples]. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2019; 10(38): 111-134. (Persian). doi: 10.22054/qccpc.2019.37505.2015
۲۴. Amato PR, Hohmann-Marriott B. A comparison of high-and low-distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family*. 2007 Aug;69(3):621-38. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00396.x>.
۲۵. Ghadampour E, Heidaryani L, Barzeghar Bafrooeii M. [The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Well-Being, Resiliency, Marital Satisfaction in Wives of Veterans]. *J Mil Med*. 2019; 21 (1) :22-31. (Persian)
۲۶. Elahifar H, Ghamari M, Zahrakar K. [Comparison of the effectiveness between treatment based on improving quality of life and acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing happiness of female teachers]. *Quarterly of Applied Psychology*, 13 (1): 141-162. *Archive of SID www. SID. ir*. 2019:2. (Persian)
۲۷. Padash, Z., Fatehzadeh, &, Abedy, M. [The effect of quality of life therapy on marital satisfaction]. *RBS*. 2013; 10 (5) :363-372. (Persian)
۲۸. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL. [A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation]. *American Journal of Transplantation*. 2005 Oct;5(10):2425-32.. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2005.01038.x>
۲۹. Moore SE, Leslie HY, Lavis CA. [Subjective well-being and life satisfaction in the Kingdom of Tonga]. *Social Indicators Research*. 2005 Feb 1;70(3):287-311.. DOI: 10.1007/s11205-004-1541-z
۳۰. Ghasemi, N., Kajbaf, M., Rabiei, M. [The Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Subjective Well-being (SWB) and Mental Health]. *Journal of Clinical Psychology*, 2011; 3(2): 23-34. (Persian) Doi: 10.22075/jcp.2017.2051

Original Article

Comparison Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based on Stress Management and quality of life Therapy on Hope and Spiritual health at Referential Couples Divorce at Behzisti of Ilam City

Received: 01/08/2020 - Accepted: 28/09/2021

Zahra Hemmati¹
Vahid Ahmadi*²
Shahram Mami³

¹ PhD student, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

² PhD in Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran. (Corresponding author)

³ PhD in Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Email:
vahid.ahmadi234@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on stress management and quality of life therapy on Hope and Spiritual health of couples Referential to divorce at behzisti of Ilam.

Materials and Methods: This semi experimental study was conducted based on a pretest, posttest, and follow up design with two experimental and one control groups. The statistical population of the study included all couples seeking divorce in the city, Ilam, from which 45 people were selected by available sampling method. Of these 45 members, 15 were randomly assigned to divided into two groups of quality of life test group and stress management group, as well as one control group. Quality of life treatment and stress management therapy were performed in 8 sessions of experimental groups. And the members of the control group were on the waiting list and did not receive any intervention. The tools used in this study include the Hope Questionnaire, and the Spiritual health Questionnaire, in which participants answered questions in the pre-test, post-test, and follow-up stages. Descriptive statistical methods, analysis of covariance and repeated measurement analysis of variance were used to analyze the results.

Results: The results show that there is a significant difference between experimental and control groups in terms of variables of Hope and Spiritual health ($P < 0.001$). Also, the level of Hope and Spiritual health in the experimental groups in the post-test phase was significantly different from the control group.

Conclusion: quality of life Therapy and stress management therapy are new and important therapies in the treatment of family and couple conflicts that have been able to change the Hope and Spiritual health of couples seeking divorce.

Key words: *Quality of life Therapy, Stress management therapy, Hope, Spiritual health, Divorce*