

اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی در ارتقای سلامت روان و حل تعارضات زوجین با ناسازگاری زناشویی

الناز حسینی کامکار^۱، علی اکبر سلیمانی^۲، علیرضا مهدویان^۲، نصیرالدین جاویدی^{۳*}، مریم نجفی^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۵

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی در ارتقای سلامت روان و حل تعارضات زوجین دارای ناسازگاری زناشویی بود.

روش بررسی: طرح پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی، با پیش آزمون و پس آزمون بود. به این منظور، کلیه زوجین ۲۵ تا ۳۵ ساله شهر تهران که جهت مشاوره ناسازگاری زناشویی در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ به مراکز مشاوره غرب تهران مراجعه کرده بودند با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف به طور تصادفی ۱۸ زوج (۳۶ نفر) در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. از پرسش نامه های رضایت زناشویی انریچ فرم کوتاه (۱۹۹۳) و پرسشنامه سلامت عمومی به منظور جمع آوری داده ها استفاده گردید. سپس افراد گروه آزمایش طی ۶ جلسه گروهی به همراه ۳ جلسه فردی تحت آموزش تغییر سبک زندگی قرار گرفتند.

یافته ها: از تحلیل کوواریانس به منظور تحلیل داده ها استفاده گردید. بر اساس مقایسه پیش آزمون و پس آزمون دو گروه، یافته ها نشان داد که مداخله تغییر سبک زندگی بر بهبود سلامت روان و حل تعارضات زوجین دارای ناسازگاری زناشویی تاثیر معناداری دارد. **بحث و نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله تغییر سبک زندگی در افزایش سلامت روان (اضطراب، کارکرد جسمانی، کارکرد اجتماعی و افسردگی) زوجین ناسازگار تاثیر معناداری دارد. همچنین این رویکرد درمانی در زمینه بهبود حل تعارضات زوجین که مشخصه اصلی رضایت زناشویی می باشد، نیز موثر بود و به کارگیری آن باعث کاهش ناراضیاتی در زوجین ناسازگار گردید.

واژگان کلیدی: آموزش تغییر سبک زندگی، سلامت روان، حل تعارض.

مقدمه

خانواده، کوچک ترین و در عین حال مهم ترین واحد جامعه است که در تامین نیازهای جسمی و روانی انسان ها و همچنین سلامت جامعه نقشی اساسی بر عهده دارد. زوجین به عنوان تعیین کنندگان جهت و شیوه حرکت خانواده در چرخه زندگی، توجه ویژه ای را می طلبند (۱). خانواده ایرانی امروزه در معرض تغییرات رفتاری و کارکردی مهمی قرار گرفته است که همین امر روابط موجود در میان اعضای خانواده را دگرگون نموده است (۲). در نتیجه، قوی ترین پیوندهای انسانی در مستحکم ترین قرارگاه آن؛ یعنی نظام خانواده در معرض تهدید قرار گرفته است. در چنین وضعیتی روز به روز کارایی خانواده در تحقق وظایفش؛ یعنی تامین سلامت و آرامش روانی کم رنگ تر می شود (۲).

آنچه در این زمینه مهم تر است، زن و مرد و رضایت زناشویی آنهاست. حدود ۳۰ درصد زوجین دارای ناراضیاتی زناشویی می باشند (۳).

مسئله مهم تر، ازدواج و با هم زندگی کردن، سازگاری زناشویی و رضایت از ازدواج است. مطالعه علمی سازگاری از سال ۱۹۹۰ تاکنون به شدت مورد توجه قرار گرفته است. سازگاری زناشویی یکی از گسترده ترین مفاهیم برای تعیین و نشان دادن میزان شادی و میزان پایداری رابطه زوجین است (۴).

سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند و از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها از جمله نیاز جنسی ایجاد می شود. زوجین سازگار و راضی از زندگی زناشویی، زن و شوهر هایی هستند که توافق زیادی با هم دارند، از نوع و سطح روابطشان راضی هستند، از نوع و کیفیت گذراندن اوقات فراغت رضایت دارند، مسائل مالی خودشان را به خوبی برنامه ریزی می کنند و از سوئی، ناسازگاری

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی-خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، تهران، ایران
۲. گروه روان شناسی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی- خانواده درمانی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران، ایران

انسانی را بیان می کند (۱۳). شیوه های زندگی مجموعه عقاید، طرح ها و نمونه های عادی رفتار، هوی و هوس ها، هدف های طولی مدت، تبیین شرایط احساسات، ادراکات، رویاها و غیره مطرح هستند. شیوه زندگی، نوع خاص واکنش فرد در برابر موانع و مشکلات زندگی است. درک فرد، به معنی درک سازمان شناختی و عاطفی، شخصیت و سبک زندگی اوست. این اصطلاح به معنی شیوه خاص زندگی نیست؛ بلکه به این معنا است که جنبه های متفاوت شخصیت چگونه با هم کار می کنند (۱۴). به عقیده لومباردی و همکاران، "سبک زندگی، روش سازمان یافته و ثابتی است برای نگاه کردن به فرد، دیگران و سازگاری به روش خود فرد" (۱۵). سبک زندگی به عنوان هسته شخصیت، وحدت، فردیت، انسجام، ثبات کارکرد روان شناختی فرد را ایجاد می کند. هدف بلند مدت زندگی فرد و خودپنداره بنیادین و دیدگاه جهانی هر شخص، طرحی کلی ارائه می کند که به شیوه زندگی فرد ساختار و منش می دهد (۱۶). در تبیین این یافته می توان گفت که تغییر در سبک زندگی با تغییر در عقاید و افکار فرد همراه است. همچنین الگوها، طرح ها و نمونه های عادی رفتار، هدف های دراز مدت فرد نیز تغییر می کند. در این زمینه نیز پاندی^۱ و تیواری^۲ (۱۷) در تحقیقی تحت عنوان، مفاهیم هندی از شیوه زندگی و سلامت روان نشان دادند که شیوه زندگی، درک یک فرد خاص یا کل جامعه نسبت به زندگی است و آن شیوه زندگی (فکر و رفتار) است. شیوه زندگی، طول عمر و سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد. شیوه زندگی نقش مهمی در توسعه اختلالات شناختی، مانند بیماری آلزایمر و انزوای اجتماعی دارد. در بهداشت (بخصوص بهداشت روانی) نتایج حاصل از شیوه زندگی معیوب همچون محیط نامطلوب روانی و اجتماعی هستند. اتخاذ اصول حمایت از مفاهیم هندی از شیوه زندگی و توجه مناسب به بیماری های روانی افراد و به رسمیت شناختن مشکلات خود ممکن است، سلامت روانی را حفظ کند.

آموزش تغییر سبک زندگی، شامل ۱۲ مولفه زیر است: همدلی و ارتباط، ارائه اطلاعات، تصریح افکار، تشویق، تفسیرهای شناختی، آگاهی از سبک زندگی، فراموشی تجارب عاطفی آسیب زا، متفاوت بودن، تقویت، علایق اجتماعی، جهت گیری مجدد، حمایت و گفتگو درباره مسایل فراتر از درمان (مسایل فلسفی و معنوی) (۳). سینگ^۳ (۱۸) در مطالعه ای با عنوان مشاوره شیوه زندگی اظهار داشتند که مشاوره شیوه های زندگی منجر به تغییر رفتارهای ناسالم و ارتقای سلامت رفتار می شود. عامری (۱۹) تاثیر مداخلات خانواده درمانی استراتژی را در اختلالات زناشویی بررسی کرده و نتیجه گرفته است که برنامه ی مداخلات خانواده درمانی استراتژی روی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، سبب افزایش میزان رضایت زناشویی زوجین، حل تعارضات و

در روابط زوجین موجب اختلال در روابط اجتماعی و گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش های فرهنگی در بین زن و شوهر می شود (۵).

وجود تعارض در زندگی زناشویی، بخشی اجتناب ناپذیر است که حتی می تواند سازگاری زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد (۶). گرچه تعارض به شکل منفی در نظر گرفته می شود؛ اما می تواند به طور مثبت هم به کیفیت رابطه و هم به رشد شخصی کمک کند و این زمانی است که بتوان با شیوه صحیح و کارآمدی به حل تعارض پرداخت (۷). در این میان، میکائیل (۸) اظهار می دارد زوجینی که دارای سلامت روان بالاتر هستند تعارضات کمتری دارند. سلامت، مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد. ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی ترین تعریفی که از سلامت شده، عبارت است از بیمار نبودن (۹).

سلامتی؛ از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد. اگرچه در ابتدا فقط به سلامت جسم به عنوان سلامتی توجه می شد؛ با پیشرفت علم و رسیدن به سطحی قابل قبول از سلامت جسمی، بیشتر به جنبه های دیگر سلامت از جمله سلامت روان توجه کرده است (۱۰). در رابطه با ابعاد سلامت روان می توان به بعد روان، جسمی و اجتماعی اشاره کرد (۱۱). در بررسی معیارهای سلامت روانی بهتر است دو نوع معیار را ملاک قرار دهد.

۱- معیارهای حداقل ۲- معیارهای ایده آل

معیارهای حداقل: نبودن سلامتی مشخص می سازد، عنوان سلامت روانی نه تنها به عنوان نبودن بیماری روانی به کار برده می شود؛ بلکه حالات ایده آلی مانند راحتی و بلوغ و خلاقیت را نیز به دنبال دارد که همه مردم به دنبال آنها هستند و کسی نمی تواند به طور مطلق به آن برسد. سلامت روانی با طبیعی بودن به طور مترادف به کار برده می شود (۱۲).

معیارهای ایده آل: در معیار نوع بایستگی و تعهد برای فرد ایجاد می شود. فقدان بعضی از این معیارها در فرد، علامت بیماری روانی نیست؛ ولی وجود آنها سلامت فکر را تکمیل می کند.

یکی از عواملی که در تعامل دو طرفه زن و مرد در مقوله ازدواج می تواند در میزان رضایتمندی زناشویی و مرتبط با سلامت روان زوجین موثر باشد؛ سبک زندگی هر یک از طرفین است. فرهنگ هر جامعه نیز مانند هر کلیت و نظامی از اجزایی تشکیل شده است که با هم در حال تعاملند و با توجه به اینکه سبک زندگی مبین بخشی از فرهنگ جامعه ما می باشد که در جوامع امروزی نقش مهمی در زندگی مردم بازی می کند چراکه سبک زندگی نقشی کلیدی در هویت یابی فردی و اجتماعی و فعلیت بخشیدن به قدرت تشخیص و انتخاب یا حداقل ایجاد احساس آزادی عمل پیوند خورده است، مسائلی که پاره ای از بنیادی ترین وجوه

1. Pandey

2. Tiwari

3. Singh

(۱۹۹۸) هنجاریابی و معرفی نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ فرم ۴۷ پرشی استفاده شد.

«پرسشنامه انریچ» در پژوهشهای متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله، لوی و اولسون (۱۹۹۳) روی یک گروه نمونه ۸۳۸۵ نفری و پژوهش دیگری روی گروه نمونه متشکل از ۶۲۶۷ زن و شوهر در فاصله زمانی ژانویه ۱۹۸۳ تا ژوئن ۱۹۸۴ اجرا شد. به این تعداد، ۶۷۵ زوج دیگر هم اضافه شد که جمعاً بالغ بر ۶۹۴۲ زوج گردید. متوسط سن این آزمودنی ها ۳۳ سال (بین ۱۸ تا ۶۸ ساله) و متوسط سن زنها ۳۲ سال (بین ۱۸ تا ۶۵ سال) بود. ۴۵٪ آنان فارغ التحصیل دانشگاه بودند، ۳۳٪ مدتی دانشگاه رفته بودند، ۱۹٪ دیپلم داشتند و ۳٪ دبیرستان را تمام نکرده بودند. متوسط مدت ازدواج آنها ۹/۷ سال بود و به طور متوسط ۲/۹ فرزند داشتند، و ۷۸٪ از آنها در اولین ازدواج خود بودند (۲۰). فوورس و السون (۱۳۹۳) ضریب روایی پرشی نامه را در کار بالینی بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ به دست آورده است. مهدویان ۱۳۷۶ در کار روی اعتبار آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴ و برای مردان و زنان ۰/۹۴ به دست آورده اند. این ضرایب برای خرده مقیاس های هدف گزینی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش های تاویگری و جهت گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب عبارت بودند از: ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۶۲، ۰/۷۳ و ضریب آلفای ۴۸ سوالی پرسشنامه در پژوهش میر خشتی ۰/۹۲ و در فرم ۴۷ سوالی پژوهش سلیمانیان ۰/۹۵ به دست آمده است.

ضریب همبستگی «پرسشنامه انریچ» با مقیاسهای رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰، و با مقیاسهای رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده مقیاس های پرسشنامه انریچ زوج های راضی و ناراضی را متمایز می کند و این نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است (۲۰).

این پرشی نامه کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ می باشد و افرادی که نمرات آنها زیر ۱۵۰ است، دارای میزانی از ناسازگاری زناشویی هستند؛ به عبارت دیگر، نمره برش ۱۵۰ برای تفکیک افراد دارای رضایت زناشویی از افراد با نارضایتی زناشویی مشخص شده است (۲۰).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه توسط کلبرگ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده (۲۰) فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که در

کاهش مشکلات ارتباطی زوجین می شود. وی همچنین نتیجه گرفت که این برنامه ها در زنان بیشتر از مردان موثر بوده است. حال با توجه به ناکارایی درمان های موجود در حل موفقیت آمیز نارضایتی زناشویی و در نتیجه افزایش طلاق (۳) و فقدان پژوهش در زمینه اثربخشی تغییر سبک زندگی و نقش آن در بهبود سلامت روان و در نهایت بهبود سازگاری و رضایت زناشویی (۳) و همچنین ضرورت به کارگیری رویکردهای درمانی بر حل و کاهش این مشکل، این پژوهش درصدد است تا سبک زندگی افراد مبتلا به نارضایتی زناشویی را شناسایی و با تغییر سبک زندگی آنها به سوی سبک زندگی توام با علاقه اجتماعی به ارتقای سلامت روان و حال تعارضات زوجین پردازد و سبب بهبود رضایت زوجین شود.

روش بررسی

طرح پژوهش، نیمه تجربی است. جامعه آماری تحقیق حاضر، شامل کلیه زوجین ۲۵ تا ۳۵ ساله تهران بود که جهت مشاوره ناسازگاری زناشویی در سال ۹۲-۹۱ به مراکز مشاوره غرب تهران مراجعه کرده بودند. نمونه های این پژوهش مشتمل بر ۳۶ زوج ۲۵ تا ۳۵ ساله است که ملاک ورود به پژوهش را دارا باشند. پس از اعلام رضایت برای شرکت داوطلبانه در طرح پژوهش از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف سپس گزینش تصادفی به دو گروه که ۱۸ زوج آن در گروه آزمایش و ۱۸ زوج دیگر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش، زوجین ۲۵ تا ۳۵ ساله بود که دچار ناسازگاری زناشویی می باشند و دارای تحصیلات حداقل دیپلم و سطح اقتصادی-اجتماعی حداقل متوسط و دارای فرزند حداکثر ۱۱ سال.

ابزار پژوهش در این مطالعه، شامل موارد فوق می باشد: پرسشنامه رضایت مندی زناشویی/انریچ^۱: این پرسشنامه یک ابزار ۱۱۵ سوالی است که برای ارزیابی زمینه های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می رود. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوجهایی استفاده می شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. به علاوه این پرسشنامه یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۰). آزمون دارای ۱۰ مقیاس فرعی است. مقیاس های اصلی آزمون عبارت است از: ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه ها، بستگان و دوستان، نقش های مرتبط به برابری زن و مرد، جهت گیری مذهبی (۲۰). فرم ۱۵ پرشی آن را السون و السون (۲۱)، فرم ۴۷ پرشی آن را فوورس و السون (۱۳۹۳) و فرم ۲۵ پرشی آن را وادسبای

عمومی چهار گزینه دارد که نمره ۰ تا ۳ به آن تعلق می گیرد (نمره های بیشتر حاکی از مشکلات بیشتر در سلامت عمومی افراد است).

پایایی و روایی پرسشنامه سلامت عمومی به وسیله تقوی (۱۳۸۰) بررسی شد. تقوی ضرایب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نموده است.

پروتوکل گام به گام روش تغییر سبک زندگی (ویژه زوجین): این پکیج آموزشی توسط احمدی، خدابخش در دانشگاه علامه طباطبایی تدوین گردیده است (۳). مدت برنامه: ۱۵ ساعت، زمان هر جلسه: ۲ ساعت برای جلسات گروهی و ۱ ساعت برای جلسات فردی، تعداد جلسات: ۶ جلسه گروهی به همراه ۳ جلسه فردی برای بررسی تکالیف، تعداد شرکت کنندگان: ۱۸ زوج (۳۶ نفر). (جدول شماره ۱)

این پژوهش از فرم کوتاه ۲۸ سؤالی آن استفاده خواهد شد. پرسشنامه سلامت عمومی چهار مقیاس فرعی را در بر می گیرد که عبارتند از: نشانه های جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، افسردگی اساسی. روش نمره گذاری با استفاده از مدل لیکرت و دامنه نمرات نیز بین ۰ تا ۸۴ است. علاوه بر نمره هر مقیاس یک نمره کلی وجود دارد. نمره برش ۲۳ برای تفکیک افراد سالم از افراد مشکوک به اختلال روانی و در هر خرده آزمون نمره برش ۶ گزارش شده است. پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری شده است. مطالعات مختلف، حاکی از پایایی بالای پرسشنامه سلامت روان است. روایی پرسشنامه سلامت عمومی بیشتر متکی بر نوعی روایی سازه است که از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با سایر ابزارهای مشابه که برای سرند اختلالات روانی کار آبی داشته اند، تعیین گردیده است (۲۰). سوال های پرسشنامه سلامت

جدول (۱) پروتوکل گام به گام روش تغییر سبک زندگی (ویژه زوجین)

جلسه اول (همدلی، ارتباط و آرایه اطلاعات)	
۱- معرفی: شامل (شروع با نام و یاد خدا- معرفی خود به عنوان مشاور این برنامه- معرفی کل برنامه- اجرای پرسشنامه های شیوه زندگی و سازگاری زوجین و سلامت عمومی)	۵- تشویق و ایجاد امید
۲- آشنایی	۶- اطمینان دادن برای حل مشکلات
۳- تشویق و تهییج	۷- تشویق به همکاری
۴- آرایه اطلاعات	۸- کمک به افزایش عزت نفس
جلسه دوم (تصریح، تشویق و ارزیابی)	
۱- شناخت تکالیف زندگی (ارایه نتایج حاصل از آزمون تکالیف به افراد و کمک به شناسایی شیوه زندگی برای اعضا)	
۲- بررسی اهداف و عملکرد گذشته	
۳- تمرین ترسیم شیوه زندگی	
۴- ارزیابی اهداف و عملکرد گذشته و تدوین اهداف و روشهای آلترناتیو تکلیف: به شرکت کنندگان تکلیف داده می شود تا تمرینات این جلسه را همراه با همسرشان تکرار و اهداف و روش ها را تدوین، ارزیابی، بازنگری و اصلاح نمایند.	
جلسه سوم (گسترش شناخت جدید و متمایز شدن)	
۱- آگاهی از اهداف و تکالیف زندگی	
۲- تمرین	
۳- کمک به اعضای گروه برای پذیرش نیاز به تغییر	
۴- تشویق اعضا به کنار گذاشتن اهداف و عقاید گذشته	
۵- تشویق اعضا به بخشش دیگران، مقصر ندانستن همسر و تمرکز به خود تکلیف: به اعضای گروه تکلیف داده می شود تا در منزل همراه با همسرشان تکالیف تدوین شده در جلسه را تکرار، تمرین و در صورت لازم اصلاح نمایند.	
جلسه چهارم (جهت گیری مجدد)	
۱- گسترش بینش به سوی اهداف و توسعه نگرش جدید در زندگی	
۲- شکستن الگوهای قبلی	
۳- آرایه تکلیف (به شرکت کنندگان تکلیف داده می شود تا حداقل یک تکلیف را در طول یک هفته در خارج از جلسه و در محیط واقعی (در ارتباط با همسرشان) تمرین کنند. شرکت کنندگان نقشی را برای تمرین در محیط واقعی زندگی انتخاب کنند که برای آنها و همسرشان جالب باشد).	
۴- تشویق به اعضا به همکاری بیشتر با همسر	
۵- تشویق اعضا به گسترش همدلی با همسر	
جلسه پنجم (ایفای نقش، جهت گیری مجدد و تهییج)	
۱- تشویق به تمایز یافتن و برداشتن گام های جدید	۳- تشویق به برداشتن گام های جدید در زندگی واقعی
۲- شکستن الگوهای قبلی	۴- تشویق احساس تعهد و مسئولیت
جلسه ششم (حمایت، ارزیابی و تلخیص)	
۱- بحث و ارزیابی	۳- تلخیص مباحث
۲- حمایت	۴- اختتامیه (تکمیل مجدد پرسشنامه ها- تقدیر و تشکر- نظرخواهی درباره دوره)

داوطلب شرکت در پژوهش شدند؛ ولی آموزشی دریافت نکردند، انجام شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۲، توزیع فراوانی سطح تحصیلات در سه گروه تحصیلی را نشان می‌دهد. در گروه آزمایش و کنترل سطح تحصیلات فوق دیپلم کمترین فراوانی و سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی است.

شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین) مربوط به متغیر سن آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش، ۳۰/۴۲ و ۳/۱۰۲ و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل ۳۰/۶۷ و ۲/۹۴۷ است.

جدول (۲): فراوانی و درصد آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل برحسب تحصیلات

گروه		آزمودنی‌ها	تحصیلات
کنترل (n=۱۸)	آزمایش (n=۱۸)		
۱۲	۱۱	فراوانی	دپلم فوق دپلم لیسانس پایه تحصیلی
۳۳/۳	۳۲/۴	درصد	
۸	۹	فراوانی	
۲۲/۲	۲۶/۵	درصد	
۱۶	۱۴	فراوانی	
۴۴/۴	۴۱/۲	درصد	

به منظور مقایسه میانگین‌های آزمودنی‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس، ابتدا لازم است پیش فرض تساوی واریانس‌ها بررسی گردد. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد.

براساس نتایج حاصل از آزمون لوین، تساوی واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل تأیید گردید؛ یعنی پیش فرض تساوی واریانس نمره‌ها در دو گروه تأیید شد. بنابراین، استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع بود.

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میان پیش آزمون و پس آزمون و همچنین گروه‌ها از نظر آماری معنادار است ($p < 0.05$) بنابراین می‌توان وجود اختلاف بین گروه‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) را پذیرفت. با توجه به تحلیل به دست آمده میزان تاثیر مداخله آموزش سبک زندگی به زوجین در ابعاد سلامت روان زوجین شامل: کارکرد جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی زوجین به ترتیب برابر است با ۷۸٪، ۵۱٪، ۷۰٪ و ۵۶٪ می‌باشد و در بهبود حل تعارض زوجین برابر ۵۶٪ می‌باشد.

مراحل درمان شامل ۱۲ مرحله زیر است: همدلی و ارتباط، ارایه اطلاعات، تصریح افکار، تشویق، تفسیرهای شناختی، آگاهی از سبک زندگی، فراموشی تجارب عاطفی آسیب‌زا، متفاوت بودن، تقویت، علایق اجتماعی، جهت‌گیری مجدد، حمایت و گفتگو درباره مسایل فراتر از درمان (مسایل فلسفی و معنوی).

محتوای جلسه‌ها را گفتگو، بحث و تمرین و انجام تکالیف تشکیل خواهد داد. همه اعضای گروه آزمایش به مدت ۶ ساعت در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت ۲ جلسه در هفته از آموزش تغییر سبک زندگی برخوردار خواهند شد.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS توصیف (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین) و تحلیل (آزمون t و تحلیل واریانس چند متغیره یا کوواریانس) شدند. بعد از اتمام کار جلساتی به صورت فشرده و در ۳ هفته برای گروه گواه که

جدول شماره ۳، نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون ابعاد رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد و ملاحظه می‌شود که نمرات پیش آزمون سلامت روان زوجین در گروه آزمایش ۲۳ و نمرات پس آزمون آنها ۱۰ و همچنین نمرات پیش آزمون حل تعارض زوجین در گروه آزمایش ۱۲ و نمرات پس آزمون آنها ۱۵ می‌باشد.

جدول (۳): میانگین نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون ابعاد رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌های مطالعه		پیش آزمون	پس آزمون
سلامت روان	آزمایش		
	کنترل	۲۶/۷۲	۲۸/۳۱
اضطراب زوجین	آزمایش	۶/۲۵	۳/۰۶
	کنترل	۶/۸۱	۷/۲۸
کارکرد جسمانی زوجین	آزمایش	۶/۶۴	۲/۴۴
	کنترل	۷/۳۹	۸/۰۶
افسردگی زوجین	آزمایش	۳/۴۲	۰/۹۴
	کنترل	۳/۶۷	۴/۱۹
حل تعارض زوجین	آزمایش	۱۲/۴۷	۱۵/۸۹
	کنترل	۱۱/۲۸	۱۱/۳۳

جدول (۴): تفاوت میانگین نمره های ابعاد مورد مطالعه

ابعاد	درجه آزادی		میانگین مجذورات		F	سطح معناداری		اندازه اثر		توان آماری	
	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی		عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون
کارکرد جسمانی	۱	۱	۱۴/۶۵۸	۵۴۲۳/۸۵۴	۰/۶۸۹	۲۵۴/۹۸۳	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۱۰	۰/۷۸۷	۰/۱۳۰
اضطراب زوجین	۱	۱	۱۱/۳۰۵	۳۰۷/۵۳۹	۲/۶۹۲	۷۳/۲۲۲	۰/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۳۸	۰/۵۱۵	۰/۳۶۶
کارکرد اجتماعی	۱	۱	۰/۸۱۳	۵۴۱/۶۳۲	۰/۲۵۳	۱۶۸/۳۷۲	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۷۰۹	۰/۰۷۹
افسردگی زوجین	۱	۱	۹/۷۱۴	۱۸۵/۲۴۶	۴/۵۹۷	۸۷/۶۱۲	۰/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۶۲	۰/۵۵۹	۰/۵۶۱
حل تعارض زوجین	۱	۱	۰/۶۸۶	۳۵۳/۱۰۵	۰/۱۷۰	۸۷/۳۶۸	۰/۶۸۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۵۵۹	۰/۰۶۹

بحث و نتیجه گیری

چنان که گفته شد، سلامت عمومی، شامل عملکرد کاملاً سازگار فرد و سازش یافتگی او با جهان بیرون و ماحصل چنین عملکردی اثربخش بودن و سعادتمندی است. سلامت عمومی تنها واحد کارایی و احساس رضایت نیست؛ بلکه می تواند یک حالت روانی استوار، یک رفتار اجتماعی مناسب یا یک گرایش و میل شادمانه باشد. به عبارت دیگر، به عنوان یک حالت تعادل بین درون خود و محیط تعریف می شود (۲۲). سلامت عمومی یک مفهوم عام، کلی و همه جانبه بوده و به منظور افزایش و بهبود آن نیز می بایست در پی یک درمان کامل و همه جانبه که تمامی ابعاد زندگی را در برداشته باشد، همچون آموزش تغییر سبک زندگی به طور عام بود. همانطور که مشاهده شد آموزش تغییر سبک زندگی به زوجین بر بهبود سلامت عمومی زوجین دارای ناسازگاری ناشویی تاثیر مثبت داشت. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات انجام شده در این زمینه از جمله بروئر، رات و همکاران (۲۳)، اریکسون، هاگبرگ، لیندهولم و همکاران (۲۴)، مگرن و اسمال (۲۵) و ساگدال، اووربی، لانسلیر و همکاران (۲۶) همخوان و همسوست.

همخوان با پژوهش حاضر بروئر و همکاران (۲۳) بیان نمودند که آموزش تغییر سبک زندگی از طریق اینترنت نیز بر میزان سلامت عمومی کاربران عضو در شبکه های اینترنت عمومی خاص که به آموزش سبک زندگی اختصاص یافته بودند، تاثیر معناداری داشت، به نحوی که پس از انجام آموزش نمرات مربوط به سلامت عمومی این افراد در مقایسه با ۳ ماه قبل که شروع به شرکت در دوره های مجازی آموزش تغییر سبک زندگی نموده بودند، به میزان معناداری افزایش یافت.

در همین راستا اریکسون و همکاران (۲۴) نیز در پژوهش خود مبنی بر بررسی کیفیت زندگی و سلامت عمومی ۱۵۱ مرد و زن ۱۸ تا ۶۱ ساله در معرض ابتلا به بیماری قلبی عروقی بیان نمودند که پس از یک دوره ۳ ساله آموزش تغییر سبک زندگی،

کیفیت زندگی و سلامت عمومی آنان به میزان قابل ملاحظه ای افزایش یافته بود.

مگرن و اسمال (۲۵) نیز در مطالعه ای با عنوان ارتقای سلامت و تغییر در شیوه زندگی اظهار داشتند که ایجاد تغییر در شیوه زندگی در درجه اول به ارتقای سطح سلامت می انجامد. همچنین به تازگی ساگدال و همکاران (۲۶) نیز در پژوهش خود مبنی بر بررسی تاثیر آموزش سبک زندگی بر سلامت مادر- کودک، بیان می کنند که سلامت عمومی مادرانی که در طول دوران بارداری تحت آموزش سبک زندگی قرار می گیرند، به میزان قابل ملاحظه و معناداری افزایش می یابد. همچنین علاوه بر افزایش سلامت عمومی آنان، افسردگی پس از زایمان نیز در هیچ یک از این مادران گزارش نشد. سلامت عمومی فرزندان نیز در مقایسه با سایر کودکان همسن، به میزان معناداری بالاتر ارزیابی گردید.

در بعد اضطراب نیز نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه از جمله یالدا، مگان، مهتا و همکاران (۲۷)، برک (۲۸) و ویکمن و جوهر (۲۹) همخوان و همسو است. یالدا و همکاران (۲۷) در پژوهش خود مبنی بر بررسی آموزش تغییر سبک زندگی مبتنی بر یوگا، این آموزش را در کاهش اضطراب زنان و مردان دارای اضطراب موثر گزارش نمودند. در همین راستا ساریس و همکاران (۳۰) داروهای ضد اضطراب، آموزش تغییر سبک زندگی و تمرین می تواند به عنوان کامل ترین پکیج درمانی مشکلات اضطرابی به کار گرفته شود. در این مطالعه، ترکیب این موارد تاثیر بسیار بیشتری از به کارگیری هر یک از این موارد به تنهایی نشان داده است. همچنین برک (۲۸) نیز ضمن بیان تاثیر معنادار سیستم فشار و استرس و سبک و شیوه زندگی افراد بر میزان اضطراب و افسردگی آنان، تغییر سبک زندگی را در درمان و کاهش معنادار اضطراب و افسردگی معنادار و موثر گزارش نمودند.

در مقیاس کارکرد جسمانی تومیتو و همکاران (۳۱) بیان نمودند که عملکرد جسمانی بیماران مبتلا به اختلال آپنه خواب در اثر

جلوگیری کرد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش مداخله ای تغییرسبک زندگی بر ارتقای سلامت روان زوجین و کاهش تعارضات زناشویی و در نتیجه بهبود سازگاری زناشویی همسران انجام شده است.

این پژوهش در شهر تهران انجام شده و لازم است در تمهیم دهی به سایر جوامع آماری احتیاط شود. نداشتن مرحله پیگیری به علت عدم همکاری کافی شرکت کنندگان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌گردد.

همچنین نگرش آزمودنی‌ها به آزمون‌های مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تاثیر قرار دهد.

پیشنهادی شود، انجام پژوهش مشابه بر روی زوجین در سایر گروه‌های سنی و در شهرها و جوامع دیگر نیز انجام شده و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. نظر به تاثیر نقش ناسازگاری در کاهش کیفیت زندگی زوجین و با توجه به تایید اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی بر کیفیت زندگی زوجین ناسازگار، توصیه می‌شود در مراکز مشاوره خانواده از این آموزش در جهت کمک به افزایش سلامت روان و کاهش تنش و ناسازگاری این افراد کمک گرفته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه خانواده‌ها، مسئولین و کارکنان که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

آموزش تغییر سبک زندگی به طور معناداری بهبود یافته است. گولینکس و همکاران (۳۲) نیز این آموزش را در عملکرد جسمانی و وزن گرفتن زنان باردار مبتلا به وسواس موثر بیان نمودند.

در بعد افسردگی، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از مطالعات انجام شده در این زمینه از جمله گروت، دیلی، کوشنیک و همکاران (۳۳)، روسون، ووتیلانین، کارهونن و همکاران (۳۴)، کیفیر، کالدول، ولمرنیک و همکاران (۳۵) و پاندی و تیواری (۱۷) همخوان و همسوست. برای مثال گروت و همکاران (۳۳) در پژوهش خود بیان نمودند که آموزش تغییر سبک زندگی علاوه بر افزایش سلامت جسمانی در بیماران مبتلا به دیابت، بر کاهش علائم افسردگی در این بیماران تاثیر معناداری داشته است. همچنین کیفیر و همکاران (۳۵) در بررسی تاثیر آموزش سبک زندگی بر کاهش علائم افسردگی در زنان باردار آمریکایی بیان نمودند که آموزش تغییر سبک زندگی تاثیر زیادی بر کاهش علائم افسردگی در دوران بارداری زنان باردار و افسردگی پس از زایمان این گروه داشته است.

همچنین در تبیین اثربخشی تغییر سبک زندگی از زوجین در حل تعارضات زوجین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که تاثیر آموزش تغییر سبک زندگی بر کاهش تعارضات زوجین معنی دار بوده است و ضریب این تاثیر نیز برابر ۵۶٪ با یافته‌های مطالعات نورما (۳۶) و وویلز و اسپربر (۳۷)، همخوان و همسوست. بنابراین با توجه اهمیت سازگاری زناشویی و تاثیر بی‌شک مثبت آن بر سلامت روانی و عمومی کلیه افراد خانواده، ضروری است عوامل موثر بر استحکام خانواده مورد توجه قرار گیرد تا با شناسایی این عوامل بتوان ازدواج‌های با ریسک بالای نارضایتی و طلاق را کاهش داد و بر شادکامی و رضایت ازدواج‌های موجود افزود و از این طریق از پیامدهای ناگوار نابسامانی‌های خانوادگی

References:

1. Kar A. Family Therapy: Analysis of the relationships and conflicts between couples. Marandiz publication. 2005. [Persian].
2. Ameri F, Norbala A, Ajhhay J, Rasolzadeh K. A study of the efficacy of the Strategic family therapy interventions in marital discord: Psychology journal. 2003; 3:47-59. [Persian]
3. Ahmadi KH. The Determinants of Marital Adjustment and A Comparison between Effectiveness of two Approaches of change of Lifestyle and Conflict Resolution in Maladjusted Couples. Doctoral thesis, Allameh Tabataba'i. 2003. [Persian]
4. Ahmadi KH, Azad Marzabady E, Mollazamani A. The Study of Marital Adjustment in Islamic Revolutionary Guard Corps (Sepah) Staff: Journal of Military Medicine. 2005; (7), 2:141-152. [Persian]
5. Jonaid E, Noorani S, Sadodin SH, Mokber N, Shakeri M. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile woman referred to the public clinics in mashhad: Iran jobstet Gyncol. 2009; (12)1:7- 6.
6. Hoseini Nasab D, Badri R, Ghaemian Oskoubi A. The Correlation of Personality Traits with Interpersonal Conflict Resolution of Married Students of Islamic Azad University of Tabriz. The Quarterly of Education Management. 2009; 2. [Persian]
7. Parande A, SiratiNir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected Post traumatic stress disorder with

- major depression disorder: The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007; 9:67-76.[Persian]
8. Harris MA. Changing and Adhering to Lifestyle Changes. Child Development and Rehabilitation Center. Oregon Health & Sciences University, Portland, Oregon. American Journal of Lifestyle Medicine. 2007. 1(3). 214-219
 9. Nozadi M. Comprehensive book of public health. Vaghefi publication. 2008. [Persian]
 10. Rahpeima N. The relationship between Public health and marital satisfaction with Burnout among working women in the governors in Fars Province. Public psychology MA. Thesis, Azad University of Marvdasht. 2011.[Persian]
 11. Safavi H. A study of the relationship between religious attitude and general health. MA. Thesis, Islamic Azad University of Science and Research of Tehran. 2007. [Persian]
 12. Hosseyni A. Principles of mental health. The publication of Mashhad Medical Sciences University. 1996. [Persian]
 13. Mahdavi kani M. Religion and lifestyle. The publication of the University of Imam Sadegh. 2008; 2. [Persian]
 14. Oberst A, Stuart A. Adlerian Psychotherapy. Ghaderi N. Arjmand publication. 1959.
 15. Lombardi DN. Tweve stages of creative Adlerian Psychotherapy: individual Psychology. 1975; 44: 130- 143.
 16. Alizadeh H, Sajadi H. Democratic relations and mutual respect.1: Danjeh publication. 2010. [Persian]
 17. Pandey Nisha M, Tiwari SC. The Indian concepts of lifestyle and mental health in old age. 2013; 55 (6): 288-292.
 18. Singh A. Lifestyle counselling: emerging challenges, missing opportunities and future directions for research. 2013; 153-162.
 19. Ameri F. A study of the efficacy of the Strategic family therapy interventions in marital discord. MA Thesis. University of Modares. 2002. [Persian]
 20. Sanaei B. A Comparison of Family Evaluation and Marriage, Tehran: Besat Press. 2008. [Persian]
 21. Olson DH, Olson A. Enrich Canada, Inc: Journal of Family Mistry. 1997; (11): 4:28-53.
 22. Behzadi A. The efficacy of Katarya laughter therapy in increasing the level of general health for the elderly of the Hospice. MA Thesis, University of Alameh Tabatabai. 2010. [Persian]
 23. Brouwer W, Oenema A, Raat H, Crutzen R, Nooijer J, Vries N. K, Brug J. Characteristics of visitors and visitors to an Internet-delivered computer-tailored lifestyle intervention implemented for use by the general Health: Health Education Research. 2010; 25(4): 585-595.
 24. Erickson M, Hagberg L, Lindholm L, Olsson M, Osterlind J, Eliason M. Quality of life and cost-effectiveness of a 3 year trial of lifestyle intervention in primary health care: Archnoide of International Medicine. 2010.
 25. Mogren I, Small R. Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. BMC Public Health. 2011; 11:936.
 26. Sagedal LR, Overby NC, Lohne-Seiler H, Bere E, Torstveit MK. Study protocol: fit to delivery- can a lifestyle intervention in pregnancy result in measurable health benefits for mothers and newborns? A randomized controlled trial: BMC Public Health. 2013; 13.
 27. Yadav RK, Magan D, Mehta M, Mahapatra S. A short-term, comprehensive, yoga-based lifestyle intervention is efficacious in reducing anxiety, improving subjective well-being and personality: International Journal of Yoga. 2012; 5 (2): 134-139.
 28. Berk M. The impact of stress systems and lifestyle on dyslipidemia and obesity in anxiety and depression: Psychieuroendocriology. 2013; 28 (2): 209-218.
 29. Wikman A, Johar A. Poor health-related quality of life in the Swedish general population: The association with disease and lifestyle factors: Scandinavian Journal of Public Health. 2013; 41 (7): 744-753.
 30. Sarris J, Moylan S, Camfield DA, Pase MP, Mischoulon D, Berk M. Complementary medicine, exercise, mediation and lifestyle modification for

- anxiety disorders: a review of current evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012.
31. Toumilehto H, Gylling H, Peltonen M, Martikainen T, Sahlman J, Kokkorinen J, Randell J. Sustained Improvement in Mild Obstructive Sleep Apnea after a Diet- and Physical Activity-based Lifestyle Intervention: Post Interventional Follow-up: *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2010; 92(4): 688-696.
 32. Guelinckx I, Devlieger R, Mullie P, Vansant G. Effect of Lifestyle Intervention on Dietary Habits, Physical Activity, and Gestational Weight Gain in Obese Pregnant Women: a Randomized Controlled Trial: *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2010; 91(2): 373-380.
 33. Groot MD, Doyle T, Kushnick M, Shubrook J, Merrill J, Rabideau E, Schwartz F. Can Lifestyle Interventions Do More Than Reduce Diabetes Risk? Treating Depression in Adults with Type 2 Diabetes with Exercise and Cognitive Behavioral Therapy: *Current diabetes reports*. 2012; 12 (2): 157-166.
 34. Ruusunen A, Voutilainen L, Karhunen L, Lehto SM, Tolmunen T, Keinänen S. How Does Lifestyle Intervention Affect Depressive Symptoms? Results from the Finnish Diabetes Prevention Study: *Diabetic Medicine*. 2012; 29 (7): 126-132.
 35. Kieffer EC, Caldwell CH, Welmerink DB, Welch KB, Sincon BR, Guzman JR. Effect of the healthy MOMs Lifestyle Intervention on Reducing Depressive Symptoms among Pregnant Latinas?: *American Journal of Community Psychology*. 2013; 51 (1-2): 76-89.
 36. Norma S. Exploring Healthy Lifestyle Behaviors, Deployment Factors, and Adjustment among Military Spouses. University of Hawaii at Manoa. 2011.
 37. Sperber NR, Voils CI, Coe NB, Konetzka RT, Boles J, Van Houtven CH. How Can Adult Children Influence Parents' Long-Term Care Insurance Purchase Decisions? *The Gerontologist*. 2014 Sep 10.