

کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور برکاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل

محمد جلال محمودی^۱، باقر ثنائی^۲، علی محمد نظری^۳، رضا داورنیا^۴، بهرام بختیاری سعید^۳، محمد شاکرمی^۲

^۱ گروه مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران ^۲ گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران ^۳ گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: درمان کوتاه مدت راه حل محور یکی از انواع رویکردهای درمانی پست مدرن در حیطه خانواده و ازدواج است که بر یافتن راه‌حل‌ها به وسیله مراجع با همکاری درمانگر تأکید دارد. هدف از این بررسی کارایی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه این پژوهش را کلیه زنان متأهلی تشکیل می‌دادند که پس از فراخوان اعلام شده به وسیله محقق به مرکز همیاران سلامت روان شهر بجنورد در تابستان سال ۱۳۹۳ مراجعه نموده‌اند. پس از مصاحبه اولیه و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۳۰ نفر از زنان واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاین۱۹۹۶ (CBM) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۶ (WHOQOL) استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخله درمانی در ۷ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش ارایه شد، اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسه‌ها، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: پس از انجام مداخله کوتاه مدت راه حل محور، میزان فرسودگی زناشویی زنان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به اندازه ۱۷/۵۳ واحد کاهش یافته که در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار بود ($F=277/50$) و کیفیت زندگی آنان به اندازه ۱۹/۸۶ واحد بهبود پیدا کرده بود که این میزان نیز به احتمال ۹۹ درصد معنی‌دار بوده است ($F=234/85$). در گروه کنترل تغییر معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: درمان کوتاه مدت راه حل محور توانسته بر کاهش فرسودگی زناشویی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مؤثر واقع گردد. پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده با بهره‌گیری از این روش درمانی به حل مشکلات زوجی و خانوادگی کمک نمایند.

واژه‌های کلیدی: فرسودگی زناشویی، درمان کوتاه مدت راه حل محور، کیفیت زندگی، زنان متأهل

^{نویسنده مسئول:} رضا داورنیا، کرج، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

Email: rezadavarniya@yahoo.com

مقدمه

ازدواج یکی از مهم‌ترین نیازهایی است که تقریباً تمام ابعاد زندگی انسان را برای حدود نیم قرن تحت تأثیر قرار می‌دهد. قدمت ازدواج به قدمت تاریخ است و از روزی که انسان وجود داشته، عشق و محبت، ازدواج و اختلافات زناشویی هم وجود داشته است. در واقع سلامت روانی انسان تا حد زیادی در گرو یک ازدواج خوب و موفق است (۱). بسیاری از زوج‌ها زندگی زناشویی خود را با عشق آغاز می‌کنند. در آن زمان آنها هرگز فکر نمی‌کنند که آتش عشق آنها روزی فروکش خواهد کرد. الیس عنوان می‌کند، زوج‌هایی که به تازگی ازدواج کرده‌اند، کمتر به این فکر می‌کنند که ممکن است، زمانی عشق افسانه‌ای آنها کمرنگ شود و این درست زمانی است که فرسودگی (۱) آغاز شده است (۲). فرسودگی وضعیت دردناک جسمانی، عاطفی و روانی است و کسانی را که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی آنها معنا ببخشد، متأثر می‌سازد. فرسودگی هنگامی بروز می‌کند که آنها متوجه می‌شوند، علی‌رغم تمام تلاش‌های آنها این رابطه به زندگی آنها هیچ معنا و مفهوم خاصی نداده و نخواهد داد (۳).

به اعتقاد کایزر فرسودگی زناشویی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین نسبت به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (۴). پاینز، نیل، هامر و آیسکسن فرسودگی را به عنوان یک حالت خستگی جسمانی،

عاطفی و روانی که در شرایط درگیری طولانی مدت همراه با مطالبات عاطفی ایجاد می‌شود، می‌دانند (۵). خستگی جسمانی (۱) با خستگی، ملالت، ضعف، سردردهای مزمن، معده درد، از دست دادن اشتها و پرخوری نشان داده می‌شود. خستگی عاطفی (۲) با رنجش، بی‌رغبتی، افسردگی، تنهایی، کمبود انگیزه، احساس گیر کردن، بی‌ارزشی، برهم خوردگی احساسی و حتی افکار خودکشی شناخته می‌شود (۲). خستگی روانی (۴) نشانگانی در کاهش اعتماد به نفس، عقیده منفی نسبت به همسر، ناامیدی نسبت به همسر، نارضایتی از خود و فقدان عشق به خود دارد (۶). از آنجا که فرسودگی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (۷). روابط بین زن و شوهر از عوامل مهم در کیفیت زندگی (۵) است. حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود، بلکه ارتقاء کیفیت زندگی در زمینه‌های متعدد تلاش اصلی جوامع تلقی می‌شود (۸). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۶) عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است (۹). کیفیت زندگی مفاهیم عمده‌ای را که موجب رضایت کلی از زندگی

1-Burnout
2- Physical Exhaustion
3-Emotional Exhaustion
4-Mental Exhaustion
5-Quality of Life
6-World Health Organization

را برای خود تعیین کند تا به سمت آینده ای مطلوب خود پیش برود (۱۳).

فرآیند درمان راه حل محور معمولاً شامل پنج مرحله؛ ساخت یک مساله و هدف، شناسایی و تقویت استثنائات^(۷)، مداخلات یا تکالیفی که برای شناسایی و تقویت استثنائات طراحی می‌شوند، ارزیابی اثربخشی مداخلات و ارزیابی مجدد مساله و هدف می‌شود. در درمان راه حل محور مراجع و درمان‌گر با هم همکاری می‌کنند تا یک مساله و هدف تعریف شود. سپس تعریف مساله یا مشکل با مفهوم‌سازی مساله و استثنائات همراه می‌شود. در بسیاری از موارد، راه حل مشکل به این دیدگاه مراجع اسناد داده می‌شود که او دیگر این مشکل را تجربه نمی‌کند. این می‌تواند با افزایش استثنائات یا افزایش آگاهی مراجع از استثنائات مرتبط باشد. باین حال، در هر حالت این تغییر با اسناد دادن معنایی مهم به استثنائات به وسیله مراجع تسهیل می‌شود (۱۴).

درمان کوتاه مدت راه حل محور در حل انواع مشکلات و مسایل مختلف موفق عمل کرده است؛ از جمله خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان سوءاستفاده جنسی و سوء مصرف مواد (۱۵)، درمان اسکیزوفرنی مزمن (۱۶)، درمان مراجعه‌کنندگان با نقص ذهنی (۱۷)، توانبخشی ارتوپدی (۱۸)، مشاوره

می‌شود در بر می‌گیرد. این مفاهیم شامل سلامتی، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی می‌باشد (۱۰).

یکی از انواع درمان‌های روانشناختی جهت کاهش فرسودگی زناشویی و ارتقا کیفیت زندگی، درمان کوتاه مدت راه حل محور^(۱) است. مدل درمانی کوتاه مدت راه حل محور اعتبار خود را از زن و شوهری به نام استیو دیشیزر^(۲) و اینسو کیم برگ^(۳) و تیم آنها در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت^(۴) در میلوکی^(۵)، در ایالت ویسکانسین^(۶) آمریکا دارد (۱۱). درمان راه حل محور با فرضیه‌های خوش بینانه‌ای آغاز می‌شود. افراد توانمند و سلامت‌اند. آنها این توانایی را دارند که جهت ارتقا زندگی‌شان راه حل‌های شایسته‌ای را خلق و بر اساس آن با شادمانی زندگی کنند. در این رویکرد افراد جهت تغییر کردن مقاومت نمی‌کنند. آنها واقعاً خواهان تغییرند و کافی است به سادگی تمرکز آنها را از وخامت اوضاع به سوی کارهایی که هم اکنون موجب رفع این وخامت می‌شود، تغییر دهند. کشف و به کارگیری توانایی‌های بالقوه مراجعه‌کنندگان، هدف نهایی درمان راه حل محور است (۱۲). درمان راه حل محور به جای تمرکز بر مشکل، بر این تمرکز می‌کند که مراجعین می‌خواهند چه چیزی را به دست آورند. رویکرد راه حل محور بر گذشته تمرکز نمی‌کند، بلکه به جای آن بر حال و آینده تمرکز می‌کند. در طول فرآیند درمان راه حل محور، درمانگر مراجع را تشویق می‌کند تا سازه‌ها یا اهدافی

1-Solution-Focused Brief Therapy
1-Steve De Shzer
1-Insoo Kim Berg
1-Brief Family Therapy Center
1-Milwaukee
1-Wisconsin
Exceptions

پیش از ازدواج برای زوج‌ها (۱۹)، همجنس‌گرا بودن یکی از همسران (۲۰)، درمان اختلالات جنسی (۲۱) و کلینیک‌های سلامت روانی (۲۲). همچنین نتایج رضایت‌بخشی را در درمان مراجعه‌کنندگان با مشکلاتی مانند؛ مسائل تحصیلی، خشونت زناشویی، اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر و الکل و انواع مختلف اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و اختلال سازگاری به دست آورده است (۲۳). همچنین مطالعه‌هایی که در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت در میلوکی صورت گرفته، دامنه موفقیت آن ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ را در درمان مشکلات مراجعه‌کنندگان گزارش کردند (۲۴).

زیمرمن، پرسست و وتزل در مطالعه‌ای اثربخشی زوج درمانی گروهی راه حل محور برافزایش سازگاری و بهبود وضعیت زناشویی را بررسی کردند و نشان دادند که زوج درمانی راه حل محور در افزایش سازگاری زناشویی و بهبود وضعیت زناشویی مؤثر است (۲۵). نلسون و کلی در پژوهش خود اثربخشی درمان گروهی راه حل محور را در کاهش تعارضات زناشویی مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که درمان گروهی راه حل محور در کاهش تعارضات زناشویی مؤثر است (۲۶). راسل اثر بخشی درمان راه حل محور بر سازگاری زناشویی را مورد بررسی قرار داد. تحلیل‌های آماری بر روی داده‌ها نشان داد که این نوع درمان هر چهار مولفه مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر یعنی رضایت زناشویی، همبستگی، توافق و ابراز محبت را

به طور معنی‌داری افزایش می‌دهد (۲۷). شاکرمی و همکاران اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش استرس زناشویی زنان را بررسی نمودند و نتایج پژوهش آنها نشان داد که درمان راه حل محور در بهبود استرس زناشویی مؤثر بوده است (۲۸). نظری و گلی در پژوهشی با عنوان تأثیر روان‌درمانی راه حل محور بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل نشان دادند که روان‌درمانی راه حل محور می‌تواند پرخاشگری و مشکلات جنسی زوج‌ها را کاهش دهد و باعث بهبود زمان با هم بودن و توافق درباره مسایل مالی شود (۲۹).

فرسودگی زناشویی یکی از مشکلات زوجی شایعی است که بسیاری از زوج‌ها با آن مواجه هستند. مبتلایان به فرسودگی زناشویی احساس می‌کنند که از نظر هیجانی تباه شده‌اند، آزرده خاطر و دلسردند، علاقه ندارند چیزی را توضیح بدهند و یا در جهت حل مشکلاتشان گام بردارند. تصور می‌کنند که دیگر برای آنها در رابطه آنها نقطه امیدی باقی نمانده است. از آنجا که این پدیده با احساساتی مانند؛ خشم، نفرت، ناامیدی و سرخوردگی نسبت به همسر همراه است و انباشته شدن این احساسات دردناک به مرور زمان در زوج باعث بی‌میلی و ناخشنودی نسبت به همسر می‌گردد و زندگی در کنار شریک زندگی را غیر قابل تحمل می‌سازد، لذا توجه به این پدیده و اثرات مخرب آن و همچنین درمان به موقع آن برای سیستم زوجی بسیار مهم است. با توجه به این که درمان راه حل محور به عنوان یک رویکرد درمانی کوتاه مدت در

از سوی محقق اعلام شد و از تمامی زنان متأهلی که دارای مشکلات و تعارضات زناشویی و عدم صمیمیت در روابط با همسر خود بودند، دعوت به عمل آمد تا در جلسه‌های درمانی شرکت نمایند. پس از فرصت دو هفته‌ای جهت ثبت نام و نام نویسی، تعداد ۸۹ نفر جهت حضور در جلسات اعلام آمادگی نمودند. سپس پس از مصاحبه مقدماتی با هریک از متقاضیان و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۷۱ نفر از افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند. شرایط ورود به گروه شامل متأهل بودن و داشتن حداقل ۳ سال سابقه زندگی مشترک، دامنه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال، متقاضی طلاق نبودن، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان، تعهد جهت حضور در تمامی جلسه‌ها تا پایان درمان و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسه‌های درمان بود. مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، مصرف هر نوع داروی آرام بخش، الکل و مواد مخدر، سابقه خیانت زناشویی و داشتن سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی نیز موارد خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد. از میان افراد واجد شرایط پس از اجرای دو پرسشنامه پژوهش در مرحله غربالگری اولیه، ۳۰ نفر از زنانی که در پرسشنامه فرسودگی زناشویی نمراتی بالاتر از میانگین و در پرسشنامه کیفیت زندگی نمراتی کمتر از میانگین به دست آورده بودند، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است برای

کار با افراد دارای مشکلات گوناگون در پژوهش‌های مختلف نتایج درمانی مؤثری را به دست آورده است و توانسته به سازگاری و بهبود رابطه کمک نماید و از آنجا که تاکنون پژوهش‌های اندکی پیرامون مشکل فرسودگی زناشویی انجام گرفته و همچنین با توجه به جستجوهای انجام شده تاکنون هیچ پژوهشی در داخل و خارج کشور به بررسی تأثیر این رویکرد درمانی بر فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی نپرداخته است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بهره گرفته شده است. جامعه این پژوهش را کلیه زنان متأهلی تشکیل داده بودند که جهت حل تعارضات و بهبود روابط زناشویی خود پس از فراخوان اعلام شده به وسیله محقق به مرکز همیاران سلامت روان، شهر بجنورد تحت نظارت سازمان بهزیستی خراسان شمالی در تابستان سال ۱۳۹۳ مراجعه نموده بودند. شیوه اجرای پژوهش بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی خراسان شمالی و هماهنگی‌های صورت گرفته با مسوولین مرکز و پس از جلب نظر آنها جهت اجرای پژوهش، فراخوانی

قدردانی از همکاری گروه کنترل، کارگاه یک روزه درمان راه حل محور را برای آنها اجرا نمود.

شرح مختصر جلسه درمان کوتاه مدت راه حل محور در جدول ۱ ارایه شده است.

ابزار فرسودگی زناشویی پاینز (CBM)؛ در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری میزان فرسودگی زناشویی از مقیاس ۲۱ سوالی فرسودگی زناشویی پاینز ۱۹۹۶ استفاده شده است. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده فرسودگی بیشتر است و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره، ۲۱ می‌باشد. برای تفسیر نمره‌ها باید آنها را تبدیل به درجه کرد که این عمل از طریق تقسیم نمودن نمره‌های حاصل شده از پرسشنامه بر تعداد سؤالات (۲۱ سوال) به دست می‌آید. در تفسیر نمره‌ها، درجه بیشتر از ۵، نشانگر لزوم کمک فوری، درجه ۵ نشان دهنده وجود بحران، درجه ۴، نمایانگر حالت فرسودگی، درجه ۳ نشان دهنده خطر فرسودگی و درجه ۲ و کمتر از آن نیز نشان دهنده وجود رابطه خوب است. ضریب اطمینان آزمون - بازآزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه ماهه بود. ضریب آلفای اندازه‌گیری شده بین ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران نویدی، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (۳۳). در پژوهشی برای به دست آوردن روایی (CBM) این آزمون را با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ همبسته کردند، ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰ - به دست آمد

طرح‌های تجربی حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۳۰). در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (۳۱) رعایت گردید که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد.

پس از جایگزینی افراد در گروه‌های مداخله و شاهد و اخذ پیش‌آزمون از هر دو گروه، جلسه‌های درمان کوتاه مدت راه حل محور برای گروه آزمایش در ۷ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته یک جلسه و با ارایه تکالیف هفتگی و تمرین‌های منظم به وسیله درمان‌گر (دکتری متخصص مشاوره خانواده) اجرا شد، اما شرکت کنندگان گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت ننمودند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پروتکل جلسه درمانی در این پژوهش بر اساس مبانی رویکرد راه حل محور می‌باشد که برگرفته از رساله دکتری نظری است که تأثیر این رویکرد را بر رضایت زناشویی مورد بررسی قرار داده است (۳۲). پس از پایان جلسه‌های درمانی مجدداً دو گروه به وسیله پرسشنامه‌های پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس آزمون، محقق جهت رعایت مسایل اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و تعهدات داده شده و تشریح و

سطح $0/001$ معنی‌دار بودند (۳۴). در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه محاسبه شد که برابر با $0/75$ بود.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کولموگروف - اسمیرنوف، لون، ام باکس و آنالیز واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در این پژوهش برای گروه آزمایش $43/05 \pm 6/98$ سال و برای افراد گروه کنترل $46/53 \pm 5/12$ سال بود. میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج نیز برای گروه آزمایش $20/12 \pm 9/54$ سال و برای افراد گروه کنترل $19/87 \pm 8/28$ سال بود. هم‌چنین ۳۳ درصد آزمودنی‌ها مدرک تحصیلی‌شان زیر دیپلم، ۵۷ درصد مدرک دیپلم، ۶/۷ درصد مدرک کاردانی و ۳/۳ درصد آن‌ها مدرک تحصیلی کارشناسی داشتند.

نتایج ارایه شده در جدول ۲ حاکی از آن است نمرات پس آزمون متغیر فرسودگی زناشویی در گروه آزمایش کاهش یافته است و میانگین کیفیت زندگی در پس آزمون افزایش یافته است، در حالی که در میانگین پس آزمون هر دو متغیر در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش با توجه به وجود متغیر پیش‌آزمون و امکان وجود تفاوت اولیه دو گروه آزمایش و کنترل، برای کم کردن تفاوت اولیه

که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد (۳۴). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از محاسبه آلفای کرونباخ $0/77$ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ به وسیله سازمان بهداشت جهانی ساخته و در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. این ابزار از ۲۶ سؤال در چهار حیطه اصلی تشکیل شده است؛ حیطه سلامت جسمانی، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه وضعیت زندگی (۳۴). نتایج گزارش شده برای پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی به وسیله گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)، تعداد ۴۸۰۲ نفر از ۱۵ کشور، تعداد ۴۱۰۴ نفر از ۱۳ کشور و ۲۳۶۹ نفر از ۵ کشور مورد سنجش قرار گرفتند. میزان آلفای کرونباخ بین $0/66$ تا $0/84$ ، برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب است. در پژوهشی پایایی بازآزمایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، $0/70$ به دست آمد. نصیری برای پایایی مقیاس از ۳ روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته ای)، تنصیف و آلفای کرونباخ استفاده کرد، که به ترتیب برابر با $0/67$ ، $0/87$ و $0/84$ بود. به منظور تعیین روایی مقیاس از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از $0/45$ تا $0/83$ بود. تمام ضریب‌ها در

و مقایسه پس‌آزمون‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

در طرح نیمه آزمایشی پژوهش، پیش از تحلیل فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مهم برای استفاده از این آزمون آماری (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس کواریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که در ادامه آمده است.

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد (جدول ۳) مقادیر آماره Z برای هیچ‌یک از متغیرهای فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) و بنابراین توزیع نمرات آن‌ها نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز از آزمون لوین استفاده شد (جدول ۳) که با توجه به عدم معنی‌داری آزمون لوین برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی ($p > 0/05$) پیش‌فرض برابری واریانس‌ها نیز برقرار می‌باشد.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون در متغیرهای فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی بررسی گردید که با توجه مشاهده نشدن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار بود. همچنین برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کواریانس از آزمون

ام‌باکس استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد این مفروضه برقرار می‌باشد ($F = 0/732$, Box's $M = 2/382$) و ($p > 0/05$). با توجه به این که تمامی پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری تأیید شده است، انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری بلامانع هست.

با توجه به مقادیر نمایش داده شده در جدول ۴، از آنجایی که آزمون‌های چهارگانه تحلیل کواریانس چندمتغیری معنی‌دار شده‌اند، بنابراین حداقل بین دو گروه در یکی از متغیرهای فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین برای پی بردن به این تفاوت از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

بر اساس مقادیر نمایش داده شده در جدول ۵ تأثیر درمان راه حل محور بر متغیر فرسودگی زناشویی معنی‌دار است ($F = 277/50$ و $p < 0/001$). میزان این تأثیر ۸۶ درصد است، بدین معنا که ۸۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیر فرسودگی زناشویی مربوط به عضویت گروهی (مداخله راه حل محور) است. از آنجایی که نمرات فرسودگی زناشویی در پس‌آزمون کاهش یافته است می‌توان نتیجه گرفت که درمان راه حل محور باعث کاهش فرسودگی زناشویی زنان گروه آزمایش گردیده است. در مورد متغیر کیفیت زندگی نیز مداخله درمانی تأثیر معنی‌داری در افزایش این متغیر داشته است ($F = 243/85$ و $p < 0/001$). اندازه این تأثیر ۸۳

کوتاه مدت راه حل محور باعث کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است.

درصد بوده است. این بدین معناست که درمان راه حل محور توانسته است کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش را افزایش دهد. با توجه به این یافته‌ها، فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد، بدین معنا که درمان

جدول ۱: ساختار جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور در افراد تحت مطالعه

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون - هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوبها و بیان اصول کلی زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور. تکلیف: شرکت کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدفهای مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
جلسه دوم	هدف: کمک به شرکت کنندگان تا بتوانند هدفهای خود را بصورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدفهای دیگری را که از همسر، خود و زندگی‌شان دارند بصورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه‌گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.
جلسه سوم	هدف: کمک به شرکت کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی در خانواده وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آنها تا به قابلیت‌ها و منابع خود پی برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به هیچ وجه از همسر خود ایراد نگیرند و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از همسرشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند.
جلسه چهارم	هدف: کمک به شرکت کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی با همسر خود را تشخیص داده و بر این اساس در آنها امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد که به سوالات مطرح شده بیشتر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به جلسه بعد بیاورند.
جلسه پنجم	هدف: بر هم زدن الگوهای رفتاری مختلفی که شرکت کنندگان طراحی کرده‌اند با استفاده از پرسش معجزه آسا. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح شده در منزل فکر کنند و پاسخها را برای جلسه بعد بیاورند.
جلسه ششم	هدف: کمک به اعضا برای اینکه راههای دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم بجای. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد که هر روز در ساعتی مشخص سکه‌ای را به هوا پرتاب کرده و شخص برنده ۱۰ دقیقه از همسرش شکایت کند و وقتی ۱۰ دقیقه تمام شد شخص دیگر ۱۰ دقیقه شکایت کند و سپس نتیجه را به جلسه بعدی بیاورند.
جلسه هفتم	جمع بندی و نتیجه گیری و تعیین اینکه آیا اعضا به اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس آزمون

در این پژوهش از ابزارهای زیر جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد:

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فرسودگی	۱۰۶/۸۰	۲/۴۵	۸۹/۲۷	۲/۹۱
زناشویی	۱۰۵/۵۳	۲/۵۳	۱۰۶/۲۷	۳/۱۷
کیفیت زندگی	۵۴/۰۷	۲/۷۳	۷۳/۹۳	۳/۹۵
	۵۳/۸۰	۲/۹۵	۵۵/۰۱	۲/۸۰

جدول ۳: نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	آزمون لوین			آزمون کولموگروف - اسمیرنوف	
		F	Df1	Df2	آماره Z	سطح معنی‌داری
فرسودگی	پیش‌آزمون	۰/۱۱	۱	۲۸	۰/۷۷	۰/۶۰
زناشویی	پس‌آزمون	۰/۲۲	۱	۲۸	۰/۹۸	۰/۳۰
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۱۸	۱	۲۸	۰/۹۰	۰/۴۰
	پس‌آزمون	۰/۰۱	۱	۲۸	۱/۱۲	۰/۱۶

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل اثر پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۹۳	۱۷۰/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۰۷	۱۷۰/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۳/۶۶	۱۷۰/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۶۶	۱۷۰/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر عضویت گروهی بر نمرات متغیرهای فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی

منابع تغییر	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تأثیر عضویت گروهی (درمان)	فرسودگی زناشویی	۲۲۰۲/۷۳	۱	۲۲۰۲/۷۳	۲۷۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	کیفیت زندگی	۲۷۰۷/۸۷	۱	۲۷۰۷/۸۷	۲۳۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳

بحث

و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل انجام گرفت. همان گونه که نتایج پژوهش نشان داد، بین زنانی که مداخله درمانی راه حل محور را دریافت نموده بودند و زنانی که درمان را دریافت نکرده بودند، از نظر میزان فرسودگی زناشویی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و میزان فرسودگی زناشویی زنانی که تحت مداخله درمان راه حل محور قرار گرفته بودند به طور معنی‌داری کاهش یافته و کیفیت زندگی آنها ارتقاء پیدا کرده بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق استوارت که در پژوهش خود نتیجه

ازدواج یکی از مهم‌ترین نیازهایی است که تقریباً تمام ابعاد زندگی انسان را برای حدود نیم قرن تحت تأثیر قرار می‌دهد. قدمت ازدواج به قدمت تاریخ است و از روزی که انسان وجود داشته، عشق و محبت، ازدواج و اختلافات زناشویی هم وجود داشته است. در واقع سلامت روانی انسان تا حد زیادی در گرو یک ازدواج خوب و موفق است (۱). هدف از این مطالعه بررسی کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی

با نتایج تحقیقات ماری و ماری(۱۹)، زیمر من، پرست و وتزل(۲۵)، عطاری و همکاران(۴۰) و قمری(۴۱) هم‌سو و در تأیید آنها می‌باشد.

درمان راه حل محور رویکردی فرامدرن در زوج درمانی و خانواده درمانی است که درمانگران در پیش فرض‌ها و بررسی‌های خود، قدرت و توانمندی مراجعه کنندگان در توانایی‌شان برای ایجاد استثناات، انجام اهداف و پیوند دادن راه‌حل‌ها با زندگی را می‌نگرند(۴۲). شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت استثناات به وسیله مراجعه کنندگان در مورد مشکلات، یکی از عوامل مهم تغییر در درمان راه حل محور است. در رویکرد راه حل محور، شناسایی استثناات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرآیند درمان حفظ می‌کند. همان‌طور که دیشیزر توضیح داده، برای مراجعه کنندگان اولین چیزی که به نظر آنها می‌آید، خود مشکل است در حالی که برای درمانگران، اولین چیز، استثناات است(۴۳). درمان راه حل محور مشکلات، بر استثناات نسبت به چیزهای غلطی که در روابط به وجود می‌آید متمرکز است. درمان‌گر راه حل محور درباره زمان‌هایی که مشکل وجود نداشته و چگونگی نگاه مراجعه کنندگان نسبت به تمرکز بر همه جزییات مسئله جاری، سؤال می‌پرسد. سؤالات استثنا سعی می‌کنند زمانی که مشکل وجود نداشته یا مقابله کردن با مشکل آسان‌تر بوده، یا کمتر سخت بوده را فاش کنند(۴۷). در درمان راه حل محور به واسطه سؤالات درجه‌بندی (مقیاسی) درمان‌گر راه حل محور از مراجعه کنندگان می‌خواهد تا میزان

گرفت که زوج درمانی راه حل محور در افزایش رضایت از رابطه، بهبود مهارت‌های ارتباطی و کارکردهای فردی زوجین مؤثر است(۳۵)، ادیل، باتلر و دیلمن که تأثیر درمان راه حل محور را بر روی همبستگی زوجین و رابطه زناشویی مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آنها نشان داد که هشت زوج که دچار صدمات و درگیری‌های زیاد با یکدیگر بودند، بعد از درمان به شیوه راه حل محور درگیری کمتری را در روابط خود بیان کردند(۳۶)، مود و همکاران که در پژوهش خود نشان داد که درمان راه حل محور مهارت‌های ارتباطی زوجین را افزایش می‌دهد(۳۷)، ایگز و همکاران که در پژوهش خود نشان دادند که درمان راه حل محور باعث تغییر نگرش زوجین نسبت به موقعیت‌های دشوار می‌گردد و در زوجین دید مثبت‌تری را نسبت به مسایل ایجاد می‌کند و توانمندی‌های آنها را برای مقابله با مشکلات و دشواری‌ها بالا می‌برد(۱۶)، جانسون و همکاران که زوج‌هایی را به منظور بالابردن رضایت از ارتباط و ارتقا کیفیت روابط و شیوه‌های حل مساله انتخاب کردند و در معرض درمان راه حل محور قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان راه حل محور باعث بهبود روابط زوجین می‌شود(۳۸) و صحت و همکاران که تأثیر رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش تعارض‌های زناشویی را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که رویکرد راه حل محور بر کاهش تعارضات زناشویی و تمامی هشت زیر مقیاس آن مؤثر است(۳۹)، هم‌خوانی دارد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش

مشکلات خود را بر روی یک مقیاس درجه‌بندی از ۱ تا ۱۰ مشخص کنند. این سؤالات به مراجعه کننده کمک می‌کنند تا پیشرفت‌ها یا عدم پیشرفت یک مسئله خاص یا مشکل را خارج و داخل درمان تعیین کنند (۴۳). علاوه بر استثنائات یکی دیگر از سؤالات مداخله‌ای درمان‌گران راه حل محور پرسش معجزه آسا است. پرسش معجزه آسا به پیدا کردن اطلاعاتی درباره دید مراجع نسبت به آینده یا راه حلی برای حل مشکل کمک می‌کند. درمان‌گر راه حل محور از مراجع سوال می‌پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می‌دهی که مشکلت حل شده است؟ استفاده از این گونه سؤالات به مراجعین برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسایل آنها کمک می‌کند و می‌تواند گام مهمی در فرآیند تغییر باشد (۴۴). در جلسه‌های درمان وقتی از پرسش معجزه آسا برای مراجعه کنندگانی که نسبت به زندگی، همسر و آینده رابطه زناشویی خود ناامید بودند، استفاده شد و به آنها گفته شد تصورکنند اگر به یکباره معجزه‌ای اتفاق بیفتد و تمامی مشکلات آنها با همسرشان پایان یابد آنگاه چه اتفاقی می‌افتد، آنها متوجه چه تغییراتی خواهند شد و چطور تشخیص می‌دهند که مشکلات آنها پایان یافته است؟ این تکنیک به مراجعه کنندگان کمک کرد زندگی متفاوتی را تصور کنند که دیگر در آن مشکلی با همسر خود ندارند، تصویرسازی مطلوبی در ذهنشان ایجاد گردد و در نتیجه به زندگی آنها امیدوار شوند (۴۵).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اضافه کرد که با به کارگیری تکنیک استثنا از سوی درمانگر در جلسه‌های درمان، مراجعه کنندگان توانستند استثنائات زندگی آنها را تشخیص دهند، یعنی توانستند لحظات زیبایی که در گذشته در رابطه زناشویی با همسر آنها تجربه کرده بودند را بیابند و این استثنائات را تقویت کنند و در نتیجه استخراج این استثنائات متوجه شدند که لحظات خوبی در زندگی زناشویی شان بوده که با همسر خود روابط زیبایی داشته‌اند و فعالیت‌های خوشایندی را به همراه هم انجام داده‌اند و اکنون نیز می‌توانند دوباره این فعالیت‌ها را برقرار و لحظات خوبی را برای خود و همسر آنها خلق کنند. در رویکرد راه حل محور به دلیل این که تأکید اصلی بر تغییرات کوچک تا رسیدن به تغییرات بزرگ‌تر می‌باشد و تمرکز درمان هم بر مسایلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد، وقتی یک عضو زوج اولین گام کوچک را جهت تغییر با موفقیت بر می‌دارد و نتیجه این تغییر را در ارتباط با همسرش مشاهده می‌کند، اشتیاق او برای ادامه این روند تغییر بیشتر می‌شود و بنابراین پس از مدتی تغییرات بزرگ‌تری را در رابطه زناشویی مشاهده می‌کند. این تغییرات به وجود آمده به زوج کمک می‌کنند تا نسبت به آینده رابطه و زندگی زناشویی شان امیدوار شوند، احساسات مثبت نسبت به همسر را جایگزین احساسات خصمانه و منفی نمایند و احساس صمیمیت بیشتری نسبت بهم داشته باشند. وقتی تکنیک تحسین همسر برای مراجعان آموزش

آزمودنی‌ها نیز می‌تواند در میزان اثرگذاری این رویکرد مؤثر باشد که باید به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر در نظر گرفته شود. هم‌چنین از آنجا که این پژوهش بر روی زنان شهر بجنورد انجام شده است، لازم است که در تعمیم نتایج به دیگر شهرها احتیاط شود. با توجه به محدودیت در حجم نمونه مطالعه حاضر توصیه می‌گردد، به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد راه حل محور با دقت بالاتر، در مطالعه‌های گسترده‌تری با حجم نمونه بالاتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. اجرای پژوهش روی جوامع آماری و نمونه‌های دیگر و هر دو عضو زوج می‌تواند افق‌های تازه‌ای پیش روی پژوهشگران بگشاید. پیشنهاد می‌شود تا علاوه بر کاربست درمان راه حل محور، آموزش این رویکرد نیز با هدف پیشگیری از مشکلات زناشویی در دستور کار پژوهشگران و درمان‌گران قرار گیرد. با توجه به اثربخشی این رویکرد بر کاهش فرسودگی زناشویی و ارتقا کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها، مراکز مداخله در بحران خانواده، مراکز مشاوره خانواده و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش خانواده از این رویکرد در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده بیانگر این بود که این مدل درمانی توانسته میزان فرسودگی زناشویی را کاهش

داده شد و آنها آموختند که بایستی رفتارهای مثبت همسرشان را هر چند کوچک مورد تحسین و تمجید قرار دهند، این تحسین و قدردانی از همسر باعث شد تا روابط شرکت‌کننده‌گان با همسر آنها بهبود پیدا کند. در نتیجه حضور در جلسه‌های درمانی، شرکت‌کنندگانی که تا دیروز فکر می‌کردند، مشکل آن‌ها پیچیده و وحشتناک است اکنون با شرکت در جلسه‌های درمان امیدوار شده و متوجه شدند که توانایی‌های لازم برای حل مشکل خویش را دارند. هم‌چنین در نتیجه تکالیفی که در جلسه‌های درمان به آزمودنی‌ها ارایه می‌شد تا در طول هفته با همسر خود انجام دهند، انجام تکالیف و تمرین‌های دونفره با همسر باعث همکاری و مشارکت آزمودنی‌ها با همسران آنها گردید و این مسأله خود باعث افزایش صمیمیت و رضایت در رابطه گردید. در مجموع فنون و تکنیک‌های درمان راه حل محور در جلسات گروهی سبب گردید تا مراجعه‌کنندگان راه‌حل‌های مختلفی برای حل مشکلات آنها با همسر خود پیدا کنند و در نتیجه بهبود و کاهش شدت مشکلات از میزان فرسودگی زناشویی آنها کاسته شده و رضایت و صمیمیت بیشتری در رابطه با همسر آنها احساس نمایند و بدین ترتیب کیفیت زندگی آنها افزایش یابد. این پژوهش‌ها نیز به مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. شیوه نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده، بررسی نکردن نقش جنسیت از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. متفاوت بودن سطح تحصیلات

کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

و کیفیت زندگی افراد شرکت کننده در جلسه‌های درمان را بهبود بخشد. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه یا طرح تحقیقاتی نبوده و بدون حمایت ملی نهاد خاصی انجام شده است. گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از مدیریت محترم مرکز همیاران سلامت روان خراسان شمالی سرکار خانم لیلا نیک سرشت و تمامی شرکت

REFERENCES

1. Sanai B. Marriage: motives, cliffs and its health. *Educational Researches* 1999; 384 (4): 19- 43.
2. Koolae AK, Adibrad N, Sedgh Poor BS. The comparison of relationship beliefs and couples burnout in women who apply for divorce and women who want to continue their marital life. *Iran J Psychiatry* 2010; 5(1): 35-9.
3. Zarei E, Sadeghifard M, Adli M, Tayebi Soogh M. The Effectiveness of Ellis couple therapy training (The rational-emotional-behavioral approach) on reducing the marital burnout. *Journal of Life Science and Biomedicine* 2013; 3(3): 229-32.
4. Kayser K. The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. *Am J Fam Ther* 1996; 24(1): 68-80.
5. Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly* 2011; 74(4): 361-86.
6. Pines AM. Teacher burnout: A psychodynamic existential perspective. *Teachers and Teaching: Theory and Practice* 2002; 8(2):121- 40.
7. Huston T. What is love got to do with it? Why some marriage succeed and other fail. *Journal of Personal Relationship* 2009; 16(3): 301-27.
8. Newa Check PW, Taylor WR. Childhood chronic illness: prevalence severity and impact. *Am J Public Health* 1992; 82(3): 364-71.
9. Afkari ME, Ghasemi A, ShojaeizadehD, Azar T, Foroshani AR, Mohammad Taghdisi H. Comparison between family function dimensions and quality of life among amphetamine addicts and non- addicts in Iran. *Red Crescent Med J* 2013; 15(4): 356-62.
10. Ivanauskienė R, Kregzdyte R, Padaiga Z. Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicina (Kaunas)* 2010; 46(5): 351-9.
11. Taylor WF. Effects of solution-focused brief therapy group counseling on generalized anxiety disorder. (Ph.D dissertation). Walden Univ; 2013;109.
12. Hoseini B. The comparison of effectiveness of emotion-focused therapy and solution-focused therapy on the recovery of couples marital adjustment and components of intimacy and suggestion model building. (Ph.D dissertation). Allameh- Tabatabaee Univ of Tehran; 2011; 277.
13. Bannink FP. Solution-focused brief therapy. *J Contemp Psychother* 2007; 37(2): 87-94.
14. Guterman JT, Rudes J. A Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2005; 23(3): 223-44.
15. Trepper TS, Dolan Y, McCollum EE, Nelson T. Steve De Shazer and the future of solution-focused therapy. *J Marital Fam Ther* 2006; 32(2): 133-9.
16. Eakes G, Walsh S, Markowski M, Cain H, Swanson M. Family-centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. *J Fam Ther* 1997; 19(2): 145-58.
17. Westra J, Bannink FP. Simple solutions! A solution-focused approach in working with mentally handicapped clients. *Psycho Praxis* 2006; 8(5): 213-8.
18. Cockburn JT, Thomas FN, Cockburn OJ. Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *J Occup Rehabil* 1997; 7(2): 97-106.
19. Murray CE, Murray TL. Solution focused premarital counseling: Helping couples build a vision for their marriage. *J Marital Fam Ther* 2004; 30(3): 349-58.
20. Treyger S, Ehlers N, Zajicek L, Trepper T. Helping spouses cope with partners coming out: A solution-focused approach. *Am J Fam Ther* 2007; 36(1): 30-47.
21. Trepper TS, Treyger S, Yalowitz J, Ford J. Solution-focused brief therapy for the treatment of sexual disorders. *J Fam Psychother* 2010; 21(1): 34-53.
22. Beyebach M, Rodriguez Sanchez MS, Arribas DE, Miguel J, Herrero De Vega M, Hernandez C, et al. Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies* 2000; 19(1): 116-28.
23. Koob JJ. Solution-focused family interventions. In: Kilpatrick AC, Holland TP (editors). *Working with families: An integrative model by level of need*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2009;147-69.
24. Berg IK, De Jong P. Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 1996; 77(6): 376-91.

25. Zimmerman TS, Prest LA, Wetzel BE. Solution-focused couple therapy groups: An empirical study. *J Fam Ther* 1997; 19 (2):125-44.
26. Nelson TS, Kelley L. Solution-focused couples group. *J Syst Ther* 2001; 20(4): 47-66.
27. Russell M. Equine facilitated couples therapy and solution focused couples therapy: A comparison study. (Ph.D dissertation). Prescott Arizona Univ; 2006; 91.
28. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2013; 22:18-26.
29. Nazari A, Goli M. The effects of solution-focused psychiatry on marriage satisfaction of couples who both work. *Journal of Knowledge and Health* 2007; 4(2): 36-40.
30. Farahani HA, Arizi HR. Translated: *Methods in behavioral sciences*. Cozby PC (editor). 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Press; 2008; 77-78.
31. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20):2191-4.
32. Nazari AM. A study of effectiveness of relationship enrichment program and solution-focused counseling on marital satisfaction among dual career couples. (Ph.D dissertation). Tarbiat Moallem Univ of Tehran; 2004;183.
33. Navidy F. Study and comparison of couple burnout relationship with organizational climate factors in employee education and hospitals of Tehran nurses. (Master's thesis). Shahid Beheshti Univ of Tehran; 2005;131.
34. Sodani M, Deghani M, Deghanzadeh Z. Effectiveness of transactional analysis training on couple burnout and quality of life in couples. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 3(2): 160-80.
35. Stewart J. A pilot study of solution-focused brief therapeutic intervention for couples. (Master's thesis). Utah State Univ; 2011; 87.
36. Odell M, Butler TJ, Dielman MB. An exploratory study of clients experiences of therapeutic alliance and outcome in solution-focused marital therapy. *J Couple Relatsh Ther* 2005; 4(1): 1-2.
37. Mudd JE. Solution focused therapy and communication skills train and integrated approach to couples. (Master's thesis). State Unive; 2000; 78.
38. Johnson S, Lebow J. The coming of age of couple therapy: A decade of review. *J Marital Fam Ther* 2000; 26(1): 23- 38.
39. Sehat F, Sehat N, Khanjani S, Mohebi S, Shahsiah M. The effect of solution-focused short-term approach on marital conflict decrease in Qom. *Health Syst Res* 2014; 10(2):268-75.
40. Atari Y, Mohamadi K, Mehrabi Zade Honarmand M. The effect of solution-focused education with group method on marital adjustment in couples. *Journal of Psychological Results* 2009; 1: 51-66.
41. Qamari M. A study of effectiveness of solution-focused counseling in decrease of marital conflict aspects of practitioner couples. *Journal of Family Research* 2009; 5(19): 347-59.
42. Seedall RB. Enhancing change process in solution-focused brief therapy by utilizing couple enactments. *Am J Fam Ther* 2009; 37(2): 99-113.
43. De Jong P, Berg IK. *Interviewing for solutions*. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 2012; 152.
44. Lethem J. Brief solution-focused therapy. *Child and Adolescent Mental Health* 2002; 7: 189-92.
45. De Castro S, Guterman JT. Solution-focused therapy for families coping with suicide. *J Marital Fam Ther* 2008; 34 (1): 93-106.

The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Reducing Couple Burnout and Improvement of the Quality of Life of Married Women

Mahmudi MJ¹, Sanai B², Nazari AM², Davarniya R², Bakhtiari Said B³, Shakarami M²

¹Department of Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran, ²Department of Counseling, Kharazmi University, Alborz, Iran, ³Department of Counseling & Psychology, Islamic Azad University Gorgan Branch, Gorgan, Iran

Received: 7 Mar 2015

Accepted: 2 Jun 2015

Abstract

Background & aim: Solution-focused brief therapy is one of the postmodern therapeutic approaches in the area of family and marriage, which puts emphasis on finding solutions by the client in cooperation with the therapist. The current study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women.

Methods :The current research was of applied research; the method of the research was interventional and quasi-experimental which used pretest-posttest with a control group. The population of this research included all the women who attended the center of mental health helpers in Bojnoord, Iran, by the call of the researcher during the summer of 2014. After the initial interview and based on the criteria for inclusion and exclusion, among the qualified women, 30 women were selected by available sampling method and were replaced into two groups of experiment and control (15 for each group). For gathering the data, Pains couple burnout measurement 1996 (CBM) and the world health organization quality of life questionnaire 1996 (WHOQOL) were used. After conducting the pretest, the therapeutic intervention (solution-focused brief therapy) was performed in 7 weekly two-hour sessions in groups for the experiment group, but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed through MANCOVA (multivariate analysis of covariance) in the SPSS statistical software version 18.

Results: After investigating the assumptions of covariance analysis, the results of this test indicated that after performing the brief solution-focused intervention, marital burnout among the women in the experiment group reduced by 17.53% in posttest stage, which was significant at 99% level ($F = 27.50$). In addition, their quality of life improved by 19.86% which was significant in 99% level ($F = 234.85$). No significant change was seen in the control group.

Conclusion: According the results, it could be concluded that the solution-focused brief therapy was able to be effective in reducing marital problems. It is recommended that the family counselors would use this therapeutic method in order to resolve couple and family problems of the clients.

Keywords: Couple Burnout, Solution-Focused Brief Therapy, Quality of Life, Married Women.

Corresponding Author: Davarniya R, Alborz, Karaj, Kharazmi University, ¹Department of Counseling

E-mail: rezadavarniya@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Mahmudi MJ, Sanai B, Nazari AM, Davarniya R, Bakhtiari Said B, Shakarami M. The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Reducing Couple Burnout and Improvement of the Quality of Life of Married Women. *Armaghane-danesh* 2015; 20 (5): 416-432.