



The Effect of Cognitive Rehabilitation on Social Well-Being, Quality of Life and Marital Satisfaction of Nurses

Moslem Abbasi¹, Nader Ayadi², Zabih Pirani³, Zeinab Montazeri³

1. Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Salman Farsi University, Kazerun, Iran
2. Dept. of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Arak Islamic Azad University, Arak, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2016/10/18

Accepted: 2017/08/15

Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):231-239

DOI:

10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.231

Corresponding Author:

Zabih Pirani

Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Arak Islamic Azad University, Arak, Iran

Tel: 09371545808

Email:

zabih_pirani@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: According to the important role of nurses in the community, identifying the factors affecting on their work, personal and marital life and don the preventive actions in this regard seems to be necessary. Therefore, considering the necessity of improving of nurses' life, the aim of this study was to determine the effect of cognitive rehabilitation on social well-being, quality of life and marital satisfaction of nurses.

Methods: In this Quasi-experimental study, 40 male and female nurses were selected from intensive care wards of the hospital in Qom, 2015 were selected by convenience sampling method and then randomly assigned to experimental and control groups. To collect data, the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire (1993), Keyes Social Welfare questionnaire (2004) and quality of life questionnaire (1989) was used.

Also, for the analysis of data SPSS 21 software and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used.

Results: The results showed that cognitive rehabilitation is significantly effective on improving the social well-being variables, quality of life and marital satisfaction of nurses ($P < 0/001$).

Conclusion: Generally, It can be concluded that by providing cognitive rehabilitation and contribute to the better functioning of executive processes, Can be help to increase the well-being and improve the quality of life and marital relationships of nurses.

KeyWords: Rehabilitation, Social Well-Being, Quality of Life, interpersonal Satisfaction, Nurses

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Abbasi M, Ayadi N, Pirani Z, Montazeri Z. The Effect of Cognitive Rehabilitation on Social Well-Being, Quality of Life and Marital Satisfaction of Nurses. Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5(3):231-239

Abbasi, M., Ayadi, N., Pirani, Z. & Montazeri, Z. (2017). The Effect of Cognitive Rehabilitation on Social Well-Being, Quality of Life and Marital Satisfaction of Nurses. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(3):231-239



تأثیر توان بخشی شناختی بر بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پرستاران

مسلم عباسی^۱، نادر اعیادی^۲، ذبیح پیرانی^۳، زینب منتظری^۳

۱. گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی، کازرون، ایران
۲. گروه مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۲۷

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۴

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):231-239

نویسنده مسئول:

ذبیح پیرانی

گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

تلفن: ۰۹۳۷۱۵۴۵۸۰۸

پست الکترونیک:

zabih_pirani@yahoo.com



زمینه و هدف: با توجه به نقش مهم پرستاران در جامعه، شناسایی عوامل تأثیرگذار بر زندگی کاری، شخصی و زناشویی پرستاران و نیز انجام اقدامات پیش گیرانه در این زمینه ضروری است؛ لذا با توجه به ضرورت بهبود زندگی پرستاران، هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی توان بخشی شناختی بر بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پرستاران است.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی و جامعه پژوهش شامل پرستاران زن و مرد بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های شهر قم در سال ۱۳۹۴ است. نمونه این پژوهش ۴۰ نفر از پرستاران بودند. در این پژوهش پرستاران با روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه رضایت مندی زناشویی انریچ (۱۹۹۳)، پرسش نامه بهزیستی اجتماعی کبیز (۲۰۰۴) و پرسش نامه کیفیت زندگی (۱۹۸۹) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که توان بخشی شناختی معنادار بر بهبود متغیرهای بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پرستاران مؤثر است ($P \leq 0/001$).

نتیجه گیری: به طور کلی می توان نتیجه گرفت که با ارائه توان بخشی شناختی و کمک به کارکرد بهتر فرایندهای اجرایی، می توان به افزایش بهزیستی و بهبود کیفیت زندگی و روابط زناشویی پرستاران کمک کرد.

کلمات کلیدی: توان بخشی، بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت بین فردی، پرستاران

کپی رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران محفوظ است.

مقدمه

کار، بخش مهمی از زندگی انسان ها است. رضایت از کار، بخش مهمی از زندگی هر کسی است و می تواند تعدادی از نیازهای اساسی انسان مانند پرورش ذهن و بدن، روابط اجتماعی، ایجاد حس ارزشمندی، اعتماد به نفس و صلاحیت را تحت تأثیر قرار دهد. باین حال، گاهی شغل و مشکلات مرتبط با آن ممکن است منبع اصلی ناراضی باشد (۱). ورود به برخی مشاغل همچون پرستاری باعث شده است که صاحبان این مشاغل با پدیده هایی همچون تنش ها و تعارض های محیط کار، تعارض کار - خانواده و تعارض های خانوادگی مواجه شوند (۲). پرستاری یکی از مشاغلی است که فعالیت در آن می تواند با میزان رضایت زناشویی در ارتباط باشد؛ زیرا تعارض کار - خانواده پرستاران با کاهش رضایت زناشویی آنان همراه است (۳). Saeedifard اظهار می کند که رضایت زناشویی احساس شادی ملموسی است.

رضایت و خشنودی که یکی از زوجین تجربه می کنند، تمام جوانب زندگی زناشویی را در بر می گیرد (۴). Kaplan و Maddux بیان می کنند که رضایت زناشویی یک تجربه شخصی در ازدواج است که آن را فقط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه زناشویی ارزیابی می کند (۵). مطالعات مختلف نشان داده اند که عوامل استرس زای حرفه پرستاری بر رضایت زناشویی پرستاران و دانشجویان متأهل رشته پرستاری تأثیر منفی و معنی داری می گذارد (۶).

همچنین، متغیر کیفیت زندگی (Quality of life) نیز متغیر دیگری است که در نتیجه شرایط شغلی پرستاران می تواند دست خوش تغییر شود. کیفیت زندگی، دامنه ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان

بیماری نیست؛ بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی است (۷). در رابطه با شغل پرستاری و کیفیت زندگی آنان پیشنهاد شده است که با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن برخی از عوامل استرس‌زا در حرفه پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار جسمی، روانی و رفتاری استرس بر شاغلین این حرفه، لازم است تمهیداتی برای بهبود شرایط محیط کار و ارتقای کیفیت زندگی آنان به‌کار گرفته شود (۸)؛ زیرا استرس‌های شغلی با تأثیر بر سلامتی افراد باعث افزایش بیماری‌های روانی، تخلیه هیجانی، مشکلات سلامت و نیز کاهش کیفیت زندگی می‌شود و همچنین، عملکرد فرد و کیفیت مراقبت از بیمار را کاهش می‌دهد (۹). طبق مطالعه Yazdi Moghadam و همکاران مشخص شد که نمره کیفیت زندگی پرستاران در بعد روانی پایین‌تر از بعد جسمی است و اکثریت آنها کیفیت زندگی متوسطی دارند (۱۰). Ayadi و همکاران نیز در تحقیقی نشان دادند که استرس مرتبط با شغل پرستاری، به‌زیستی ذهنی و روابط زناشویی پرستاران را به‌صورت منفی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). دیگر متغیر مرتبط با شرایط زندگی و اشتغال پرستاران مفهوم به‌زیستی اجتماعی (Social Well-being) است. امروزه مفهوم سلامت در قالب جامع‌تری که شامل سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است، قرار دارد و مفهومی است که براساس آن فقط برقراری سلامتی و عاری بودن از بیماری‌های جسمانی و روانی، نشانه داشتن سلامت کامل نیست و در این میان چگونگی عملکرد افراد در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر آنها درباره اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت افراد محسوب می‌شوند (۱۲). به‌زیستی اجتماعی ارتباط معناداری با سن، جنسیت، تجربه کاری و رضایت از کار در بیمارستان و درآمد پرستاران، موقعیت اداری و نوع استخدام آنان دارد؛ اما ارتباط معناداری بین به‌زیستی اجتماعی و وضعیت زناشویی آنان مشاهده نشده است (۱۳). از سویی دیگر، نتایج پژوهشی حاکی از آن است که بین عملکرد خانواده با به‌زیستی ذهنی پرستاران رابطه وجود دارد، به این معنا که هرچه افراد روابط زناشویی بهتری باهم داشته باشند به همان نسبت احساس به‌زیستی بیشتری می‌کنند (۱۴). در همین راستا لازم است تا برای بهبود شرایط زندگی و افزایش عملکرد مناسب پرستاران اقداماتی صورت گیرد. از جمله این اقدامات آموزش دادن برخی مهارت‌ها به این اشخاص است. یکی از مهارت‌های احتمالاً مفید برای پرستاران آموزش توان‌بخشی شناختی است؛ زیرا پرستاران به‌دلیل شرایط شغلی خاص و رسیدگی به مشکلات بیماران مختلف دچار عوارض جسمی و روانی ناشی از شغل‌شان مثل ناراحتی‌های

روان‌شناختی، کاهش در کیفیت زندگی و دردهای جسمانی می‌شوند. در این شرایط روش آموزش توان‌بخشی شناختی می‌تواند بر کیفیت زندگی پرستاران، بهبود به‌زیستی اجتماعی، افزایش احساس اشتراک و همکاری و رضایت‌مندی زناشویی پرستاران تأثیراتی داشته باشد. نتایج پژوهش Naghiyae و همکاران نشان داد که آموزش‌های توان‌بخشی مبتنی بر رویکرد وجودگرایی و مدل اولسون باعث افزایش نمره رضایت زناشویی می‌شود (۱۵). همچنین، مطالعه Hanssen و همکاران با هدف تعیین اثربخشی آموزش توان‌بخشی شناختی بر راهبردهای مقابله‌ای اجرایی و شناختی، به‌زیستی روانی و جنبه‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد که کنش‌های اجرایی در هر دو گروه به‌گونه‌ای معنادار برای ۴ تا ۷ ماه بهبود یافت و بهبود به‌زیستی روانی و جنبه‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، فقط در گروه مداخله رخ داد (۱۶). Ghamari نیز نشان داد که توان‌بخشی شناختی در ارزیابی و درمان حافظه کوتاه‌مدت تأثیر مثبتی دارد (۱۷) و براساس پژوهش Ghamari Givi و همکاران توان‌بخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری مؤثر بود (۱۷). بنابراین با در نظر داشتن موارد بالا و اهمیت داشتن به‌زیستی شخصی و اجتماعی زندگی پرستاران و همچنین با توجه به وجود برخی کمبودهای پژوهشی که در این مورد دیده می‌شود، هدف پژوهش حاضر بر تأثیر توان‌بخشی شناختی بر به‌زیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پرستاران تعیین شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بررسی شده است. در این پژوهش روش آموزشی به‌عنوان متغیر مستقل (آموزش توان‌بخشی شناختی) و به‌زیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل پرستاران زن و مرد شهر قم در سال ۱۳۹۴ بود که در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های این شهر مشغول به کار بودند. نمونه این پژوهش، ۴۰ نفر از پرستاران بودند که در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر قم مشغول به کار بودند. در این پژوهش پرستاران با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه به شرح زیر قرار گرفتند. ۱۵ نفر برای اجرای توان‌بخشی شناختی و ۱۵ نفر برای گروه کنترل. در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (۱۸). برای در نظر گرفتن افت نمونه و افزایش

۲۶، ۴ و ۳ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. در نتایجی که گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی گزارش کرده‌اند، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز Yousefi برای پایایی مقیاس از ۳ روش بازآزمایی با فاصله سه‌هفته‌ای، روش تصنیفی و روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که پایایی آن به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود (۲۲). در تحقیق حاضر نیز پایایی مقیاس کیفیت زندگی با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۴ درصد به دست آمد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه؛ ۲. مبتلا نبودن به مشکلات و بیماری‌های خاص جسمانی و روانی؛ ۳. تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱. ابتلا به مشکلات و بیماری‌های خاص جسمانی و روانی؛ ۲. تمایل نداشتن آزمودنی به ادامه همکاری؛ ۳. وجود مشکلات شدید روانی ۴. سابقه هرگونه درمان و آموزش به نوعی که با توان بخشی شناختی مرتبط باشد. فرضیه اصلی تحقیق حاضر نیز عبارت است از: «آموزش توان بخشی شناختی بر بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پرستاران مؤثر است».

روش مداخله آموزش توان بخشی شناختی: یکی از روش‌های مداخله در شیوه آموزشی توان بخشی، آموزش توان بخشی شناختی است. توان بخشی شناختی را در واقع می‌توان نوعی تجربه یادگیری دانست که معطوف به بازگرداندن کارکردهای مغزی است که اشکال دارند و باعث بهبود عملکرد در زندگی واقعی می‌شوند (۱۷). توان بخشی شناختی روشی درمانی است که هدف اصلی آن بهبود نقایص و عملکرد شناختی فرد از قبیل حافظه، عملکرد اجرایی، درک اجتماعی، تمرکز و توجه است. لذا با توجه به پیشینه پژوهشی که حاکی از میزان بالای ابعاد شکست‌های شناختی (همچون حافظه و توجه) به دنبال بارکاری زیاد در پرستاران است (۲۳)، درمان به روش توان بخشی از این نظر که صرفاً و عمدتاً روی توانایی‌های شناختی تمرکز دارد، می‌تواند در این زمینه، درمانی ویژه و منحصر به فرد باشد (۱۷). ترمیم شناختی (توان بخشی شناختی) اصطلاحی است که در توصیف روش‌های مختلف آموزش «فکر کردن» به کار برده می‌شود. برنامه توان بخشی شناختی که در این مطالعه استفاده شده مبتنی بر مدل سلسله مراتبی Sohlberg و Mateer با تأکید بر بهبود کارکردهای اجرایی است (۲۴). در این مدل بر بهبود فرایندهای شناختی زیربنایی و مولکولی تأکید می‌شود (۱۷). این برنامه شامل ۱۰ جلسه است که هر جلسه به صورت انفرادی و

اعتبار و تعمیم پذیری نتایج از هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه رضایت‌مندی زناشویی انریچ، از پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کییز و پرسش‌نامه کیفیت زندگی استفاده شد. پرسش‌نامه رضایت‌مندی زناشویی انریچ، ابتدا برای توصیف پویایی‌های ازدواج، به منظور پژوهش ایجاد شد؛ اما اندک زمانی نگذشت که به عنوان یک ابزار تشخیصی، برای زوج‌های متاهلی که به دنبال بهبود روابط خود بودند به کار گرفته شد و امروزه برای بررسی میزان رضایت‌مندی زناشویی استفاده می‌شود. هر یک از مقیاس‌های این پرسش‌نامه در ارتباط با یکی از جنبه‌های مهم زندگی زناشویی است. فرم کوتاه این پرسش‌نامه که برای جلوگیری از طولانی شدن سؤالات در این تحقیق استفاده شد، ۴۷ سؤال و ۹ خرده‌مقیاس دارد. خرده‌مقیاس‌های فرم ۴۷ سؤالی عبارت‌اند از: ۱. موضوعات شخصیتی ۲. ارتباط زناشویی ۳. حل تعارض ۴. مدیریت مالی ۵. فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت ۶. روابط جنسی ۷. ازدواج و بچه‌ها ۸. بستگان و دوستان ۹. جهت‌گیری مذهبی. پاسخ به سؤالات براساس طبقه‌بندی لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بود. ضریب پایایی فرم ۴۷ سؤالی روی یک گروه ۱۱۰ نفری ۹۵ درصد گزارش شده است (۱۹). همچنین در تحقیق حاضر ضریب پایایی مقیاس رضایت زناشویی با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۹ درصد به دست آمد. پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کییز پرسش‌نامه ۳۳ سؤالی است که Keyes براساس مدل نظری خود از سازه بهزیستی اجتماعی، تهیه کرده است (۲۰). در این مقیاس، ۶ گویه مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه مربوط به انسجام اجتماعی، ۷ گویه عامل پذیرش اجتماعی و ۶ گویه مربوط به پیوستگی اجتماعی و ۷ گویه مربوط به شکوفایی اجتماعی است. کییز برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که برای عامل‌های انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب، ۰/۵۷، ۰/۶۵، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ را به دست آورد. در ایران نیز Heydari و Ganaie آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۳ به دست آوردند (۲۱). پرسش‌نامه کیفیت زندگی برای سنجش کیفیت زندگی فرد استفاده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی آن را ساخته است. این پرسش‌نامه ۴ خرده‌مقیاس دارد که عبارات مربوط به خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه عبارتند از: زیرمقیاس سلامت جسمانی (۳، ۴، ۱۰، ۱۸-۱۵) زیرمقیاس سلامت روان (۲۶، ۱۹، ۱۱، ۷، ۶، ۵)، زیرمقیاس روابط اجتماعی (۲۲-۲۰) و زیرمقیاس سلامت محیط (۹، ۸، ۱۴-۱۲، ۲۵-۲۳). در سؤالات

خطای این متغیرها بین اعضای شرکت‌کننده (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنادار نیست ($P=0/404$ ، $F=3/257$ و $BOX=21/381$) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس به‌زیستی اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل نیز در جدول ۲ آمده است. براساس یافته‌های حاصل، مشاهده می‌شود با کنترل آثار پیش‌آزمون، فرضیه شماره یک «آموزش توان‌بخشی شناختی بر به‌زیستی اجتماعی پرستاران مؤثر است» در سطح ($P \leq 0/01$) تأیید شد. در واقع فرض صفر رد و فرض خلاف پذیرفته است. بدین معنی که آموزش توان‌بخشی شناختی بر بهبود به‌زیستی اجتماعی پرستاران تأثیر مثبتی دارد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل کواریانس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است که براساس یافته‌های آن مشاهده می‌شود، با کنترل آثار پیش‌آزمون، فرضیه شماره دو «آموزش توان‌بخشی شناختی بر کیفیت زندگی پرستاران مؤثر است» در سطح ($P \leq 0/05$) تأیید می‌شود. بدین معنی که آموزش توان‌بخشی شناختی بر کیفیت زندگی پرستاران تأثیر مثبتی دارد.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل نیز که در جدول ۴ آمده است، نشان می‌دهد که با کنترل آثار پیش‌آزمون، فرضیه شماره سه «آموزش توان‌بخشی شناختی بر رضایت زناشویی پرستاران مؤثر است» در سطح ($P \leq 0/01$) تأیید می‌شود. بدین معنی که آموزش توان‌بخشی شناختی بر رضایت زناشویی پرستاران تأثیر مثبتی دارد.

به مدت ۴۵ دقیقه برگزار می‌شود. این جلسات به صورت فشرده و هفته‌ای ۲ بار تشکیل می‌شد. ۸ جلسه اول به تمرین متمرکز بر حافظه کاری، مفهوم‌سازی و انعطاف‌پذیری ذهنی و تغییر آمیبه، آگاهی و طرح‌پذیری، حل مسئله و بازداری پاسخ اختصاص داده شده و ۲ جلسه بعد شامل مرور تمرینات فوق بود. قابل ذکر است که به منظور اجرای پژوهش حاضر، بعد از ارائه اطلاعات لازم درباره زمان و اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه اعضای نمونه برای شرکت در پژوهش دریافت شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد پیش و پس‌آزمون مؤلفه‌های به‌زیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آمده است. طبق یافته‌های جدول، میانگین (انحراف معیار) متغیر به‌زیستی اجتماعی پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با $20/76$ ($0/89$) و $20/18$ ($1/45$) و میانگین (انحراف معیار) متغیر به‌زیستی اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با $22/48$ ($0/53$) و $20/44$ ($0/58$) است. همچنین، میانگین کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون (به ترتیب برابر با $17/96$ و 18) نزدیک به هم و در مرحله پس‌آزمون (به ترتیب برابر با $19/06$ و $17/33$) تاحدی متفاوت از هم هستند. علاوه بر این، میانگین و انحراف معیار پیش و پس‌آزمون رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل برابر با $13/10$ ($0/44$) و $13/12$ ($0/45$) و میانگین (انحراف معیار) آن متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با $14/59$ ($0/57$) و $13/23$ ($0/67$) به دست آمد.

ابتدا برای انجام تحلیل کواریانس، آزمون‌های پیش‌فرض بررسی شد. طبق نتایج آزمون لوین، سطح آمار (F) برای متغیرهای به‌زیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی معنادار نبود ($P \geq 0/05$) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کلی رضایت زناشویی، به‌زیستی اجتماعی و کیفیت زندگی در دو

گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها		
	آزمایش	کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	
به‌زیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	$20/76$ ($0/89$)	$20/18$ ($1/45$)
	پس‌آزمون	$22/48$ ($0/53$)	$20/44$ ($0/58$)
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	$17/96$ (18)	$17/96$ (18)
	پس‌آزمون	$19/06$ ($17/33$)	$17/33$ (18)
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	$13/10$ ($0/44$)	$13/12$ ($0/45$)
	پس‌آزمون	$14/59$ ($0/57$)	$13/23$ ($0/67$)

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کواریانس بهزیستی اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل

منبع متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
شکوفایی اجتماعی	۲۸/۹۰	۱	۲۸/۹۰	۹/۸۴	۰/۰۰۳
پذیرش اجتماعی	۳۰/۶۲	۱	۳۰/۶۲	۱۱/۲۶	۰/۰۰۲
انطباق اجتماعی	۲۲/۵۰	۱	۲۲/۵۰	۱۲/۰۴	۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی	۲۲/۵۰	۱	۲۲/۵۰	۶/۲۳	۰/۰۱۷
مشارکت اجتماعی	۴۲/۰۲	۱	۴۲/۰۲	۸/۲۰	۰/۰۰۷
بهزیستی اجتماعی	۲۸/۹۰	۱	۲۸/۹۰	۲۴/۱۵	۰/۰۰۰

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل

منبع متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۷۸/۴۰	۱	۷۸/۴۰	۱۳/۷۱	۰/۰۷۱
سلامت روانی	۱۱/۰۲	۱	۱۱/۰۲	۲/۶۱	۰/۰۱۴
روابط اجتماعی	۴۶/۲۲	۱	۴۶/۲۲	۲/۸۳	۰/۰۱۱
سلامت محیط	۸/۱۰	۱	۸/۱۰	۱/۶۳	۰/۰۰۷
کیفیت زندگی	۲۹/۷۵	۱	۲۹/۷۵	۱۲/۷۹	۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کواریانس رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل

منبع متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
موضوعات شخصیتی	۲۴/۰۲	۱	۲۴/۰۲	۷/۰۳	۰/۰۱۲
ارتباط زناشویی	۱۲/۱۲	۱	۱۲/۱۲	۴/۶۲	۰/۰۳۸
حل تعارض	۹/۰۲۵	۱	۹/۰۲۵	۳/۸۹	۰/۰۵۶
مدیریت مالی	۱۰/۰۳	۱	۱۰/۰۳	۱۰/۴۴	۰/۰۰۳
فعالیت اوقات فراغت	۲۵/۶۰	۱	۲۵/۶۰	۷/۱۱	۰/۰۱۱
روابط جنسی	۱۳/۲۲	۱	۱۳/۲۲	۲/۵۸	۰/۱۱۶
ازدواج و فرزندان	۳۸/۰۲	۱	۳۸/۰۲	۶/۲۳	۰/۰۱۷
بستگان و دوستان	۱۸/۲۲	۱	۱۸/۲۲	۶/۵۴	۰/۰۱۵
جهت‌گیری مذهبی	۲۴/۰۲	۱	۲۴/۰۲	۱۰/۵۲	۰/۰۰۲
رضایت زناشویی	۱۸/۳۷	۱	۱۸/۳۷	۴۶/۸۵	۰/۰۰۰

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده، آموزش توان بخشی شناختی بر بهزیستی اجتماعی پرستاران مؤثر بود. بدین معنی که آموزش توان بخشی شناختی باعث ارتقای بهزیستی اجتماعی پرستاران می‌شود. این یافته با پیشینه پژوهشی مختلف همچون مطالعه Ghamari Givi و همکاران (۱۷)، Dehghan Nayeri و همکاران (۱۳) و Hanssen و همکاران (۱۶) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که چون توان بخشی شناختی به

روش‌های مختلف آموزش فکر کردن می‌پردازد، می‌تواند کمک کند تا وقتی فرد در راستای کسب بهزیستی اجتماعی به ارزیابی کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی اقدام می‌کند (۲۵)، ارزیابی صحیح و انعطاف‌پذیرتری از شرایط و موقعیت موجود داشته باشد و کیفیت روابط خود را بهتر ارزیابی کند. همچنین، وقتی فرد آموزشی شناختی را دریافت می‌کند، سطح مشارکت اجتماعی که بیانگر ارزیابی فرد از ارزش‌های اجتماعی خود است (۲۶) بهبود می‌یابد؛ زیرا پرستاری که آموزش توان بخشی شناختی اثراتی روی

توان بخشی شناختی با بهبود مفهوم سازی و انعطاف پذیری به بهبود کارکردهای اجرایی کمک می کند (۱۷).

براساس نتایج، آموزش توان بخشی شناختی بر رضایت زناشویی پرستاران مؤثر بود. بدین معنی که آموزش توان بخشی شناختی باعث ارتقای سطح رضایت زناشویی پرستاران شد. این یافته با پژوهش Naghiyae و همکاران (۱۵) و Hanssen و همکاران (۱۶) هم خوانی دارد. در واقع، از آنجا که رضایت زناشویی وابسته به متغیرهایی مثل نگرش منطقی، هدف داری، انعطاف پذیری و حمایت همسر و استرس شغلی (۳۰، ۲۹ و ۱۵) است، آموزش توان بخشی شناختی با بهبود یادگیری، فهمیدن، ادراک و استدلال به پرستاران کمک می کند تا نسبت به رفع و کاهش تعارض های موجود بین شرایط شغلی و خانوادگی - زناشویی سازگارانه تر عمل کنند و در چنین شرایطی به گونه ای مناسب تر تصمیم بگیرند و آسایش شغلی و زناشویی بهتری را تجربه کنند. در واقع، از آنجایی که توان بخشی شناختی روشی برای بهبود نقایص و عملکرد شناختی بیمار از قبیل عملکرد اجرایی، درک اجتماعی، تمرکز و توج (۱۷) است، افزایش درک بین فردی سازگارتر و توانایی تمرکز و توجه بهتر بر تکالیف و ضروریات زناشویی، باعث عملکرد بهتر پرستار به عنوان یکی از زوج های زندگی زناشویی شده و این امر سبب می شود زوج مقابل نیز رضایت بیشتری داشته باشد. این رضایت متقابل به صورت یک چرخه عمل می کند و رفته رفته سبب افزایش رضایت زناشویی شان می شود. این روند می تواند به حمایت بیشتر همسر از زوج پرستار خود منجر شود و زوج پرستار از این طریق با آرامش و آسایش بیشتری به زندگی زناشویی و شغلی خود بپردازند. همچنین، آموزش توان بخشی شناختی به حل مسئله می پردازد و آموزشی حل مسئله با دادن آموزش هایی به فرد درباره تعریف و شناسایی مشکل، پیدا کردن راه حل های مختلف، تصمیم گیری و بازنگری، به پرستاران کمک می کند تا بتوانند در زندگی زناشویی خود تناقض های زناشویی و شغلی - خانوادگی خود را حل کنند. آنها مشکلات مرتبط با این موضوع را شناسایی کرده و راه حل مناسبی را می یابند و از این طریق تصمیم مناسبی می گیرند. نهایتاً نتیجه چنین موضوعی افزایش مهارت حل مشکلات زناشویی و بهبود رضایت زناشویی است. به طور کلی باید عنوان کرد که آموزش توان بخشی شناختی از طریق تأثیری که بر مهارت ها و کارکردهای شناختی، بین فردی و اجتماعی می گذارد منجر به بهبود بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پرستاران می شود. تحقیق حاضر همچون سایر مطالعات، دارای محدودیت هایی بود که از آن جمله می توان به محدود بودن جامعه آماری به پرستاران شهر

کنش شناختی او به جا گذاشته است نگاه مثبت و واقع بینانه تری نسبت به جایگاه و ارزش های اجتماعی خود دارد و این گروه از پرستاران ارزش فعالیت های مؤثر بر سلامت اعضای جامعه را که انجام می دهند بهتر ارزیابی می کنند و اهمیت فعالیت و شغل خود از نظر فردی و اجتماعی را مهم تر می دانند و این باعث خوشایندی آنها و درگیری بیشتر در فعالیت هایی می شود که به نفع خود و افراد جامعه است. از سویی دیگر، از آنجایی که پذیرش اجتماعی به تفسیر فرد از جامعه و ویژگی های دیگران مربوط است و افراد برخوردار از این ویژگی، به دیگران به عنوان افراد با دیدگاه های متفاوت، با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (۲۶)، توان بخشی شناختی با آموزش مواردی مثل انعطاف پذیری، تفکر واگرا و استدلال، به پرستاران کمک می کند تا تفسیر مناسبی از ویژگی های انسان ها و از جمله از ویژگی های همکاران و بیماران خود داشته باشند و دیدی مطمئن تر و نگرشی مبتنی بر اعتماد نسبت به آنها در خود پرورش دهند و رضایت بیشتری نسبت به شغل و جایگاه اجتماعی - سازمانی خود داشته باشند؛ زیرا یکی از عوامل مرتبط با بهزیستی اجتماعی پرستاران، تجربه کاری و رضایت آنان از کارشان است (۱۲).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، آموزش توان بخشی شناختی بر کیفیت زندگی پرستاران مؤثر بود. بدین معنی که آموزش توان بخشی شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی پرستاران شد. این یافته با مطالعه Ghamari Givi و همکاران (۱۷) و Hanssen و همکاران (۱۶) هم خوان است. در تبیین یافته فوق می توان به پیشینه پژوهشی موجود درباره عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی اشاره کرد که بنا بر مطالعات صورت گرفته یکی از عوامل مهم و مؤثر بر کیفیت زندگی افراد کارکردهای شناختی اجرایی است (۲۷)، به طوری که De Vries و همکاران در تحقیقی نشان دادند که افزایش کارکردهای شناختی افراد باعث بهبود سطح کلی کیفیت زندگی آنها می شود (۲۸). بنابراین با توجه به اینکه هدف اصلی مداخله توان بخشی شناختی بهبود نقایص و عملکرد شناختی است (۱۷)، با کمک درمان توان بخشی شناختی و به دنبال آن با بهبود کارکردهای شناختی پرستاران، می توان کیفیت زندگی پرستاران را بهبود داد. همچنین، از آنجایی که بخش عمده ای از کیفیت زندگی، دربرگیرنده ابعاد و شاخصه های ذهنی ای است که این شاخصه ها برخاسته از مغز و با کارکردهای شناختی مغز مرتبط هستند (۲۷)؛ لذا با بهبود کارکرد شناختی پرستاران به کمک آموزش توان بخشی شناختی می توان انتظار داشت که سطح کیفیت زندگی آنها ارتقا یابد؛ زیرا برنامه

کارکرد بهتر فرآیندهای اجرایی می‌توان موجب بهزیستی و بهبود زندگی پرستاران را فراهم کرد و در نتیجه با کاهش استرس‌های ادراک شده و تعارض کار - خانواده، به افزایش بهره‌وری کاری و همدلی آنان با بیماران کمک کرد.

سیاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه پرستاران و مسئولین بیمارستانی و علوم پزشکی شهر قم نهایت سپاس و قدردانی را داشته باشند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

قم اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش به جوامع دیگر را سخت می‌کند. همچنین، از آنجایی که داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از پرسش‌نامه گردآوری شده‌اند، امکان ارائه پاسخی‌های سوگیرانه و جامعه‌پسند و ابهام در پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه وجود دارد که می‌تواند از دیگر محدودیت‌های تحقیق حاضر قلمداد شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج یافته‌های پژوهش حاضر و پیشینه نظری و پژوهشی که در دست است، می‌توان گفت از آنجایی که پرستاران به دلیل ماهیت شغلشان در معرض عوامل استرس‌زای گوناگونی قرار می‌گیرند، با ارائه آموزش توان بخشی شناختی و کمک به

References

1. PeimanPak F, Mansur L, Sadeghi M, Purebrahim T. The Relationship of Job Stress and Marital Satisfaction and Mental Health in Nurses of Tehran Hospitals. *Quarterly JCOC*. 2012;4(13):27-54.
2. Gharibi M, Sanagouymoharer G, Yaghoubinia F. The Relationship between Quality of Life with Marital Satisfaction in Nurses in Social Security Hospital in Zahedan. *GJHS* 2016;8(2):178.
3. Rajabi G, Sarvestani Y, Aslani K, Khojastemehr R. Predictors of Marital Satisfaction in Married Female Nurses. *IJN*. 2013;26(82):23-33.
4. Saeedifard T, Hajrezaei B, Jahanbazi B. Correlation between Marital Satisfaction and Mental Health in Nurses of Tehran Hospitals. *GLSB*. 2015;5(2):34-38.
5. Kaplan M, Maddux JE. Goals and Marital Satisfaction: Perceived Support for Personal Goals and Collective Efficacy for Collective Goals. *Jscp*. 2002;21(2):157-64.
6. LaabsKrysta AF. Married to Nursing School: How Stress Affects Marital Satisfaction of Nursing Students. *Honors Theses*. 2016;399.
7. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, Sachs GS, Thase ME. Comparisons of Perceived Quality of Life Across Clinical States in Bipolar Disorder: Data from the First 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) Participants. *J Psych*. 2006;47(3):161-8.
8. Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Hajamini Z. Compare the Quality of Life the Medical-Surgical and Intensive Care Units. *JCCN*. 2012; 3(3):113-7.
9. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The Relationship of Organizational Culture, Stress, Satisfaction, and Burnout with Physician-Reported Error and Suboptimal Patient Care: Results from the MEMO Study. *HCMRJ*. 2007;32(3):203-12.
10. Yazdi Moghadam H, Stajy Z, Heidari A. Quality of Life of Nurses in Hospitals in Sabzevar The Year 1384-85. *JSUMS*. 2009;16(1):50-6.
11. Ayadi N, Dargahi S, Ghamari Givi H, Abbasi M. The Impact of Job Stress on Subjective Well-being, Marital Stress and Empathy of Nurses. *IJMEHM*. 2016;9(2):67-79.
12. Sam Aram EA. The Relationship between Community Health and Social Security, with an Emphasis on Community Policing Approach. *Sociology of Youth*. 2009;1(1):9-29.
13. Mozaffari N, Dadkhal B, Shamshiri M, Mohammadi MA, Dehghan Nayeri N. The Status of Social Well-Being in Iranian Nurses: a Cross-Sectional Study. *JCS*. 2014;3(4):239-46.
14. Kahrizeh CH, Bazzaryan S, Gamari M. The Relationship of Psychological Hardiness and Family Functioning with Mental Well-being of Nurses. *JPCNM*. 2014;4(1):44-53.
15. Naghiyae M, Bahmani B, Khorasani B, Dehkoda A, Alimohamadi F. The Effect of Rehabilitation Method Based on Existential Approach and Olson's Model on Marital Satisfaction. *IRJ*. 2014;12(21):12-8.
16. Hanssen KT, Beiske AG, Landrø NI, Hofoss D, Hessen E. Cognitive Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. *Acta Neurol Scand*. 2016;133(1):30-40.
17. Ghamari Givi H, Maghsoud N, Dehghani F. Investigate the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation in Reconstruction of Executive Functions OCD. *JCP* 2014;4(16):101-28.
18. Delavar A. *Theoretical Principles and practical Research in the Humanities and Social Sciences*. Tehran: Roshd Publication; 2011.
19. Adib-Hajbaghery M, Khamechian M, Alavi N M. Nurses' Perception of Occupational Stress and its

- Influencing Factors: A qualitative study. *IJNMR*. 2012;17(5):352.
20. Keyes CLM. Social Well-Being. *Soc Psych Quart*. 1998;61(2):121-40.
 21. Heydary G, Ganaie Z. Standardization of Social Well-Being Questionnaire. *JCPAR*. 2008;7(10):31-40.
 22. Yousefi F, Safary H. The Relationship between Emotional Intelligence and Quality of Life. *Psychol Stu*. 2009;5(4):107-28.
 23. Yousef Zade A, Mazloumi A, Abbasi M, Akbar Zade A. Investigating the Relationship between Cognitive Failures and Workload among Nurses of Imam Khomeini and Vali-e-Asr Hospitals in Tehran. *JHSW*. 2016;6(2):57-68.
 24. Narimani M, Soleymani S, Tabrizchi N. The effect of Cognitive Rehabilitation on Attention Maintenance and Math Achievement in ADHD Students. *JSP*. 2015;4(2):135-42.
 25. Feghy Farahmand N & Zanjani S. The Relationship between Social Security and Social Well-Being and Social Welfare. *Quarterly of Disciplinary Knowledge the security of East Azerbaijan*. 2013;2(8):127-51.
 26. Keyes CLM, Shapiro AD. Social Well-Being in the United States: A descriptive epidemiology. In: Gilbert Brim O, Ryff CD, Kessler RC (Eds). *How healthy are we*. Chicago: The university of Chicago press; 2004. P.350-72.
 27. Nejati V, Amini R, Zabihzadeh A. Correlation of Quality of Life with Executive Function of Brain in Blind Veterans. *IJWPH*. 2012;4(1):40-5.
 28. De Vries M, Geurts H. Influence of Autism Traits and Executive Functioning on Quality of Life in Children with an Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(9):2734-43.
 29. Khaganizade M, Ebadi A, Siratinaier M, Rahmani M. Assessment of Correlation Job Stress and Occupational Quality of Life in Nursing of Military Hospitals. *Mil Med J*. 2008;3(37):175-84.
 30. Kheyrie M, Emami Sigharoudi A, Farmanbar R, Atrkar roshan Z. Mental Well-Being and their Related Factors at the Medical Sciences Students of Guilan University. *JHEHP*. 2014;2(1):27-36.