



Research Article

Effectiveness of virtual training of quality of life therapy on work-family conflict, work addiction, mental health and interpersonal interactions in working employees

M.Mokhtari karchegani¹, H. Farhadi^{2*}

1* M.A student of general psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2*. Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran. *Corresponding Author: Farhadihadi@Yahoo.Com*

Abstract

The present research was conducted with the aim of the effectiveness of virtual training of quality of life therapy on work-family conflict, work addiction, mental health and interpersonal interactions in working employees. The research method was a semi-experimental research method with experimental and control groups and pre-test-post-test and follow up. The statistical population included all secondary school female teachers in Isfahan city in the academic year of 2021-2020, 30 female teachers were selected by random sampling and randomly assigned to two experimental groups (15 people) and a control group (15 people). The experimental group underwent 8 90-minute virtual training of quality of life therapy and the control group remained on the waiting list. Both groups were evaluated in the pre-test, post-test and follow up stages by work-family conflict questionnaire (Carlson et al., 2000) General Health (Goldberg, 1979), Work addiction (Spence & Robbins, 1992) and Interpersonal interactions (Mack Alister, 1995). In order to analyze the data, statistical methods and SPSS version 23 software and repeated measures analysis were used. The findings showed that that virtual training of quality of life therapy has a significant effect on work-family conflict, work addiction, mental health and interpersonal interactions ($p < 0.001$). As a result, virtual training of quality of life therapy as an effective therapy can help to improve mental health. Therefore, it is suggested that counselors and psychologists pay special attention to virtual training of quality of life therapy to reduce work-family conflict and work addiction and increase mental health and interpersonal interactions.

Keywords: virtual training of quality of life therapy, work-family conflict, work addiction, mental health, interpersonal relationships.

Citation: Mokhtari karchegani, M., Farhadi, H. (2023). Effectiveness of virtual training of quality of life therapy on work-family conflict, work addiction, mental health and interpersonal interactions in working employees. *Journal of Social Psychology*, 11(67), 1-15.

اثربخشی آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی بر تعارض کار و خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی در کارکنان شاغل

مأده مختاری کرچگانی^۱، هادی فرهادی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول) farhadihadi@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی بر تعارض کار- خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی انجام گرفت. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با دوره پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه معلمان زن مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ شهر اصفهان بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ معلم زن انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. هر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون توسط پرسشنامه های تعارض کار و خانواده (کارلسون و همکاران، ۲۰۰۰)، اعتیاد به کار (اسپنس و رابینز، ۱۹۹۲)، سلامت روان (گدبرگ، ۱۹۷۹) و تعاملات بین فردی (مک الیستیر، ۱۹۹۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور بررسی و تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS23 و روش تحلیل اندازه های تکراری استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی بر تعارض کار- خانواده اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی تأثیر معنی داری دارد و اثرات آموزش ها در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است ($p > 0/01$). در نتیجه آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی به عنوان درمانی اثرگذار می تواند به بهبود سلامت روانی کارکنان کمک شایانی نماید. از این رو پیشنهاد می گردد مشاورین و روانشناسان به آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی بر کاهش تعارض کار- خانواده و اعتیاد به کار و افزایش سلامت روان و تعاملات بین فردی توجه ویژه ای داشته باشند.

کلمات کلیدی: آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی، تعارض کار و خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی.

مقدمه

نیروی انسانی بعنوان یکی از ارزشمندترین سرمایه های سازمانی، مهمترین مزیت رقابتی و کمیاب ترین منبع در اقتصاد دانش محور امروز قلمداد می شود (نیسواتی، جونیاتی، درویس^۱، ۲۰۱۹). یکی از فرضهای اساسی رفتار سازمانی، شناخت ویژگیهای فردی و ارتباطی افراد به منظور دسترسی به بهره وری بیشتر و تحقق اهداف سازمانی است (جین گیوان و لیانگ^۲، ۲۰۲۲). مدیران موفق در دستیابی به اهداف سازمانی در اندیشه پیش بینی، هدایت، کنترل و تغییر رفتار کارکنان هستند و ایجاد ارتباط، احساس اجتماعی بودن را در انسان برمی انگیزد و در برقراری این ارتباط فرد به مهارتهای تازه و طرز فکرهای جدید دست می یابد (خوخولیو و نونیکووا^۳، ۲۰۲۲).

تعاملات بین فردی به عنوان توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران یا انطباق با خواسته های مختلف در موقعیت های بین فردی بیان می شود؛ که به عنوان یک شاخ مهم برای سلامت روان و سازگاری رفتاری است (اطلاعی پاشیری و یزدخواستی، ۱۳۹۷). سلامت به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان، در توسعه پایدار نقش حیاتی ایفا می کند. مفهوم سلامت روان به معنای احساس درونی خوشایند و سالم بودن و اطمینان از کارآمدی خود، ظرفیت رقابت، اتکا به خود، وابستگی بین نسلی و خود شکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی است (ثناگو، پورناصر، تقوی، بیگی، ۱۳۹۴). شخص بهره مند از سلامت روانی می تواند ضمن احساس رضایت از زندگی، با مشکلات نیز منطقی برخورد کند. به عبارت دیگر، افراد دارای سلامت روان در عین کسب فردیت، با محیط نیز می توانند انطباق یابند (عقیقی و زمانی، ۱۳۹۹). سلامت روان^۴ به عنوان یکی از ملاکها تعیین کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می شود که مفهوم آن عبارت از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی^۵ توانایی های بالقوه فکری، هیجانی و غیره است (عقیقی و زمانی، ۱۳۹۹). افراد برخوردار از سلامت روانی به زندگی نگرش مثبتی دارند و آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند و درباره خود و دیگران احساس خوبی دارند (علیپور شاهین، ۱۴۰۰). شخصی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و با فشارهای زندگی مقابله کند (خیری خواه، زندپور، علوی صدر، ۱۴۰۰).

منطبق با تحقیقات پیشین وجود سلامت روان سبب کاهش میزان اعتیاد کار-خانواده می شود (شاهسوندی و موسوی، ۱۴۰۰). آتس^۶ (۱۹۷۱) بیان داشت معتادان به کار نیاز به کار در آنها به حدی افراطی است که ممکن است خطری جدی برای سلامتی، وظایف و نقشهای اجتماعی، روابط درون فردی و شادی فردی آنها به وجود آورد (نوگیرا، کیکوچی، فاریا و دی اولیویرا^۷، ۲۰۱۸). اسکات و همکاران^۸ (۱۱۹۷) نیز سه الگوی اعتیاد به کار را شناسایی کردند که عبارت است از: کشش افراطی (وسواسی)، کمال گرایی، توفیق طلب (موفقیت طلب). معتادان به کار کمال گرا، استرس و مشکلات جسمی و روانی بالایی دارند، روابط میان فردی خصمانه ای و غیر اثربخشی پیدا می کنند، غیبت و ترک خدمت داوطلبانه زیادی دارند و معتادان به کار وسواسی اضطراب و استرس زیادی دارند، کارشان موجب مشکلات جسمی و روانی می شود، تعارضات کار و خانواده زیادی هم دارند (درگاهی و همکاران، ۱۳۹۸).

1. Niswaty, Juniati, Darwis
2. Jingyuan, Liang
3. Khukhlaev, Novikova
4. Mental Health
5. Self-actualization
6. Oates
7. Nogueira, Kikuchi, Faria & De Oliveira
8. Scott

تعارض کار خانواده زمانی رخ می دهد که خواسته های کاری، با کاهش تعهد و انرژی فرد، توانایی او را برای ایفای نقش های خانوادگی کاهش دهد و تعارض خانواده با کار نیز زمانی رخ می دهد که خواسته های خانوادگی، این منابع را به گونه ای مصرف کنند که از توانایی فرد برای ایفای نقش های کاری کاسته شود (رجعتی و همکاران، ۱۴۰۰). این تعارض بر سه نوع است: تعارض مبتنی بر زمان، تعارض مبتنی بر فشار و تعارض مبتنی بر رفتار. در تعارض زمان، فرد شاغل بیشتر وقت خود را باید در محل کار بگذراند و برای پرداختن به امور منزل دچار کمبود وقت می شود. تعارض فشار، نشان دهنده این است که عوامل فشارزای شغلی، منجر به تحلیل رفتن سطوحی از توان فرد شده که نشاط و انرژی فرد را، حتی هنگامی که در خانه به سر می برد، مختل می کند و تعارض رفتار نشان دهنده این است که رفتارهایی که در محل کار اعمال آنها انتظار می رود، اگر در محیط خانواده فرد ابراز شود، ایجاد مشکل می نماید (بورگمن، راتای و لمپرت، ۲۰۱۹).

کیفیت زندگی درمانی از ترکیب رویکرد شناختی و تئوری فعالیت با روان شناسی مثبت، توسط فریش^۱ (۲۰۰۶) طراحی شده است. کیفیت زندگی درمانی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین های شناختی-رفتاری به دنبال ایجاد شادمانی با ایجاد تحول در ۱۶ حوزه اصلی زندگی است این تحول، با ایجاد تغییر در پنج مفهوم اصلی زندگی که به طور خلاصه مدل «پنج راه» نامیده می شود، صورت می گیرد. این پنج مفهوم، عبارتند از شرایط زندگی، نگرش ها، استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده ایم، ارزش ها و رضایت کلی از زندگی. بنابراین مدل پنج راه، پنج استراتژی برای ایجاد رضایتمندی بین فاصله موجود با آنچه شخص می خواهد و آنچه دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می شود (باقری و ایروانی، ۱۳۹۷؛ فریش، ۲۰۰۶). در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش های روزانه به شیوه اندیشمندان، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می شود (فریش، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش ها نشان داده است که کیفیت زندگی درمانی در بهبود روابط بین فردی و معنای زندگی (عراقیان و همکاران، ۱۳۹۹)؛ کاهش بار روانی و افزایش سلامت روان در مراقبین افراد معتاد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ استرس شغلی، تعارضات زناشویی و افزایش کیفیت زندگی کارکنان (دهقانی، ۱۳۹۸)؛ افزایش شادی و عزت نفس در پرستاران (باقری و ایروانی، ۱۳۹۷)؛ کاهش فرسودگی شغلی (یوسفی و سبحانی، ۱۳۹۷)؛ افزایش بهزیستی روانشناختی (تقوی لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ کاهش استرس، استرس و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی (حیدری، ۱۳۹۶)؛ کاهش تعارض کار- خانواده و افزایش خودشکوفایی کارکنان (برازنده و سماواتیان، ۲۰۲۱) اثربخش بوده است.

براساس آن چه بیان شد، مهم و ضروری بنظر می رسد که اقداماتی در جهت حفظ و افزایش سلامت روان معلمان به خصوص در دوران پسا کرونا طراحی و اجرا شود زیرا معلمان زن به خاطر نقش همسرداری و مادری و مسئولیت خطیر آموزش دارای تعارضات بین نقش های درون خانوادگی و شغل خویش می باشند. لذا با توجه به مطالبی که بیان شد و خلاء دانش پژوهشی در راستای عدم بررسی همزمان متغیرهای پژوهشی با یکدیگر این پژوهش در پی پیدا کردن پاسخی برای این سوال است که آیا آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی به روش شناختی رفتاری بر تعارض کار و خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان، و تعاملات بین فردی در بین زنان معلم مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان اثربخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه معلمان زن مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل دادند که

1. Borgmann, Rattay & Lampert
2. Frisch

به صورت نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل معلم زن مقطع متوسطه دوم، بازه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال، عدم ابتلا به اختلالات شخصیتی و روانی و و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک های خروج شامل شرکت همزمان در دوره های آموزشی یا روانشناختی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه در دوره آموزشی بود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه تعارض کار- خانواده^۱: برای بررسی تعارض کار-خانواده از پرسشنامه ۱۸ گویه ای چند بعدی تعارض کار و خانواده استفاده شده است. دامنه پاسخ ها از گزینه یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) با استفاده از مقیاس لیکرتی ترتیب یافته است و نمره بالاتر در این آزمون، نشان دهنده تعارض کار / خانواده بیشتر خواهد بود. کارلسون (۲۰۰۰)، برای آزمون میزان ضریب پایایی با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۷ گزارش کرده اند. در مطالعه متشرعی و همکاران (۱۳۹۲)، پس از ترجمه و تطبیق با شرایط فرهنگی ایران و تایید روایی محتوایی پرسشنامه، پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمده است. پایایی همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱۹ به دست آمد.

ب) پرسشنامه سلامت روان (GHQ): پرسشنامه سلامت روان^۲ توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) طراحی و از ۴ خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سوال هستند. مقیاس های مذکور عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی (سوالات ۱-۷) مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب (۱۴-۸) مقیاس کارکرد اجتماعی (۲۱-۱۵) مقیاس علائم افسردگی (۲۸-۲۲). برای نمره گذاری این آزمون گزینه خیر (نمره صفر)؛ کمی (نمره ۱)؛ زیاد (نمره ۲)؛ خیلی زیاد (نمره ۳) نمره گذاری می شود. روایی پرسشنامه مذکور در مطالعه ای توسط محمدی (۱۳۹۵)، ضرایب پایایی برای خرده مقیاس های نشانه های جسمانی ۰/۶۷، اضطراب ۰/۷۱، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۵۹ و افسردگی ۰/۷۵ اعلام گردید. همچنین کاظمی و همکاران میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را به میزان (۰/۸۱) و برای مولفه های علائم جسمانی (۰/۷۱)، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب (۰/۷۱) مقیاس کارکرد اجتماعی (۰/۷۶) مقیاس علائم افسردگی (۰/۷۲) گزارش کردند. برای پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد.

ج) پرسشنامه تعاملات بین فردی: پرسشنامه تعاملات بین فردی^۳ توسط مک آلیستر (۱۹۹۵) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۱ سوال است در یک مقیاس هفت درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم میزان موافقت یا مخالفت خود با هریک از عبارات را مشخص می کنند. این پرسشنامه دارای دو بعد اعتماد عاطفی محور (سوالات: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵) اعتماد شناخت محور (سوالات: ۶، ۷، ۸، ۹) است. پایایی این پرسشنامه توسط محمدی (۱۳۹۶) برای کل پرسشنامه به میزان (۰/۸۳) و برای خرده مقیاس عاطفی (۰/۸۶)، و خرده مقیاس شناختی (۰/۷۹) محاسبه شد. برای پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش شد.

د) پرسشنامه اعتیاد به کار: پرسشنامه اعتیاد به کار^۴ توسط اسپنس و رابینز^۵ (۱۹۹۲) طراحی شد این آزمون دارای ۳۰ سوال است و سوالات این پرسشنامه از مقیاس چهار درجه ای همیشه (۴)، اغلب (۳)، اوقات (۲)، هرگز (۱) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای ابعاد: عجین شدن در کار، احساس اشتیاق به کار، و لذت بردن از کار است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ توسط حسینی و شهودی (۱۳۹۲)

1. Work-Family Conflict Scale
2. General Health Questioner
3. Interpersonal interactions questionnaire
4. Work addiction questionnaire
5. Spence & Robbins

به میزان ۰/۸۲ محاسبه شد و برای مولفه های عجین شدن در کار (۰/۷۹)، احساس اشتیاق به کار (۰/۶۴)، لذت بردن از کار (۰/۹۱) گزارش شد. برای پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد.

روش اجرا

پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق (IR.IAU.KHUISE.REC1401) و مجوز های لازم، نواحی دوم، چهارم و ششم را به تصادف انتخاب نمود. سپس با مراجعه به سه مدرسه از هر ناحیه، فراخوان برگزاری دوره آموزشی را ارائه کرد و از بین افراد داوطلب به شیوه در دسترس ۳۰ معلم با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج، انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هر هفته یک جلسه) آموزش دریافت نمودند و در این مدت گروه کنترل هیچ درمانی دریافت ننمود. به دلیل رعایت اخلاق پژوهش، پس از اتمام سنجش پیگیری، آن دسته از شرکت کنندگان گروه کنترل که مایل به دریافت درمان مذکور بودند، برای شرکت در دوره ی آموزشی دعوت شدند.

جدول ۱. شرح جلسات آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی (فریش، ۲۰۰۶)

جلسه	تکالیف
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضاء، بیان قواعد گروه، معرفی دوره آموزشی، بحث پیرامون رضایت از زندگی، بهزیستی
دوم	مرور تکالیف، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی
سوم	مرور تکالیف، معرفی کاسیو به عنوان پنج ریشه، ۱. شرایط زندگی ۲. نگرش ها، ۳. استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده ایم، ۴. ارزش ها ۵. رضایت کلی از زندگی
چهارم	مرور تکالیف، بحث پیرامون کاسیو، بحث در مورد نگرش
پنجم	مرور تکالیف، معرفی استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده ایم، ارزش ها، رضایت کلی از زندگی
ششم	مرور تکالیف، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای کاهش تحریف های شناختی و افزایش بهزیستی و وانشناختی
هفتم	مرور تکالیف، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط
هشتم	ارائه خلاصه ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش تعمیم کاسیو در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی. اهداف، محتوا و مداخلات

یافته

میانگین سن افراد نمونه در گروه آزمایش $35/1 \pm 7/05$ و در گروه کنترل $35/13 \pm 6/77$ به دست آمده است در حالی که میانگین سابقه کار در گروه آزمایش $9/47 \pm 5/6$ سال و در گروه کنترل $9/4 \pm 5/79$ سال به دست آمده است. در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فوق دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر داشته اند. در گروه کنترل ۱ نفر (۶/۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶/۷ درصد)

تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشته اند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل، ۳ نفر (۲۰ درصد) نمونه مجرد و ۱۲ نفر (۸۰ درصد) متأهل هستند. بیشتر افراد نمونه در گروه آزمایش برابر با ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) یک فرزند و همین تعداد دو فرزند داشتند در حالی که ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) بدون فرزند و ۱ نفر (۶/۷ درصد) سه فرزند داشته است. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) نمونه بدون فرزند، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) یک فرزند و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای دو فرزند بودند.

نتایج آزمون t گروه های مستقل نشان داد که میانگین سن و سابقه کار در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری ندارد ($p > 0/05$). براساس آزمون خی دو بین تعداد افراد دو گروه براساس تحصیلات، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0/05$). یافته های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	آزمایش			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تعارض کار- خانواده	۵۱/۸۰۰	۴۲/۳۳	۴۶/۵۳	۵۱/۷۳	۴۹/۱۳	۴۹/۴۶
انحراف معیار	۱۱/۹۰	۸/۰۲	۸/۸۶	۱۵/۸۵	۱۴/۲۵	۱۳/۸۵
اعتیاد به کار	۷۴/۸۶	۶۷/۳۳	۶۸/۲۰	۷۳/۷۳	۷۳/۸۶	۷۳/۵۳
انحراف معیار	۲۱/۰۶	۱۸/۹۲	۱۹/۵۳	۲۱/۲۵	۲۰/۷۶	۲۰/۶۸
سلامت روان	۳۴/۴۰	۲۶/۰۶	۲۶/۲۶	۳۲/۴۶	۳۱/۱۳	۳۰/۸۰
انحراف معیار	۱۰/۰۷	۶/۵۵	۶/۵۰	۸/۷۸	۷/۹۳	۷/۶۱
تعاملات بین فردی	۴۳/۳۳	۵۰/۵۳	۴۹/۱۳	۴۱/۸	۴۲/۵۳	۴۲/۴۷
انحراف معیار	۱۴/۰۹	۱۴/۶۲	۱۵/۴۹	۱۲/۳	۱۱/۹۹	۱۲/۰۴

جدول ۲ نشان داد، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد. جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است (سطوح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد).

نتایج آزمون ماچلی نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس ها در گروه ها برای متغیر تعارض کار- خانواده ($Mauchly's W = 0/487, \chi^2 = 17/96, sig = 0/001$)، اعتیاد به کار ($Mauchly's W = 0/995, \chi^2 = 37/006, sig = 0/001$)، تعاملات بین فردی ($Mauchly's W = 0/845, \chi^2 = 4/2, sig = 0/122$) به دست آمد که بیانگر تأیید پیش فرض در متغیرهای اعتیاد به کار و تعاملات بین فردی و عدم تأیید آن در متغیرهای تعارض کار- خانواده و سلامت روان در پژوهش است. از این رو در تحلیل های درون آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در متغیر اعتیاد به کار و تعاملات بین فردی از تحلیل با فرض کرویت و ر متغیرهای تعارض کار- خانواده و سلامت روان از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس - گیزر استفاده می شود.

نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تعارض کار - خانواده	بین آزمودنی	وضعیت تأهل	۲۲۱/۵۹	۱	۲۲۱/۵۹	۰/۴۱۶	۰/۵۲۵	۰/۰۱۶	۰/۰۹۵
		سابقه کار	۲۱۷/۰۰۶	۱	۲۱۷/۰۰۶	۰/۴۰۷	۰/۵۲۹	۰/۰۱۵	۰/۰۹۴
		گروه	۷۸۳/۲۱۷	۱	۷۸۳/۲۱۷	۲۸/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵	۰/۹۹۹
اعتیاد به کار	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۰۱/۸۳	۱/۳۲	۷۷/۰۱	۸/۵۱	۰/۰۰۳	۰/۲۴۷	۰/۸۷۷
		اثر زمان × وضعیت تأهل	۱۴/۸۱	۱/۳۲	۱۱/۲	۱/۲۴	۰/۲۸۷	۰/۰۴۵	۰/۲۱۲
		اثر زمان × سابقه کار	۲۳/۵۳	۱/۳۲	۱۷/۷۹	۱/۹۷	۰/۱۶۷	۰/۰۷	۰/۳۱۲
		اثر زمان × گروه	۳۲۴/۶۲	۱/۳۲	۲۴۵/۵۰۶	۲۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱	۱/۰۰۰
سلامت روان	بین آزمودنی	وضعیت تأهل	۱۵۲/۳۹	۱	۱۵۲/۳۹	۰/۱۱۶	۰/۷۳۷	۰/۰۰۴	۰/۰۶۲
		سابقه کار	۳۵۴/۳۳	۱	۳۵۴/۳۳	۰/۲۶۸	۰/۶۰۹	۰/۰۱	۰/۰۷۹
		گروه	۷۳۳/۹۸	۱	۷۳۳/۹۸	۱۲۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸	۱/۰۰۰
		اثر زمان	۲۷/۴۳	۲	۱۳/۷۱	۴/۰۲	۰/۰۲	۰/۱۳۴	۰/۷۰۲
تعاملات بین فردی	درون آزمودنی	اثر زمان × وضعیت تأهل	۳/۱۹	۲	۱/۵۹	۰/۴۶۸	۰/۶۲۹	۰/۰۱۸	۰/۱۲۲
		اثر زمان × سابقه کار	۲/۳۷	۲	۱/۱۸	۰/۳۴۷	۰/۷۰۸	۰/۰۱۳	۰/۱۰۳
		اثر زمان × گروه	۲۵۴/۹۳۹	۲	۱۲۷/۴۶۹	۳۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰۰
		وضعیت تأهل	۴۹/۰۷	۱	۴۹/۰۷	۰/۲۶۱	۰/۶۱۴	۰/۰۱	۰/۰۷۸
تعاملات بین فردی	بین آزمودنی	سابقه کار	۲۶۴/۴۴	۱	۲۵۴/۴۴	۱/۳۵	۰/۲۵۶	۰/۰۴۹	۰/۲۰۱
		گروه	۵۶۸/۹۰۶	۱	۵۶۸/۹۰۶	۵۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰۰
		اثر زمان	۷۶/۷۶۹	۱/۱۳	۶۸/۰۳	۹/۸۸	۰/۰۰۳	۰/۲۷۶	۰/۸۸۷
		اثر زمان × وضعیت تأهل	۲۲/۵۲	۱/۱۳	۱۹/۹۶	۲/۹	۰/۰۹۵	۰/۱	۰/۳۹۹
تعاملات بین فردی	درون آزمودنی	اثر زمان × سابقه کار	۲۲/۳۹	۱/۱۳	۲۴/۲۸	۳/۵۲	۰/۰۶۶	۰/۱۱۹	۰/۴۶۹
		اثر زمان × گروه	۲۲۸/۸۰۲	۱/۱۳	۲۰۲/۷۶۶	۲۹/۴۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱	۱/۰۰۰
		وضعیت تأهل	۳۳/۷۶	۱	۳۳/۷۶	۰/۰۵۹	۰/۸۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۶
		سابقه کار	۲۱۲/۷۴	۱	۲۱۲/۷۴	۰/۳۷۴	۰/۵۴۶	۰/۰۱۴	۰/۰۹۱
تعاملات بین فردی	بین آزمودنی	گروه	۴۹۸/۳۴۶	۱	۴۹۸/۳۴۶	۶۰/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰۰
		اثر زمان	۲۰/۷۶	۲	۱۰/۳۸	۴/۷۱	۰/۰۱۳	۰/۱۵۳	۰/۷۶۵
		اثر زمان × وضعیت تأهل	۰/۹۵۷	۲	۰/۴۷۸	۰/۲۱۷	۰/۸۰۶	۰/۰۰۸	۰/۰۸۲
		اثر زمان × سابقه کار	۳/۶۳	۱/۷۳	۲/۰۹	۰/۸۲۴	۰/۴۳	۰/۰۳۱	۰/۱۸۴
تعاملات بین فردی	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱۷۴/۵۲	۲	۸۷/۲۶	۳۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱/۰۰۰

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۳، با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی وضعیت تأهل و سابقه کار، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای تعارض کار- خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی در دو گروه آزمایش (آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/001$). نتایج نشان داده است که ۵۱/۵ درصد از تفاوت های فردی در متغیر تعارض کار- خانواده، ۸۱/۸ درصد در اعتیاد به کار، ۶۷ درصد در سلامت روان، ۶۹ درصد در تعاملات بین فردی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. براساس نتایج در تحلیل های درون آزمودنی، اثر اصلی زمان معنی دار است که نشان می دهد، بین میانگین نمرات هر چهار متغیر تعارض کار- خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$)، نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر چهار متغیر معنی دار است ($p < 0/001$). که نشان می دهد تغییرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر یک از گروه ها معنی دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه ها در متغیر تعارض کار- خانواده برابر با ۵۱/۱ درصد، در اعتیاد به کار برابر با ۵۹ درصد، در سلامت روان برابر با ۵۳/۱ درصد و در تعاملات بین فردی برابر با ۶۰/۳ درصد در دست آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیر های پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه دو گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری
تعارض کار- خانواده	پیش آزمون	۰/۰۶۷	۱/۵۵	۰/۹۹	سلامت روان	پیش آزمون	۱/۵۳	۱/۸۳	۰/۳۱۷
	پس آزمون	-۹/۲۵	۱/۳۶	۰/۰۰۱		پس آزمون	۸	۱/۷۲۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۵/۱۳	۱/۴۳	۰/۰۰۱		پیگیری	۶/۶۷	۱/۸۹۷	۰/۰۰۱
اعتیاد به کار	پیش آزمون	۱/۱۳	۱/۷۲	۰/۸۸۴	پیگیری	پیش آزمون	۱/۵۳	۱/۸۳	۰/۳۱۷
	پس آزمون	-۶/۵۳	۱/۲۵	۰/۰۰۱		پس آزمون	۸	۱/۷۲۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۵/۳۳	۱/۳۴	۰/۰۰۱		پیگیری	۶/۶۷	۱/۸۹۷	۰/۰۰۱

نتایج در جدول ۴ نشان می دهد، تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون معنی دار نیست ($P > 0/05$) اما تفاوت در مراحل پس آزمون و هم چنین پیگیری در هر چهار متغیر تعارض کار- خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی بین گروه کنترل با گروه آزمایش یا آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی) معنی داری به دست آمده است ($p > 0/001$). مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در گروه آزمایش

معنی داری	تفاوت میانگین	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
۰/۰۰۱	۸/۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۰۰۱	۹/۴۷	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۸/۱۳	پیگیری	پیش آزمون	۰/۰۰۸	۵/۵۲	پیگیری	پیش آزمون
۰/۹۹۵	-۰/۲	پیگیری	پس آزمون	۰/۰۱	-۴/۲	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	-۷/۲	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۰۰۱	-۷/۵۳	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	-۵/۸	پیگیری	پیش آزمون	۰/۰۰۱	-۶/۶۷	پیگیری	پیش آزمون
۰/۱۱۱	۱/۴	پیگیری	پس آزمون	۰/۸۹۷	-۰/۸۶۷	پیگیری	پس آزمون

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات تعارض کار- خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی، در سه مرحله در گروه آزمایش در جدول ۵ نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات متغیرهای اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و هم چنین پیش آزمون با پیگیری معنی دار است ($p < 0/001$). اما تفاوت میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش به جز تعارض کار- خانواده در پس آزمون و پیگیری در این گروه معنی دار به دست نیامده است ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

همانطور که اشاره شد هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مجازی کیفیت زندگی درمانی بر تعارض کار و خانواده، اعتیاد به کار، سلامت روان و تعاملات بین فردی در کارکنان شاغل انجام گرفت. نتایج نشان داد این آموزش ها بر متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون اثرگذار بوده و اثرات آن در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

نتایج به دست آمده با پژوهش های برانزنده و سماواتیان (۲۰۲۱) همسو است که نشان دادند کیفیت زندگی کاری بر کاهش تعارض کار- خانواده اثربخش است. هم چنین این نتایج با پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۸)، تقوی لاریجانی و همکاران (۱۳۹۷)، حیدری (۱۳۹۶) همسو است که کیفیت زندگی درمانی را بر بهبود سلامت روان اثربخش نشان داده اند. علاوه بر این نتایج به دست آمده با پژوهش عراقیان و همکاران (۱۳۹۹) همسو است که در هر دو پژوهش نشان داده شد است، کیفیت زندگی درمانی، بر روابط و تعاملات بین فردی تأثیر معنی داری دارد.

یکی از علل اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش تعارض کار- خانواده افراد گروه آزمایش، آگاه کردن آنان در باره این موضوع بود که خود واقعیشان را بشناسند و به جای اینکه تنها بر ضعفهای خود تمرکز کنند، توانایی های خود را نیز مورد شناسایی و تقویت قرار دهند تا بتوانند در حوزه هایی از زندگی خود که درباره آن نگران هستند، موفق تر عمل کرده و احساس بهتری نسبت به خودشان پیدا کنند (ایسلا ریون و کاترین، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت به کارکنان دارد که عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب عامل تعارض نیست، بلکه نحوه کنار آمدن با مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین کننده شرایط

فرد است و به این طریق توانایی تحمل ناشی از مشکلات افزایش میدهد و بدین طریق آنها در مدیریت محیط اطراف خود، کنترل بر مجموعه پیچیده ای از فعالیت های بیرونی و استفاده مؤثر و کارآمد از فرصت های به وجود آمده، توانمند میکند و چنین توانایی و مهارتی موجب میگردد تا هریک از افراد هنگام مواجهه با شرایط مشکل آفرین بتوانند بر محیط کنترل داشته باشند و با در نظر گرفتن کلیه ی جوانب به واکنش و عمل پردازند (سلطانی، کریم نژاد، ۱۳۹۹). بنابراین این رویکرد میتواند به کارکنان شاغل کمک نماید تا نقش خود را در موقعیتهای جدید بشناسند و چنین کاهشی در تعارضها میتواند از محیط کار به خانواده و از خانواده به محیط کار انتقال یابد و بی ثباتی و تعارضهای زناشویی را کاهش دهد. از سوی دیگر، علاوه بر اینکه اشتغال میتواند سبب تغییر نقش ها و عملکرد خانواده گردد، تعارضها، استرس ها، فشارها و ناملایمات محیط کاری میتوانند عملکرد افراد در حوزه های مختلف از جمله حوزه خانوادگی و شغلی را تحت تأثیر قرار دهند و سبب افزایش تعارضها و بی ثباتی در خانواده و شغل گردند. در تبیینی دیگر بر اساس تئوری سرایت میتوان گفت آموزش مجازی کیفیت زندگی، سبب سرایت کاهش تعارض در هر دو حوزه به یکدیگر میگردد. بر این اساس، تغییر در محیط خانوادگی یا شغلی میتواند به محیط کاری و یا شغلی سرایت پیدا کند و روابط افراد را در محیط کار نیز تغییر و بهبود بخشد (موسوی، سماواتیان، نوری، ۱۳۹۷).

در تبیین اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش اعتیاد به کار میتوان اینگونه نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به ذهنی بودن به افراد می آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت میباشد و نه شخص جایگزین و بدین طریق به کارکنان می آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن همه نیروها و استعداد های خود و پرورش و بدست آوردن توانایی های جدید داشته باشند، زیرا رویارویی با این شرایط باعث میشود توانایی آنان در حل مشکلات افزایش یابد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تلاش دارد تا اسنادهای منفی را تغییر دهد (عشقی و فرهادی، ۱۳۹۷).

در این درمان به آزمودنی ها آموزشهای مدیریت زمان، برنامه ریزی فعالیت، شناسایی عوامل استرس زا و آموزش روشهای مقابله با آن، شناسایی عوامل وسوسه کننده ناشی از اعتیاد به کار و آموزش روشهای مقابله با آن ها و شناسایی افکار مزاحم و آموزش روشهایی برای مقابله با آنها ارایه گردید که همه این موارد میتواند موجب کاهش اعتیاد به کار در کارکنان شود.

در تبیین دیگر می توان بیان نمود که رویکرد کیفیت زندگی تلفیقی از رویکرد شناختی رفتاری و روانشناسی مثبت نگر است که در دو مورد از استراتژیهای درمانی خود، به تغییر در نگرش و تغییر در اهداف و استانداردها، شناختها، اسنادهای افراد می پردازد. بنابراین، آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی در پژوهش حاضر با تلاش جهت فعالسازی سبکهای سازنده و تأثیر بار سبک زندگی افراد تمرکز بر سایر حیطه های زندگی دوستان، خانواده، بازی، ورزش، تحصیل، مطالعه و تفریح، درصدد تغییر در میزان ساعات کاری کارکنان بود که به دنبال آن شاهد کاهش اعتیاد به کار می باشیم (آزودو و متیاس، ۲۰۱۷). گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد کل نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت میدهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل، را دریافت کیفیت زندگی اصلاح کند. کیفیت زندگی درمانی به ارائه یک الگو ۵راهه (شرایط زندگی، نگرش ها، معیارهای خرسندی، ارزشها و رضایت کلی از زندگی) برای حل نارضایتی ها در تمام حیطه ها و ارائه اصول و مهارت ها برای کاربرد در هر یک از حیطه ها پرداخته است و کارکنان را قادر میسازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه های مختلف از این مدل و اصولها استفاده کنند. شرکت در برنامه کیفیت زندگی با به کارگیری تکنیکهایی از جمله آرامسازی، برون ریزی احساسات و تأثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان شده است. همچنین تسلط بر نشانه های رفتاری و تمرکز بر علل رویدادهایی که اتفاق میافتند و بر روی نشانه های احساسی، مبارزه با افکار منفی، مهارتهای ثبت افکار، رها کردن افکار منفی، همگی باعث افزایش سلامت روان میشوند.

در نگاهی دیگر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی رویکرد جدیدی در روان شناسی است بر این فرض استوار است مراجعانی که شادمانی خود را به حداکثر می رسانند فواید بی شماری به دست می آورند؛ چرا که شادمانی و رضایتمندی از زندگی باعث افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی بالاتر در فرد می شود. این احتمال وجود دارد که مسایل شخصی، از طریق اشتغال ذهنی، انزوا و قضاوت مختل به کاهش مهارت و عملکرد ضعیف منجر شود و آمادگی فرد را برای مراقبت از خویش کاهش دهد و در آن ها تحریف های شناختی ایجاد کند. بنابراین، دور از انتظار نیست که آموزش مجازی کیفیت زندگی موجب افزایش سلامت روان کارکنان گردد.

در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، عنوان می شود که کیفیت روابط بین فردی همانند سایر رفتارها، یاد گرفته شده است، بنابراین، مهمترین هدف درمان، آن است که پیشایندهای مهم این رفتارها را شناسایی و روش های مؤثر تسلط بر آنها را به افراد آموزش دهد و شیوه های خود کنترلی، مدیریت خلق منفی، اضطراب و کنترل خشم تأکید میکند. در رویکرد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به افراد آموزش داده میشود که زندگی از ابعاد متفاوتی تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستند، باید به ابعاد دیگر توجه کنند و کارکنان از طریق تکالیف آموزشی می آموزند که چگونه به ابعادی که تاکنون بی توجه بوده اند توجه کنند. از طریق آموزش اصل غنای درونی و فنون این اصل به همراه تکالیف خاص آن می آموزند که چگونه میتوان با اختصاص زمان کافی به خود، به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیاء خویش و بالا بردن کیفیت روابط بین فردی برنامه ریزی کنند، از طریق اصل کیفیت زمان و فنون و تکالیف این اصل می آموزند که چگونه حل مسأله انجام دهند و مشکلاتشان را حل کنند و به هنگام غم و اندوه و تجربه هیجانهای منفی از فن دومین عقیده استفاده کنند و از طریق اصل هدف یابی و معنایابی و فنون و تکالیف این اصل می آموزند که چگونه اهدافی مطابق ارزش هایشان تنظیم کنند و اهداف و معنای واقع بینانه تر را مدنظر قرار دهند لذا این درمان از طریق چندین روش می تواند بر روابط بین فردی مؤثر واقع شود (طاهر کریمی و حسینی، ۲۰۱۹).

منابع

- باقری، ندا؛ و ایروانی، محمد رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر افزایش شادی و عزت نفس پرستاران شاغل در بیمارستان دولتی شهدای لنگان زرین شهر. مجله سلامت جامعه، ۱۲(۳۵)، ۲۱-۱۲.
- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی، ۱(۳۶)، ۱-۱۹.
- تقوی لاریجانی، ترانه؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ یونس پور، شیماء؛ و عرشی ها، مرجان. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری. فصلنامه پژوهش پرستاری، ۱۳(۳)، ۲۷-۳۳.
- ثناگو، اکرم؛ تقوی، احمد؛ بهنام پور، ناصر و بیکی، فریبا. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت خودشکوفایی با برخی از عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، نشریه پژوهش در آموزش علوم پزشکی، ۸(۲)، ۲۲-۲۹.
- درگاهی، شهریار؛ براتی مقدم، بهروز؛ احمدبوکانی، سلیمان؛ و اعیادی، نادر. (۱۳۹۸). ارتباط صمیمیت ادراک شده از خانواده ی اصلی و تعارض کار-خانواده با همدلی و اعتیاد به کار، در اعضای کادر درمانی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۲(۱)، ۳۲۷-۳۲۵.
- دهقان نیری، ناهید و صالحی، تهمینه؛ (۱۳۸۷). کیفیت زندگی کاری و بهره وری پرستاران بالینی و ارتباط

آن‌ها با یکدیگر، مجله پژوهش پرستاری، ۳(۸)، ۸-۹.

دهقانی قهنویه، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس شغلی، تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی کارکنان شاغل. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان.

رجعتی، ریحانه؛ خدیورزاده، طلعت؛ اسماعیلی، حبیب اله؛ دانش، فرشته. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی تعارض کار- خانواده از دیدگاه زنان شاغل و همسران آن‌ها. مجله دانشکده پزشکی زابل، ۵(۱)، ۱۴-۷.

حیدری، ندا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی گروهی بر اضطراب، استرس ادراک شده، سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان باردار شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

خیری خواه، آرش و زندپور، اسماعیل و علوی صدر، سیده زهرا (۱۴۰۰). رابطه بین استرس شغلی با سلامت روان کارکنان شرکت فولاد سرمد ابرکوه، چهاردهمین کنفرانس ملی روانشناسی، علوم اجتماعی و تربیتی، بابل.

شاهسوندی پیمان، موسوی زهره. (۱۴۰۰). پیش بینی سلامت و بهداشت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی براساس حمایت سازمانی ادراک شده، اعتیاد به کار و رفتار شهروندی سازمانی. بهداشت کار و ارتقاء سلامت، ۵ (۳)، ۲۳۴-۲۴۲.

طلایی پاشیری، مطهره؛ و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی بر تعاملات بین فردی، فراخنای توجه، کنترل رفتار و کنترل هیجان. مجله پرستاری کودکان، ۴(۳)، ۴۷-۵۵.

کریمی، زهرا؛ رضایی، نسرین؛ شکیبیا، منصور؛ و نویدیان، علی. (۱۳۹۸). تأثیر مداخله «کیفیت زندگی درمانی» بر بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان. حیات، ۲۵(۳)، ۲۳۱-۲۵۱.

عراقیان؛ شیمیا؛ نجات؛ حمید؛ توزنده جانی؛ حسن و زهرا باقرزاده گلمکانی (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض. فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی، ۹(۱۱)، ۱۲۱-۱۳۸.

عقیقی، علیرضا و زمانی، نرگس. (۱۳۹۹). بررسی رابطه رضایت شغلی با سلامت روانی کارمندان زن کتابخانه‌های عمومی استان همدان. مطالعات کتابداری و علم اطلاعات، ۱۲(۳)، ۱۷-۲۹.

علیپور شاهین، الهام و علیپور شاهین، پریسا (۱۴۰۰). نقش سلامت روان در پیش بینی فرسودگی شغلی کارکنان ستاد بهزیستی تبریز، هشتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم انسانی، مدیریت و کارافزینی ایران، تهران.

مشرعی، محمد حسین، نیسی، عبدالکاسم و ارشدی، نسرین. (۱۳۹۲). آزمون اثر غیر مستقیم تعارض کار- خانواده بر خشنودی زندگی: یک الگوی چند میانجی گر، روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۸)، ۷۵-۸۶.

محمدی، بهرام (۱۳۸۷). بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری و سلامت سازمانی در مدارس متوسطه استان کردستان. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه شهید رجایی تهران.

موسوی، سید محمد؛ سماواتیان، حسین؛ و نوری، ابوالقاسم. (۱۳۹۷). اثربخشی همزمان کیفیت بخشی زندگی

کاری و غنی سازی زندگی زناشویی بر تعارضات زناشویی و بی ثباتی زناشویی در بین زوج های شاغل با توجه به نقش سرریزشدگی. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۵(۲)، ۲۰-۱.

یوسفی، فایق؛ و محمدخانی، مونا. (۱۳۹۳). بررسی سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان و ارتباط آن با سن، جنسیت و دوره‌های تحصیلی آن‌ها. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۶ (۶)، ۳۴۵-۶۱.

یوسفی، زهرا؛ و سبحانی، مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی شغلی و ابعاد آن در کارکنان زن. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی؛ ۱۰(۴)، ۸-۱۲.

- Akrami Fard M A, Salehi S, Akramifard M. (2020). Effect of Quality of Work Life on Mental Health of Flight Crew Staff of Havanaja. J Police Med,9 (2) URL: <http://jpmed.ir/article-1-819-en.html>
- Azevedo W.F, Mathias LADST. (2017). Work addiction and quality of life: a study with physicians. Einstein (Sao Paulo). Apr-Jun;15(2):130-135. doi: 10.1590/S1679-45082017AO3960. PMID: 28767908; PMCID: PMC5609606.
- Barazandeh, A., Samavatyan, H., Nouri, A., & Abedi, M. R. (2021). The Effectiveness of Quality of Work Life Improvement Training Program on Employee Work-Family Conflict and Self-actualization Based on the Moderating Role of Perceived Job Security and Optimism. Career and Organizational Counseling.
- Berino, T. N., Reis, A. L., Carvalhal, M. M. L., Kikuchi, J. L. D., Teixeira, R. C. R., & Gomes, D. L. (2022). Relationship between Eating Behavior, Quality of Life and Weight Regain in Women after Bariatric Surgery. International journal of environmental research and public health, 19(13), 7648. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137648>
- Borgmann, L., S., Rattay, p. & Lampert, T. Health-Related Consequences of Work-Family Conflict From a European Perspective: Results of a Scoping Review, Public Health, 7.
- Carlson, D. S. (2000). Personality and role variables as predictors of three forms of work-family conflict. Journal of Vocational Behavior, 55(2), 236–253.
- Connell J, O’Cathain A, Brazier J. (2014). Measuring quality of life in mental health: are we asking the right questions? Soc Sci Med. 2014 Nov;120:12-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.08.026. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25194472; PMCID: PMC4224500.
- Fekih-Romdhane, F., Sawma, T., Akel, M. et al. (2022). Work Addiction and Depression, Anxiety, and Stress: the Mediating Role of Food Addiction Among Lebanese Young Adult Workers. Int J Ment Health Addiction <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00909-8>
- Ferrans, N.E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life, Scholarly inquiry of nursing practice, 10, 293-304.
- Frisch, MI, B. (2006). Quality of life therapy. New Jersey: John Wiley & Sons Press
- Jingyuan Shi, Liang Chen & Stephanie Jean Tsang (2022) Integrating

- Interpersonal Communication into the Influence of Presumed Media Influence Model: Understanding Intentions to Censor and Correct COVID-19 Misinformation on Social Media, *Journal of Broadcasting & ElectronicMedia*, 66:3, 464483, DOI: 10.1080/08838151.2022.2109638.
- Khukhlaev O, Novikova I and Chernaya A (2022) Interpersonal Mindfulness, Intergroup Anxiety, and Intercultural Communication Effectiveness Among International Students Studying in Russia. *Front. Psychol.* 13:841361. doi: 10.3389/fpsyg.2022.841361
- Niswaty, R., Juniati, F., Darwis, M., Salam, R., & Arhas, S. H. (2019). The Effectiveness of Leadership Functions Implementation in The Makassar Departement of Manpower. *JPBM (Jurnal Pendidikan Bisnis dan Manajemen)*, 5(1), 1–10.
- Nogueira, L. C., Kikuchi, N. C. S., Faria, G. S., & De Oliveira, I. J. (2018). Workaholic e worklovers. *Anais do EVINCI-UniBrasil*, 4(1), 265-265.
- Spence, J. T. and Robbins, A. S. (1992). Workaholism: definition, measurement, and preliminary results, *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 160-78.
- TaherKarami, Zh, Hosseini O & DashtiBozorgi Z. (2019). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Psychological Resilience, Self-Detachment, Hope, and Well-Being in Menopausal Women. *Social Health*, 5 (3), 189-197.