

The Effectiveness of Well-Being Therapy on Quality of Life in Older Adults with Non-Clinical Depression

Mostafa Ramazani Aval¹, Hassan Ahadi^{2*}, Parviz Asgari³, Hamid Nejat⁴

Abstract

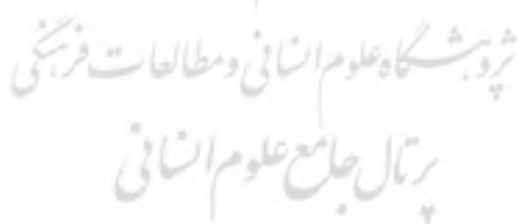
Purpose: Aging is a sensitive period of human being's life which requires substantial attention toward the related needs and concerns. Therefore, this study was conducted to determine the effectiveness of well-being therapy on the quality of life of the elderly with non-clinical depression.

Methodology: The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with control group. The present study population consisted of the elderly living in Neshat nursing home in Mashhad in 2019. 28 of them were selected by convenience sampling method and after controlling the inclusion and exclusion criteria, they were randomly assigned to two groups of 14 (experimental and control). Measurement tools were the GDS (Yesavage et al, 1982), AMTS (Hodgkinson, 1972), and the CASP-19 (Hyde et al, 2003). Welfare therapy sessions were also provided to the experimental group in 8 sessions of 90 minutes. In order to test the research hypothesis, descriptive statistics and repeated measures analysis of variance were used in SPSS/24 software.

Findings: The results showed that both in the post-test and in the follow-up phase, there was a significant difference between the two groups in terms of total quality of life score ($\eta^2=0.43$, $P=0.001$ & $F=14.03$), and control component ($\eta^2=0.15$, $P=0.041$ & $f=4.67$). But in the component of self-realization, autonomy and pleasure, there was no significant difference between the mean scores of the two groups in post-test and follow-up.

Conclusion: The findings of this study can provide a promising perspective on the effectiveness of positive therapies on the quality of life of the elderly living in nursing homes.

Keywords: Non-Clinical Depression, Well-Being Therapy, Quality of Life, Elderly



1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
ramazaniawal@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
drhahadi@gmail.com

3. Associated Professor, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.
askary47@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.
hnejat54@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۳

اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی

مصطفی رمضانی اول^۱، حسن احدی^{۲*}، پرویز عسگری^۳، حمید نجات^۴

چکیده

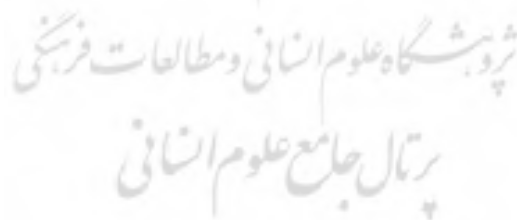
هدف: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را سالمندان مقیم در سرای سالمندان نشاط شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آنان ۲۸ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و بعد از کنترل معیارهای ورود و خروج، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای اندازه‌گیری عبارت بودند از مقیاس افسردگی سالمندان (یسویگ و همکاران، ۱۹۸۲)، مقیاس کوتاه اختلالات شناختی (هادکینسون، ۱۹۷۲) و مقیاس کیفیت زندگی سالمندان (هاید و همکاران، ۲۰۰۳). جلسات بهزیستی درمانی نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش ارائه شد. به منظور بررسی فرضیه پژوهش از آمار توصیفی و تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS/24 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری میان دو گروه به لحاظ نمره کل کیفیت زندگی ($F=14/03$) و استقلال بین میانگین نمره دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، اما در مؤلفه خودیابی، کاملی و استقلال بین میانگین نمره دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبود ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند چشم‌انداز امیدوارکننده‌ای از اثربخشی درمان‌های مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان ترسیم نماید.

کلیدواژه‌ها: افسردگی غیربالینی، بهزیستی درمانی، کیفیت زندگی، سالمندان.



۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران. ramazaniawal@gmail.com
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). drhahadi@gmail.com
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. askary47@yahoo.com
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. hnejat54@yahoo.com

مقدمه

سالمندی^۱ به عنوان یک فرایند تحول تدریجی و درک از زندگی با تغییرات روانی-اجتماعی زیادی همراه است (لو^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). آمارها حاکی از آن است که جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش است، و بیش از ۶۰ درصد افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (اعظمی-آغداش، آقایی و صادقی‌بازرگانی، ۲۰۱۸). در ایران سالمندان ۶ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص داده‌اند که برآورد می‌شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲۶ درصد خواهد رسید (ساروخانی و همکاران، ۲۰۱۸).

از جمله شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلاتی که سالمندان با آن دست به‌گریبان هستند، افسردگی^۳ می‌باشد (فاریولی-کیولی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). ویژگی اصلی اختلال‌های افسردگی این است که افراد ملالت^۵ یا غم توانکاهی را احساس می‌کنند، اما ظاهر شدن نشانه‌های افسردگی در افراد سالمند با نشانه‌های بزرگسالان جوان‌تر تفاوت دارد. در افراد سالمند نشانه‌های تنی (بدنی) آشکارتر هستند. از این گذشته، افراد سالمند کمتر گزارش می‌کنند که دستخوش پریشانی روانی شده‌اند (پارک و زاریت^۶، ۲۰۱۹). مرور سیستماتیک ۱۵ ساله نیز نشان داد شیوع افسردگی در جمعیت سالمند ایرانی ۴۳ درصد گزار شده است و میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان و در سالمندان مجرد بیشتر از متأهلین بوده است (ساروخانی و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی در سالمندان منجر به کاهش عملکرد، افت کیفیت زندگی و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی شده و در نهایت، مرگ‌ومیر و ناتوانی را به همراه دارد (سو و وانگ^۷، ۲۰۱۹). با توجه به رشد روزافزون سالمندان و نیز به دلیل کمبود شدید متخصصان و خدمات ویژه آنان، ضرورت توجه به کیفیت زندگی سالمندان به منظور مقابله با شرایط این دوران احساس می‌شود (کروکر^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). از دیگر سو، در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی^۹ به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های حوزه بهداشت روان مطرح بوده است (بونگرس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). با نگاهی به وضعیت گذشته و حال می‌توان دریافت که اگرچه چالش اصلی بهداشت و سلامت سالمندان در قرن بیستم «فقط زنده ماندن» بوده است اما چالش اصلی قرن جدید در این حوزه «زیستن با کیفیتی برتر» است (هاوکیدل، لایکسل و وای^{۱۱}، ۲۰۲۰).

کیفیت زندگی محصول کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی است و با اینکه مفهومی چندوجهی و پیچیده است اما تعریف شدنی و قابل اندازه‌گیری می‌باشد (بونگرس و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین، کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل فرد می‌باشد که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در وی برمی‌انگیزد (پرز-فلورس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰).

با نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه کیفیت زندگی سالمندان در کشورهای مختلف جهان مشاهده می‌شود سالمندان کیفیت زندگی پایینی دارند (کروکر و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز کاظمی، سجادی و بهرامی (۱۳۹۷) در یک مطالعه مروری نشان دادند که ۷ درصد از سالمندان ایرانی کیفیت زندگی بالا، ۴۲ درصد پایین و ۵۰ درصد کیفیت زندگی متوسط داشته‌اند و کیفیت زندگی سالمندان ایرانی تحت تأثیر حمایت اجتماعی، عوامل اقتصادی، طبقه اجتماعی، وضعیت سلامت جسمانی، تغذیه و عوامل جمعیت‌شناختی بوده است. در همین راستا و به منظور افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی سالمندان

1. Aging
2. Lu
3. Depression
4. Farioli-Vecchioli
5. Dysphoria
6. [Park & Zarate](#)
7. Su & Wang
8. Crocker
9. Quality of life
10. Bongers
11. Haukedal, Lyxell & Wie
12. Pérez-Flores

طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت مطرح گردیده است، که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان شناختی-رفتاری^۱ اشاره کرد (اسپی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). با وجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد وجود دارد، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد به کارگیری آن‌ها برای تعداد زیادی از درمانگران و سالمندان دشوار است و اغلب این مداخلات با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند (لوی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). واتسون و تلگن^۴ (۱۹۸۵) نیز بیان می‌کنند که درمان‌های معمول و استاندارد مانند درمان شناختی-رفتاری یا دارودرمانی در بهترین حالت افراد را در وضعیتی قرار می‌دهند که فقط از علائم رنج نبرند و هدف نهایی آن‌ها تخفیف و تسکین علائم است اما هنوز افزایش خرسندی و کیفیت زندگی در آن‌ها وجود ندارد، زیرا عواطف مثبت و منفی دو ساختار کاملاً متفاوت دارند و عدم حضور عواطف منفی به معنای وجود عواطف مثبت نیست (خزایی، شمسی‌پور و دوازده‌امامی، ۱۳۹۷).

امروزه با نسل جدیدی از درمان‌های نشأت گرفته از درمان شناختی-رفتاری مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا^۵ نامید. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه پژوهشگران قرار گرفته است، بهزیستی درمانی^۶ می‌باشد. بهزیستی درمانی یک برنامه درمانی کوتاه، سازمان یافته، رهنمودی و مسئله‌مدار است که بر مبنای الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف^۷ (۱۹۸۹) قرار دارد و هدف آن کمک به بهبود کارکردهای درمانجو در شش بعد رشد شخصی^۸، تسلط محیطی^۹، هدفمندی زندگی^{۱۰}، خودمختاری^{۱۱}، خودپذیری^{۱۲} و روابط مثبت با دیگران^{۱۳} می‌باشد. روش‌های اصلی در این شیوه درمانی برای کمک به درمانجو شامل بازسازی شناختی، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس تسلط، کنترل و لذت تولید می‌کنند و آموزش جرأت‌ورزی و حل مسئله است (فاوا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷). در حالی که شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد روبه افزایش است اما تقریباً مطالعات بسیار اندکی این روش درمانی را در جمعیت سالمندان بررسی کرده‌اند. بیشتر مطالعات در حوزه درمان بهزیستی بیشتر معطوف به علائم روان‌شناختی بیماران مزمن طبی یا مصرف‌کنندگان مواد بوده است (پژوه‌شگر و همکاران، ۱۳۹۸، پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۵). متأسفانه نتایج به دست آمده از بیماران مزمن قابل‌تعمیم به سالمندان نیستند، بنابراین باید شیوه‌های مداخلاتی و آموزشی در این جمعیت دارای کیفیت زندگی پایین به گونه‌ای مستقل بررسی شود. لذا با توجه به آمار چشمگیر سالمندان در ایران و نیز با در نظر گرفتن تأثیرات امیدبخش درمان‌های مثبت‌گرا بر بهداشت روان افراد دارای افسردگی و نیز فقدان برنامه مدون برای بهبود وضعیت زندگی این گروه از جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی انجام شد.

روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مرکز درمان چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان مبتلا به چاقی تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به تصادفی‌سازی (قرعه‌کشی) در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند.

شاخص توده بدنی آزمودن‌ها توسط کارشناس تغذیه مرکز درمانی از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه

1. Cognitive Behavioral Therapy
2. Espie
3. Levy
4. Watson & Teligen
5. Positive Psychology
6. Well-Being Therapy
7. Ryff
8. Personal Growth
9. Environmental Mastery
10. Purpose in Life
11. Autonomy
12. Self-Acceptance
13. Positive Relation with Others
14. Fava

گردید و وزن نیز با استفاده از ترازوی دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه‌گیری شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل BMI مساوی یا بزرگ‌تر از 30 kg/m^2 (لازم به ذکر است که اضافه وزن برحسب $25 < \text{BMI} < 30$ کیلوگرم بر متر مربع، چاقی برحسب $\text{BMI} \geq 30$ و نمره بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نمرال تعریف شده است)، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال، دریافت نکردن همزمان روان‌درمانی یا یک برنامه آموزشی دیگر روان‌شناختی بود. ملاک‌های کناره‌گیری از مطالعه نیز شامل باردار بودن یا برنامه‌ریزی برای بارداری، دریافت کردن داروهای روانگردان یا متأثر کننده وزن و درمان دارویی چاقی، ابتلای به هر یک از اختلالات روان‌شناختی یا طبی مزمن، غیبت بیش از یک جلسه در برنامه درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش و کنترل، گروه‌های آزمایش هر کدام تحت ۸ جلسه برنامه درمانی به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه با توجه به پروتوکل تدوین شده قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. لازم به ذکر است که درمان توسط روان‌درمانگران متخصص و در اتاق‌هایی مجزا از مرکز درمانی انجام شد. طرح‌واره درمانی با توجه به پروتوکل مداخله طرح‌واره درمانی یانگ و کلووسکو^۱ (۲۰۰۳ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) و درمان شناختی-رفتاری نیز با توجه به پروتوکل تدوین شده توسط رایت^۲ و همکاران (۲۰۰۶ ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور، ۱۳۹۷) انجام شد.

در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی اطمینان به آزمودنی‌ها لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد و مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز در پایان مداخله انجام گرفت. آزمودنی‌ها مقیاس‌های زیر را قبل و بعد از اجرای مداخله و پس از توضیح دستورالعمل نحوه‌ی پاسخ‌دهی توسط پژوهشگر تکمیل نمودند:

پرسشنامه کیفیت زندگی^۳: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ به وسیله سازمان جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی تدوین و دارای ۲۶ سؤال با ۴ زیرمقیاس شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی است. نمره گذاری سئوال‌ات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) انجام می‌شود. ۲ سؤال اول به هیچ یک از ابعاد تعلق ندارد. سئوال‌ات شماره ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در هنجاریابی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ برآورد شده است (مولایی یساولی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ به وسیله کش و همکاران تدوین و دارای ۴۶ سؤال با ۳ عامل ارزیابی، توجه و رفتار است، که عامل ارزیابی ظاهر فیزیکی آن اغلب در مطالعات برای ارزیابی تصویر بدنی به کار رفته است و دارای ۶ زیرمقیاس شامل جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، وزن ذهنی، رضایت بدنی، ارزشیابی قیافه و جهت‌گیری تناسب اندام می‌باشد. نمره گذاری سئوال‌ات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) انجام می‌شود. سئوال‌ات شماره ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۲ به صورت معکوس نمره گذاری و محاسبه می‌شوند. نمرات این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۴۶ تا ۲۳۰ قرار می‌گیرند و نمرات بیشتر در این آزمون نشان‌دهنده رضایت مندی از بدن است. در نتایج گزارش شده توسط سازندگان این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. در هنجاریابی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ برآورد شده است (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۶ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ محاسبه شد.

1. Klosko
2. Wright
3. World Health Organization Quality of Life (WHOQL)
4. Multidimensional Body-Self relations Questionnaire (MBSRQ)

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق با روش تحلیل وار یانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی (منبع: بانگ و کلوکو، ۲۰۰۳ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸)

| جلسه | خلاصه محتوای جلسات مداخله |
|---|--|
| یکم | آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره درمانی |
| دوم | بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرح‌واره‌های سالم و ناسالم |
| سوم | آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای |
| چهارم | تقویت مفهوم انسام سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی |
| پنجم | آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها |
| ششم | آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش |
| هفتم | تمرین رفتارهای سالم و آموزش الگوهای رفتاری جدید، بررسی مزایا و معایب رفتار سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار |
| هشتم | مرور جلسات قبل و تمرین راهکارهای یادگرفته شده |
| جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (منبع: رایت و همکاران، ۲۰۰۶ ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور، ۱۳۹۷) | |
| جلسه | خلاصه محتوای جلسات مداخله |
| یکم | معرفی و توضیح اصول اساسی درمان شناختی-رفتاری، معرفی مفاهیم بنیادی درمان، تنظیم زمانبندی جلسات، بحث درباره قوانین جلسات. |
| دوم | تعیین دستور کار جلسه، ارزیابی، فرمول‌بندی، مفهوم‌سازی مسائل آزمودنی‌ها و پر کردن برگه کاری فرمول‌بندی. |
| سوم | تعیین دستور کار جلسه، هدف‌گزینی و تعیین اهداف درمانی به کمک اعضا، تهیه دفترچه یادداشت مخصوص درمان و برنامه‌ریزی فعالیت. |
| چهارم | تعیین دستور کار جلسه، شناسایی و تشخیص افکار خودآیند، تمرین ثبت افکار و واگذاری آن به بیمار به عنوان تکلیف خانگی. |
| پنجم | تغییر و اصلاح افکار خودآیند، آموزش تکنیک آفرینش جای‌گزینی منطقی، معرفی فرم ثبت فعالیت هفتگی به عنوان تکلیف خانگی. |
| ششم | تعیین دستور کار جلسه، تشخیص خطاهای شناختی، بررسی شواهد و تهیه کارت‌های مقابله. |
| هفتم | تعیین دستور کار جلسه، طراحی تکلیف درجه‌بندی شده، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی. |
| هشتم | بررسی فعالیت‌های انجام نشده، تکالیف خانگی و دفترچه یادداشت درمان، پاسخ به پرسش‌های اعضا و جمع‌بندی. |

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر در سه گروه وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. لازم به ذکر است که هیچکدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی، $4/73 \pm 34/99$ ؛ گروه دریافت‌کننده درمان شناختی-رفتاری، $6/15 \pm 35/12$ و در گروه کنترل، $6/22 \pm 35/07$ سال بود. بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات، $x^2=14/39$ ، $p=0/05$ تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کیفیت زندگی و تصویر بدنی به تفکیک گروه‌ها در مراحل ارزیابی در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن و همچنین، تصویر بدنی و ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف سنجش در زنان مبتلا به چاقی

| متغیر | گروه | تعداد | پیش‌آزمون M ± SD | پس‌آزمون M ± SD | پیگیری M ± SD |
|----------------|-------|-------|---------------------|--------------------|------------------|
| سلامت جسمانی | CBT | ۱۵ | ۱۶/۹۳ ± ۵/۵۲ | ۲۰/۲۰ ± ۳/۵۵ | ۱۸/۸۰ ± ۳/۹۹ |
| | SFT | ۱۵ | ۱۷/۲۷ ± ۵/۳۴ | ۲۰/۱۳ ± ۳/۰۲ | ۱۹/۶۷ ± ۳/۰۶ |
| | کنترل | ۱۵ | ۱۶/۸۰ ± ۴/۶۵ | ۱۶/۴۰ ± ۴/۵۶ | ۱۶/۲۷ ± ۴/۳۸ |
| سلامت روانی | CBT | ۱۵ | ۱۴/۵۳ ± ۴/۸۵ | ۲۰/۴۷ ± ۳/۲۷ | ۲۰/۸۰ ± ۳/۵۱ |
| | SFT | ۱۵ | ۱۵/۶۷ ± ۲/۹۴ | ۱۸/۴۷ ± ۲/۳۶ | ۱۸/۰۰ ± ۲/۱۴ |
| | کنترل | ۱۵ | ۱۴/۸۷ ± ۳/۰۲ | ۱۴/۲۰ ± ۲/۷۸ | ۱۳/۹۳ ± ۲/۰۲ |
| سلامت محیطی | CBT | ۱۵ | ۱۶/۶۷ ± ۳/۲۷ | ۲۳/۳۳ ± ۱/۸۸ | ۲۳/۸۰ ± ۲/۰۴ |
| | SFT | ۱۵ | ۱۷/۷۳ ± ۴/۵۳ | ۲۰/۸۷ ± ۴/۰۰ | ۲۲/۱۳ ± ۳/۶۶ |
| | کنترل | ۱۵ | ۱۸/۲۷ ± ۴/۴۵ | ۱۷/۵۳ ± ۴/۲۹ | ۱۸/۵۳ ± ۴/۱۲ |
| سلامت اجتماعی | CBT | ۱۵ | ۸/۱۳ ± ۵/۱۸ | ۱۱/۴۰ ± ۳/۱۱ | ۱۲/۶۷ ± ۳/۹۰ |
| | SFT | ۱۵ | ۹/۶۰ ± ۳/۹۴ | ۱۱/۱۳ ± ۴/۰۳ | ۱۱/۴۷ ± ۳/۶۲ |
| | کنترل | ۱۵ | ۹/۴۷ ± ۳/۶۸ | ۸/۶۷ ± ۳/۷۴ | ۷/۹۳ ± ۳/۲۶ |
| کیفیت زندگی | CBT | ۱۵ | ۵۷/۲۷ ± ۱۵/۸۳ | ۷۵/۴۰ ± ۸/۱۷ | ۷۷/۰۷ ± ۹/۹۲ |
| | SFT | ۱۵ | ۶۰/۲۷ ± ۱۵/۰۷ | ۷۰/۶۰ ± ۱۰/۳۳ | ۷۱/۲۷ ± ۸/۷۲ |
| | کنترل | ۱۵ | ۵۹/۴۰ ± ۱۴/۲۰ | ۵۶/۸۰ ± ۱۳/۹۸ | ۵۶/۶۷ ± ۸/۱۸۱ |
| ارزشیابی ظاهر | CBT | ۱۵ | ۹/۶۷ ± ۱/۳۵ | ۱۳/۹۳ ± ۲/۷۱ | ۱۳/۵۳ ± ۲/۶۱ |
| | SFT | ۱۵ | ۱۰/۴۰ ± ۲/۸۵ | ۱۲/۶۷ ± ۱/۹۱ | ۱۲/۴۰ ± ۲/۳۵ |
| | کنترل | ۱۵ | ۹/۸۷ ± ۲/۵۰ | ۹/۶۷ ± ۳/۷۰ | ۱۰/۵۳ ± ۳/۷۶ |
| جهت‌گیری ظاهر | CBT | ۱۵ | ۲۲/۸۰ ± ۴/۳۸ | ۲۸/۲۰ ± ۴/۲۱ | ۲۸/۰۰ ± ۵/۰۳ |
| | SFT | ۱۵ | ۲۱/۶۰ ± ۴/۴۸ | ۲۴/۶۷ ± ۴/۲۴ | ۲۵/۶۷ ± ۴/۸۱ |
| | کنترل | ۱۵ | ۲۲/۰۰ ± ۴/۴۷ | ۲۱/۱۳ ± ۵/۵۴ | ۲۱/۴۰ ± ۵/۷۷ |
| ارزشیابی تناسب | CBT | ۱۵ | ۵/۴۰ ± ۱/۳۰ | ۸/۴۰ ± ۱/۷۲ | ۸/۸۷ ± ۱/۴۱ |
| | SFT | ۱۵ | ۴/۹۳ ± ۰/۹۶ | ۷/۲۷ ± ۱/۱۰ | ۷/۸۷ ± ۱/۲۵ |
| | کنترل | ۱۵ | ۵/۱۳ ± ۱/۰۶ | ۴/۲۷ ± ۱/۸۷ | ۵/۴۷ ± ۱/۸۱ |
| جهت‌گیری تناسب | CBT | ۱۵ | ۲۶/۴۰ ± ۴/۷۳ | ۳۳/۲۰ ± ۳/۳۰ | ۳۳/۴۰ ± ۲/۵۰ |
| | SFT | ۱۵ | ۲۵/۵۳ ± ۳/۸۳ | ۳۱/۰۰ ± ۳/۴۰ | ۳۲/۱۳ ± ۳/۴۸ |
| | کنترل | ۱۵ | ۲۶/۰۷ ± ۴/۸۹ | ۲۵/۸۰ ± ۷/۵۶ | ۲۶/۸۰ ± ۷/۵۶ |
| وزن ذهنی | CBT | ۱۵ | ۴/۶۰ ± ۱/۶۴ | ۶/۴۰ ± ۱/۴۰ | ۶/۶۷ ± ۱/۴۰ |
| | SFT | ۱۵ | ۴/۷۳ ± ۱/۴۴ | ۶/۰۰ ± ۱/۴۶ | ۶/۶۷ ± ۱/۳۵ |
| | کنترل | ۱۵ | ۴/۴۷ ± ۱/۴۱ | ۳/۹۳ ± ۱/۷۹ | ۴/۹۳ ± ۱/۸۳ |
| تصویر بدنی | CBT | ۱۵ | ۲۰/۸۰ ± ۳/۳۴ | ۲۳/۱۳ ± ۳/۰۷ | ۲۳/۰۷ ± ۳/۰۱ |
| | SFT | ۱۵ | ۲۰/۱۳ ± ۴/۳۷ | ۲۲/۴۷ ± ۳/۹۱ | ۲۲/۸۰ ± ۳/۸۴ |
| | کنترل | ۱۵ | ۱۹/۷۳ ± ۴/۰۶ | ۱۹/۹۳ ± ۳/۶۷ | ۱۹/۷۳ ± ۴/۳۷ |

برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحقق مفروضات بهنجار بودن توزیع متغیرها، همگنی شیب خط رگرسیون، همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس باید بررسی شود. جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون ناپارامتری کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($P > 0/05$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) برای متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) معنادار نبود، بنابراین شیب‌های رگرسیون در سه گروه همسان تلقی شد. مفروضه همبستگی

چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. جدول ۴ نشان می‌دهد فرض کرویت موچلی در مورد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و جهت گیری ظاهری برقرار نیست و براین اساس از آزمون گرین هاوس-گیسر استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که این مفروضه نیز رعایت شده است ($F=1/45$ و $P>0/05$). براین اساس و با توجه به سایر پیش فرض‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برقرار است.

جدول ۴. نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در متغیرهای پژوهش در زنان مبتلا به چاقی

| متغیر | کرویت موچلی | آماره‌ی کای دو | درجه آزادی | سطح معناداری |
|----------------|-------------|----------------|------------|--------------|
| سلامت جسمانی | ۰/۵۵۲ | ۱۱/۵۲ | ۲ | ۰/۰۰۲ |
| سلامت روانی | ۰/۷۰۲ | ۴/۶۵ | ۲ | ۰/۰۶۶ |
| سلامت محیطی | ۰/۶۵۱ | ۷/۸۹ | ۲ | ۰/۰۸۷ |
| سلامت اجتماعی | ۰/۶۸۵ | ۹/۳۶ | ۲ | ۰/۰۹۴ |
| کیفیت زندگی | ۰/۹۰۴ | ۶/۴۳ | ۲ | ۰/۰۰۳ |
| ارزشیابی ظاهر | ۰/۲۸۶ | ۱/۹۳ | ۲ | ۰/۱۰۹ |
| جهت گیری ظاهر | ۰/۳۱۵ | ۵/۳۰۴ | ۲ | ۰/۰۲۲ |
| ارزشیابی تناسب | ۰/۴۴۲ | ۲/۷۶ | ۲ | ۰/۱۲۱ |
| جهت گیری تناسب | ۰/۱۹۸ | ۳/۵۹ | ۲ | ۰/۱۴۳ |
| وزن ذهنی | ۰/۳۰۷ | ۶/۶۴ | ۲ | ۰/۲۱۶ |
| تصویر بدنی | ۰/۶۷۶ | ۳/۱۴ | ۲ | ۰/۱۷۸ |

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت با معیار گرین هاوس-گیسر در متغیر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به چاقی

| متغیر | منبع اثر | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | ضریب اتا |
|---------------|-----------|---------------|-----------------|-------|--------------|----------|
| سلامت جسمانی | گروه | ۲۹۴/۹۰ | ۱۴۷/۴۵ | ۳/۱۵ | ۰/۰۳۵ | ۰/۱۶ |
| | زمان | ۱۵۳/۳۵ | ۱۰۱/۴۸ | ۲۰/۸۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ |
| | گروه*زمان | ۱۱۷/۶۴ | ۳۸/۹۲ | ۸/۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲ |
| سلامت روانی | گروه | ۴۷۴/۲۴ | ۲۳۷/۱۲ | ۸/۰۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۹ |
| | زمان | ۱۲۹/۷۹ | ۶۴/۰۹ | ۱۲/۹۱ | ۰/۰۰۶ | ۰/۱۸ |
| | گروه*زمان | ۷۹/۵۹ | ۱۹/۸۹ | ۱۶/۵۷ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۶ |
| سلامت محیطی | گروه | ۴۲۶/۷۹ | ۲۱۳/۳۹ | ۵/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ |
| | زمان | ۲۷۳/۴۶ | ۱۳۶/۷۳ | ۲۳/۶۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۴ |
| | گروه*زمان | ۳۰۶/۷۵ | ۷۶/۶۹ | ۱۴/۹۶ | ۰/۰۱۸ | ۰/۳۹ |
| سلامت اجتماعی | گروه | ۹۲۶/۱۳ | ۴۶۳/۰۶ | ۹/۶۶ | ۰/۰۰۶ | ۰/۲۵ |
| | زمان | ۲۲۸/۴۶ | ۱۱۹/۴۸ | ۱۹/۶۵ | ۰/۰۲۳ | ۰/۳۱ |
| | گروه*زمان | ۲۰۳/۳۱ | ۵۴/۱۶ | ۸/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶ |
| کیفیت زندگی | گروه | ۷۶۳۴/۷۹ | ۳۸۱۷/۳۹ | ۹/۷۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۷ |
| | زمان | ۲۸۳۷/۶۳ | ۱۴۱۸/۸۱ | ۳۸/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ |
| | گروه*زمان | ۲۶۰۷/۰۹ | ۳۰۳/۵۴ | ۱۷/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد تمام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی و نمره کل آن هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی و درون گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نیز نشان می‌دهد در مراحل پس از آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیر کیفیت زندگی و تمامی زیرمقیاس‌های آن نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. همچنین، نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیر تصویر بدنی و تمام زیرمقیاس‌های آن هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین

گروهی و درون گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نیز در این متغیر نشان داد که در مراحل پس از آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیر تصویر بدنی و تمامی زیرمقیاس‌های آن نمرات بیشتری کسب کرده‌اند.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت با معیار گرین‌هاوس-گیسر در متغیر تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی

| متغیر | منبع اثر | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | ضریب اتا |
|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------|--------------|----------|
| ارزشیابی ظاهر | گروه | ۳۱۴/۳۵ | ۱۰۲/۵۴ | ۲۸/۷۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۵ |
| | زمان | ۱۲۱/۷۱ | ۸۷/۹۴ | ۱۲/۸۸ | ۰/۰۰۳ | ۰/۵۱ |
| | گروه*زمان | ۲۱۰/۵۴ | ۲۲/۱۶ | ۱۹/۷۶ | ۰/۰۰۷ | ۰/۴۷ |
| جهت‌گیری ظاهر | گروه | ۴۸۱/۵۴ | ۷۳/۹۵ | ۵/۶۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۹ |
| | زمان | ۲۲۱/۰۹ | ۲۲/۰۴ | ۱۱/۲۷ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰ |
| | گروه*زمان | ۵۴۲/۶۴ | ۱۶/۵۴ | ۳۲/۸۴ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۸ |
| ارزشیابی تناسب | گروه | ۲۱۴/۰۶ | ۱۶۵/۱۸ | ۲/۱۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۶ |
| | زمان | ۳۱۷/۵۵ | ۹۸/۳۳ | ۷/۴۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۴ |
| | گروه*زمان | ۲۷۱/۱۶ | ۵۱/۴۴ | ۱۵/۸۸ | ۰/۰۰۹ | ۰/۳۹ |
| جهت‌گیری تناسب | گروه | ۵۴۹/۱۰ | ۲۲/۶۶ | ۶/۴۳ | ۰/۰۱۱ | ۰/۱۸ |
| | زمان | ۴۳۹/۲۳ | ۱۸۷/۸۵ | ۱۵/۲۳ | ۰/۰۱۶ | ۰/۲۲ |
| | گروه*زمان | ۲۲۹/۵۱ | ۵۴/۶۳ | ۱۰/۶۵ | ۰/۰۲۲ | ۰/۲۳ |
| وزن ذهنی | زمان | ۲۷۱/۰۴ | ۲۱/۰۹ | ۴۱/۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴ |
| | گروه | ۴۳۲/۱۲ | ۱۲۷/۷۴ | ۲۲/۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷ |
| | گروه*زمان | ۴۹۴/۶۵ | ۶۶/۱۳ | ۳۱/۵۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۰ |
| تصویر بدنی | گروه | ۸۴۴۰/۶۵ | ۵۸۶۰/۲۵ | ۱۴/۴۴ | ۰/۰۱۳ | ۰/۲۶ |
| | زمان | ۳۴۲۰/۵۴ | ۲۵۴۲/۶۴ | ۳۵/۹۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۱ |
| | گروه*زمان | ۵۵۴۸/۱۱ | ۴۱۰۲/۴۹ | ۴۱/۸۲ | ۰/۰۰۴ | ۰/۳۰ |

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر حسب مقایسه‌های زوجی در جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه طرح‌واره درمانی و گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی، تصویر بدنی و زیرمقیاس‌های آن‌ها معنادار است. همچنین، نتایج این جدول نشان می‌دهد علی‌رغم اثربخشی دو روش درمانی بر متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن، تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد اما درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با طرح‌واره درمانی بر متغیر تصویر بدنی و ابعاد ارزشیابی ظاهر، جهت‌گیری تناسب و وزن ذهنی مؤثرتر بوده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر حسب عضویت گروهی در کیفیت زندگی در زنان مبتلا به چاقی

| متغیر | CBT-SFT | | | کنترل-CBT | | | کنترل-SFT | | |
|---------------|---------------|------------|--------------|---------------|------------|--------------|---------------|------------|--------------|
| | تفاوت میانگین | خطای معیار | سطح معناداری | تفاوت میانگین | خطای معیار | سطح معناداری | تفاوت میانگین | خطای معیار | سطح معناداری |
| سلامت جسمانی | ۲/۹۲ | ۱/۶۱ | ۰/۲۲۳ | ۳/۸۹ | ۱/۶۱ | ۰/۰۱۶ | -۳/۹۴ | ۱/۶۱ | ۰/۰۲۴ |
| سلامت روانی | -۰/۴۲ | ۱/۲۷ | ۰/۴۱۹ | ۴/۲۲ | ۱/۲۷ | ۰/۰۱۰ | -۴/۶۴ | ۱/۲۷ | ۰/۰۱۸ |
| سلامت محیطی | -۰/۶۴ | ۱/۳۸ | ۰/۱۶۵ | -۴/۵۰ | ۱/۳۸ | ۰/۰۳۱ | ۳/۸۶ | ۱/۳۸ | ۰/۰۲۱ |
| سلامت اجتماعی | -۱/۹۲ | ۱/۶۴ | ۰/۱۷۵ | -۶/۹۴ | ۱/۶۴ | ۰/۰۱۵ | -۵/۰۳ | ۱/۶۴ | ۰/۰۱۷ |
| کیفیت زندگی | -۵/۹۷ | ۵/۲۰ | ۰/۲۹۷ | -۲۰/۰۶ | ۵/۲۰ | ۰/۰۰۴ | ۱۴/۰۸ | ۵/۲۰ | ۰/۰۳۲ |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|
| ارزشیابی ظاهر | ۳/۴۴ | ۱/۶۷ | ۰/۰۰۵ | ۲/۱۹ | ۱/۵۷ | ۰/۰۰۳ | ۵/۱۸ | ۲/۴۴ | ۰/۰۱۳ |
| جهت‌گیری ظاهر | -۱/۴۶ | ۲/۱۸ | ۰/۲۱۱ | ۳/۳۴ | ۰/۸۹ | ۰/۰۳۲ | -۴/۷۸ | ۰/۵۶ | ۰/۰۱۷ |
| ارزشیابی تناسب | -۲/۳۷ | ۰/۶۵ | ۰/۳۱۶ | -۲/۸۴ | ۱/۶۵ | ۰/۰۱۷ | -۲/۳۴ | ۲/۹۴ | ۰/۰۴۱ |
| جهت‌گیری تناسب | ۱/۸۵ | ۰/۳۸ | ۰/۰۰۵ | -۱/۹۶ | ۰/۸۸ | ۰/۰۰۴ | ۱/۵۰ | ۱/۵۶ | ۰/۰۱۵ |
| وزن ذهنی | -۲/۳۷ | ۱/۲۴ | ۰/۰۰۲ | ۳/۴۴ | ۱/۵۳ | ۰/۰۱۹ | -۴/۸۷ | ۱/۷۶ | ۰/۰۴۵ |
| تصویر بدنی | -۴/۴۴ | ۱/۳۹ | ۰/۰۰۱ | -۵/۳۴ | ۱/۲۶ | ۰/۰۰۴ | -۲/۳۶ | ۱/۳۳ | ۰/۰۱۲ |

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف «تعیین اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی» انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بهزیستی درمانی بر بهبود نمره کیفیت زندگی کل و مؤلفه کنترل در بین سالمندان مؤثر بوده است. با توجه به اینکه در منابع داخلی و خارجی بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مشاهده نشد، بنابراین نتایج با مطالعات مشابه مقایسه شد. این نتیجه با مطالعات فرانکن و همکاران (۲۰۱۸)، ریف (۲۰۱۹)، مورنو و همکاران (۲۰۱۸) و چن و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت عدم توجه به عواطف مثبت در سالمندان نه تنها باعث تشدید عواطف منفی آنان می‌شود بلکه باعث می‌شود سالمندان به طور کلی وقوع حوادث مثبت و سازنده را در زندگی خود به ویژه دوران سالمندی انکار کنند. به گونه‌ای که طبق نظر فاوا، در جلسات اولیه درمان اکثر افراد بر داشتن احساس بهزیستی پایین در موقعیت‌های مختلف زندگی خود تأکید می‌کنند اما با پیشرفت جلسات درمان و تلاش درمانگر برای یافتن لحظاتی از زندگی (چه در جلسه درمان و چه خارج از آن) فرد احساس بهزیستی بالایی را تجربه می‌کند، مراجع (سالمند) قادر به یافتن احساسات مثبت خود و ثبت آن در دفترچه یادداشت روزانه می‌شود (فاوا و همکاران، ۲۰۱۷). در این زمینه می‌توان گفت علت ناتوانی افراد در مشخص نمودن احساسات مثبت آن است که به طور کلی احساسات و تجربیات منفی بسیار آسان‌تر از احساسات و تجربیات مثبت درک شده و یا در آینده به خاطر آورده می‌شوند. بنابراین وظیفه رویکردهای روان درمانی آن است که بر کاهش توجه و یادآوری خاطرات منفی و افزایش توجه مثبت و سازنده به خاطرات مثبت تأکید ورزند؛ وظیفه‌ای که درمان بهزیستی با تشویق سالمندان به ثبت حوادث مثبت زندگی و سپس تعیین میزان شدت احساس بهزیستی در هر موقعیت انجام می‌شود.

همچنین یافته این مطالعه با نتایج مطالعات پیشین مانند نتایج مطالعه پژوهشگر و همکاران (۱۳۹۸)، پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵)، لیانو و همکاران (۲۰۱۹)، تریل و همکاران (۲۰۱۸)، لیکلایر و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در ادامه تبیین اثربخشی درمان بهزیستی بر کیفیت زندگی و مؤلفه کنترل می‌توان گفت که افزایش احساسات مثبت و بهزیستی مراجعین در این درمان سبب وسیع‌تر شدن پتانسیل بالقوه فکر-عمل آدمی و بهبود عملکرد شخص می‌شود. این درمان با ایجاد احساسات و هیجانات مثبت در مراجعین نتایج درمانی همچون کارایی بهتر در محیط کار، خانواده، بهبود روابط بین فردی و حتی سلامت روانی می‌شود و تغییرات در روابط بین فردی منجر به بازخورد مثبت از طرفیان می‌گردد و این همه به نوبه خود بر روی احساس ارزشمندی و توانایی کنترل مراجع اثرگذار است. همچنین، می‌توان گفت فردی که بهزیستی بالاتری دارد در مقابله با مشکلات از مهارت‌های شناختی بالاتری برای حل مشکلات استفاده می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی از طریق افزایش اعتماد به نفس منجر به کاهش اضطراب و استرس شده و این مسأله احتمالاً توانسته است بر کیفیت زندگی اثر بگذارد. در واقع پایین بودن سطح تنش روانی باعث می‌گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی برای مقابله با مشکل استفاده کند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که جامعه مورد پژوهش را سالمندان مقیم در سرای سالمندان تشکیل دادند و از آنجایی که متغیرهای فرهنگی-اجتماعی در شکل‌دهی به کیفیت زندگی و قضاوت افراد درخصوص آن تأثیرگذار می‌باشند،

بنابراین لازم است در تعمیم یافته‌ها به دیگر جمعیت‌های جامعه جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، از دیگر محدودیت‌ها عدم انتخاب تصادفی افراد برای شرکت در پژوهش بود که خارج از کنترل پژوهشگر بوده و به دلیل ماهیت تحقیق (نیمه آزمایشی) و ضرورت وجود رضایت آگاهانه و غربالگری برای ورود به پژوهش به وجود آمد. این نتایج می‌تواند در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی به سالمندان و خانواده‌های دارای سالمند و همچنین، مراکز نگهداری از سالمندان و نیز سازمان بهزیستی در جهت افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در خصوص این قشر از جامعه و نیز افزایش سلامت روانی آن‌ها به کار گرفته شود. همچنین، به دلیل نوین بودن کاربرد درمان بهزیستی چه در حوزه روان درمانی به طور عام و چه در حوزه مداخلات و حمایت‌های روانی به کار گرفته شده در زمینه سالمندان به کارگیری این شیوه درمانی در قالب طرح‌های تک آزمودنی، آزمایشی و مقایسه‌ای ضروری به نظر می‌رسد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- Azami-Aghdash S, Aghaei MH, Sadeghi-Bazarghani H. (2018). Epidemiology of Road Traffic Injuries among Elderly People; A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bull Emerg Trauma*. 6(4):279-291. [\[Link\]](#)
- Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MF, et al. (2020). Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 167(1):94-101. [\[Link\]](#)
- Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najaf B, Alizadeh M. (2014). Validation of the Persian Version of Abbreviated Mental Test (AMT) in Elderly Residents of Kahrizak Charity Foundation. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 13(6):487-494. [\[Link\]](#)
- Crocker TS, Brown L, Clegg A, Farely K, Franklin M, Simpkins S, et al. (2019). Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res*. 28(8):2041-2056. [\[Link\]](#)
- Chen Y, Kim ES, Koh HK, Frazier AL, Vande-Weele TJ. (2019). Sense of Mission and Subsequent Health and Well-Being among Young Adults: An Outcome-Wide Analysis. *Am J Epidemiol*. 188(4):664-673. [\[Link\]](#)
- Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN, et al. (2019). Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 76(1):21-30. [\[Link\]](#)
- Farioli-Vecchioli S, Saccetti S, Di-Robilant N, Cutuli D. (2018). The Role of Physical Exercise and Omega-3 Fatty Acids in Depressive Illness in the Elderly. *Curr Neuropharmacol*. 16(3): 308-326. [\[Link\]](#)
- Franken K, Lamers S, Ten-Klooster PM, and Bohlmeijer E. (2018). Validation of the Mental Health Continuum- Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *J Clin Psychol*. 74(12):2187-2202. [\[Link\]](#)
- Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. (2017). Well-being therapy in depression: new insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and Anxiety*. 34(9):801-8. [\[Link\]](#)
- Heravi M, Rejeh N, Garshasbi E, Nikkhan M, Montazeri A. (2015). A validation study of the Persian version of Older People's Quality of Life Questionnaire (CASP- 19). *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 4(27):422-431. [\[Link\]](#)
- Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs-satisfaction model (CASP- 19). *Aging and Mental Health*. 7: 186-94. [\[Link\]](#)
- Haukedal CL, Lyxell B, Wie OB. (2020). Health-Related Quality of Life with Cochlear Implants: The Children's Perspective. *Ear and Hearing*. 41(2):330-343. [\[Link\]](#)
- Kazami N, Sajjadi H, Bahrami G. (2019). Quality of life in Iranian elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 13(5):518-533. [\[Link\]](#)
- Khazae A, Shamsipour H, Davazdah Emamy MH. (2018). The effectiveness of Group well-being Therapy on marital satisfaction and psychological well-being among housewives. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 5(5):43-52. [\[Link\]](#)
- Levy RL, Langer SL, Van-Tilburg MA, Romano JM, Murphy TB, Walker LS, et al. (2017). Brief telephone-delivered cognitive-behavioral therapy targeted to parents of children with functional abdominal pain: a randomized controlled trial. *Pain*. 158(4):618-628. [\[Link\]](#)

- Lu h, Guo Z, Liu J, Zhang H, Zhao W, Wu Y, et al. (2018). Trends in stroke incidence among elderly low-income residents of rural China: a population-based study from 1992 to 2016. *Aging (Albany NY)*. 10(11):3438-3449. [[Link](#)]
- Lianov LS, Fredrickson BL, Barron C, Kirshnaswami J, Wallace A. (2019). Positive Psychology in Lifestyle Medicine and Health Care: Strategies for Implementation. *Am J Lifestyle Med*. 13(5):480-486. [[Link](#)]
- Leclaire K, Cecil A, La-Russa A, Stuart F, Hemond C, Healy BC, et al. (2018). Short Report: A Pilot Study of a Group Positive Psychology Intervention for Patients with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care*. 20(3):136-141. [[Link](#)]
- Moreno P, Dooley LN, Bower JE. (2018). Unique associations of eudaimonic and hedonic wellbeing with psychosocial adjustment in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 36(5):649-657. [[Link](#)]
- Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani SH. (2006). Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Research in Medicine*. 30(4):361-369. [[Link](#)]
- Pérez-Flores J, Hernández-Torres A, Montón F, Nieto A. (2020). Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*. 29(2):413-420. [[Link](#)]
- Park LT, Zarate CA Jr. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med*. 380(6):559-568. [[Link](#)]
- Pajoheshgar M, Rajaei A, Khoienejad G, Bayazi M. (2019). Effect of Well-being Therapy on Depression, Self-Management, and Blood Glucose Level in Females with Type II Diabetes. *J Diabetes Nurs*. 7(4):943-957. [[Link](#)]
- Pirnia B, Rezayi A, Rahimian Bogar E. (2016). On the Effectiveness of Well-Being Therapy in Mental Health, Psychopathology, and Happiness in Methamphetamine-Dependent Men. *Journal of Research on Addiction*. 10(37):227-240. [[Link](#)]
- Ryff CD. (2019). Entrepreneurship and Eudaimonic Well-Being: Five Venues for New Science. *J Bus Ventur*. 34(4):646-663. [[Link](#)]
- Sarokhani D, Parvareh M, Dehkordi AH, Sayehmiri K, Moghimbeigi A. (2018). Prevalence of Depression among Iranian Elderly: Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Psychiatry*. 13(1):55-64. [[Link](#)]
- Su S, Wang D. (2019). Health-related quality of life and related factors among elderly persons under different aged care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 28(5):1293-1303. [[Link](#)]
- Terrill A, Reblin M, Mac-Kenzie J, Cardell B, Einerson J, Berg C, et al. (2018). Development of a Novel Positive Psychology-Based Intervention for Couples Post-Stroke. *Rehabil Psychol*. 63(1):43-54. [[Link](#)]
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 17(1):37-49. [[Link](#)]