

اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی خانواده آزادگان

The Impact of Treatment Based on Improving Quality of Life on the Performance and Quality of Life of the Families of Azadeqns

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۰۷

Heydarian, M. [✉]; Isanejad O.

منصور حیدریان [✉]، امید عیسی نژاد^۱

Abstract

Introduction: Family performance is one of the important indicators guaranteeing the quality of life and mental health of the family and its members. This study was aimed at evaluating the impact of treatment based on improving the quality of life on the performance and quality of life of the families of azadeqns (released prisoners of war).

Method: This quasi-experimental study, with a pretest-posttest and follow-up design (two months) and a control group, was conducted in 2017. A group of 30 released prisoners of war was selected from Divandereh, Kurdistan Province in Iran using the simple random sampling method, and they were randomly divided into experimental and control groups (each including 15 people). The experimental group received the intervention and treatment for 8 eighty-minute sessions, but the control group did not receive any intervention. The WHO Quality of Life Questionnaire (WHOQOLQ) and the Family Assessment Device (FAD) were used to collect data. Data analysis was performed using SPSS-18 software, multivariate analysis of covariance and one-way analysis of covariance.

Results: The findings revealed that the mean quality of life and family performance of the released prisoners of war in the experimental group was higher than that of the control group in the posttest and follow-up test. The difference was significant ($p < 0.01$), and this increase was maintained in the follow-up phase.

Conclusion: Treatment based on improving the quality of life can have a stable and lasting effect on improving the quality of life and family performance of the released prisoners of war and can be used to improve their family performance and quality of life.

Key words: azadeqan (released prisoners of war), treatment based on quality of life, quality of life, the impact of treatment, family performance.

چکیده

مقدمه: عملکرد خانواده یکی از شاخص‌های مهم تضمین کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده و اعضای آن است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی خانواده آزادگان انجام شد.

روش: این پژوهش نیمه تجربی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری (دوماهه) با گروه کنترل که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، ۳۰ نفر از آزادگان شهرستان دیواندره، استان کردستان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش، برنامه مداخله و درمان را به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۸۰ دقیقه دریافت کرد. ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) و پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD) مورد استفاده قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار (SPSS-18) و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل کواریانس یک‌راهه انجام شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که میانگین کیفیت زندگی و عملکرد خانواده آزادگان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و آزمون پیگیری بیشتر بود و تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$) و این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

بحث: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند بر ارتقا و بهبودی کیفیت زندگی و عملکرد خانواده آزادگان تأثیری باثبات و پایدار داشته باشد و جهت افزایش عملکرد خانواده و کیفیت زندگی آزادگان مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: آزادگان؛ درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی؛ کیفیت زندگی؛ عملکرد خانواده

[✉] **Corresponding Author:** Master of Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
E-mail: mansourh5553@yahoo.com

[✉] کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران
۱. استادیار مشاوره خانواده، گروه آسیب‌شناسی خانواده و تربیت، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

مقدمه

اسارت در دوره‌های مختلف تاریخی و هم‌زمان با بسیاری از جنگ‌ها رخ داده است و یکی از وحشت‌آورترین آسیب‌های ساخته دست انسان است که برای مدت مشخصی اعمال می‌شود. در این مدت، خشونت‌های شدیدی بر فرد اسیر اعمال می‌شود که از آن جمله می‌توان به شکنجه روانی، گرسنگی، تحقیر، انزوا و سایر فنون که باعث ایجاد درد روانی و جسمی می‌شود و همچنین محرومیت از نیازهای اساسی، اشاره کرد (سولومون و همکاران^۱، ۲۰۱۷). بنابراین، اسارت، تجربه‌ای است که نه تنها ناخوشایند است، بلکه نوعی اختلال برانگیز و آشفته‌کننده نیز به‌شمار می‌آید (ژاک^۲، ۲۰۱۷).

اسارت، اثرات ماندگاری در جسم و روان اسیران، خانواده‌های آنان و حتی یک ملت دارد؛ عوارضی که از دوران اسارت به‌جا مانده‌است تا بلندمدت ادامه پیدا می‌کند. همه بحران‌ها به‌ویژه جنگ، اثرات طولانی‌مدتی را بر زندگی اجتماعی انسان، از جمله آزادگان می‌گذارد (هانت و همکاران^۳، ۲۰۰۸).

کینگ و همکاران^۴ (۲۰۱۵) در پژوهشی الگوی عوامل مؤثر بر سازگاری مثبت در اواخر زندگی را آزمایش کرده‌اند که طی آن ویژگی‌های جمعیتی ۵۶۷ نفر پیش از اسارت، پس از آن و سه دهه پس از آن بررسی شده است، این مطالعه نشان می‌دهد که سن، سطح تحصیلات و شکنجه‌های جسمی در زمان اسارت با پریشانی‌های روانی مرتبط هستند و سازگاری کم‌تری را در سه دهه پس از آن، نشان می‌دهند. شکنجه‌های جسمی نیز اثر سودمندی داشته‌اند و آن، افزایش ارزیابی مثبت تجربه‌های نظامی در اواخر زندگی بوده‌است. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که منابع شخصی سنین بالاتر و تجربه‌های نامطلوب اوایل زندگی می‌تواند بر زندگی و کیفیت زندگی به

شیوه‌های مثبت و منفی تأثیر گذار باشد (کینگ و همکاران، ۲۰۱۵).

از نظر اورسانو و راندل^۵ (۱۹۹۵)، اسارت به‌عنوان یک آسیب است که می‌تواند پیامدهایی را به‌طور هم‌زمان و نیز پس از پایان دوران اسارت در قالب عوارض روانی دربر داشته باشد، اما نکته قابل‌توجه این است که در رابطه بین اسارت و این عوارض روانی، عوامل فراوانی مانند حمایت‌های اجتماعی، متغیرهای فرهنگی و شخصیت خود افراد نیز نقش ایفا می‌کنند و تجربه‌های متفاوتی از اسارت را برای فرد اسیر رقم می‌زنند (اورسانو و راندل، ۱۹۹۵).

از جمله ابعاد مهم روان‌شناختی افراد آزاده و جانباز که در اغلب جوامع می‌تواند تهدید شود و در بیشتر مواقع نادیده گرفته می‌شود، کیفیت زندگی، سلامت روان‌شناختی و تعارض آنها با امور شغلی و خانوادگی است (بلون کین^۶، ۲۰۱۱).

نتایج تحقیقات متعددی که در رابطه با سلامت جسمانی و روان‌شناختی کهنه‌سربازان و جانبازان و آزادگان صورت گرفته، نشان می‌دهد که این افراد در حوزه‌های مختلف زندگی از جمله اختلال خواب (یافی، هوانگ، پایرز، بارنز و فریدل^۷، ۲۰۱۴)، اختلال خوردن (لیت‌واک، میچل، سلون، ری‌ادن و میلر^۸، ۲۰۱۴)، کیفیت زندگی (سرویک، ابلندی، بلک و رزن^۹، ۲۰۱۴) و کیفیت ارتباط با اعضای خانواده (هاوستر، جکاپ‌کیک، مک‌فال، آناززه و نلسن^{۱۰}، ۲۰۱۲) دارای مشکلات عدیده و قابل‌توجهی هستند.

درواقع آنچه که درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد آن، می‌تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده، مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. عملکرد خانواده یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده و اعضای آن است و

پژوهش مؤمنی و علیخانی (۱۳۹۲) بیانگر این است که عملکرد خانواده با استرس، اضطراب و افسردگی رابطه منفی معنی داری دارد. در پژوهشی قمری (۱۳۹۰)، نتایج نشان داد که بین ابعاد عملکرد خانواده با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

کیفیت زندگی مقوله‌ای پیچیده است که در منابع گوناگون عمومی و تخصصی تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است، مفاهیمی که برای فهم کیفیت زندگی به کار می‌روند؛ شامل خشنودی و ناخشنودی، شرایط و چگونگی زندگی، شادکامی و ناشادمانی، تجربه زندگی و عواملی مانند: آسایش، وضعیت عملکردی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی هستند. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین سطوح افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت زندگی رابطه منفی وجود دارد و برعکس سطوح بالای کیفیت زندگی و امید با خود ارزشمندی، تفکر مثبت، سلامت جسمانی و روان‌شناختی و روابط اجتماعی بالا رابطه مثبت دارد (نیوتن، راین، کینگ و اسمیت^۶، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی با تصویری که فرد از خود دارد، نقطه‌نظرات، مواضع و طرز فکرش درباره زندگی تعریف می‌شود (لوپز^۷، ۲۰۰۹). امروزه دیگر کیفیت زندگی به مفهوم نبود بیماری، اختلال یا ناتوانی تعریف نمی‌شود، بلکه منظور از کیفیت زندگی، رضایت درونی و احساس رفاهی است که فرد نسبت به حوزه‌های مختلف زندگی خود دارد (خانا و تسوات^۸، ۲۰۰۷).

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمان جدیدی در حوزه روان‌شناسی مثبت است که با هدف ایجاد بهزیستی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی بک در حوزه بالینی، نظریه فعالیت میهالی^۹ با روان‌شناسی مثبت سلیگمن^{۲۰}، توسط فریش^{۲۱} (۲۰۰۶) طراحی شده است. گروه‌های

همچنین رابطه منفی آنان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده و نگهدارنده اختلالات روانی و هیجانی افراد مطرح می‌شود (اسپیلرز، ولیش، کیم، متیو و بیکر^{۱۱}، ۲۰۰۸). اعضای خانواده در ایفای نقش، تسهیل ابراز و فهم هیجانی و ارتباطات یکدیگر نقش مهمی دارند (قمری، ۱۳۹۰؛ فرید، رابنستین، دریانانی، اوبینو و آلوی^{۱۲}، ۲۰۱۶).

به‌عبارت‌دیگر، عملکرد خانواده روشی است که در آن اعضا در ارتباط اجتماعی و احساسی با حفظ روابط خویشاوندی با یکدیگر هستند و همچنین راهی است که افراد برای حل مشکل‌های خود تصمیم‌گیری می‌کنند (بوتی و کولیک^{۱۳}، ۲۰۱۴). عملکرد خانواده در اصل اشاره به ویژگی‌های سیستمی خانواده دارد. به‌بیان‌دیگر، عملکرد خانواده یعنی توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجادشده در طول حیات، حل‌کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (پورتس و هاوول^{۱۴}، ۱۹۹۲؛ به‌نقل از کرمی، زکی بی و علیخانی، ۱۳۹۱).

پژوهش بوتها و بویسن^{۱۵} (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که بین عملکرد خانواده و شادکامی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش رشیدی کوچی، نجفی و محمدی‌فر (۱۳۹۵) حاکی از اهمیت نقش خانواده و سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت در شادکامی نوجوانان بود. همچنین نتایج پژوهش یوسفی، امانی و حسینی (۱۳۹۵) نشان داد که عملکرد خانواده به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم یعنی ازطرف تمایز یافتگی بر اضطراب امتحان تأثیرگذار است و هر کدام از متغیرهای عملکرد خانواده و تمایز یافتگی رابطه منفی معنی‌داری با اضطراب امتحان دارند. نتایج

درواقع، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش توانایی فرد در برقراری ارتباط با دیگران و افزایش سطح سازگاری با شرایط مختلف در جامعه می‌شود (شایان، معصومی، یزدی راوندی و زارع‌نژاد، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش عابدی و وستاین (۲۰۱۰) نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و همچنین کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران شده است. نتایج پژوهش رودریگو، ماندل بورت و پائولوسکی^{۴۰} (۲۰۱۱)، نشان داد که امکان افزایش کیفیت زندگی، کارکرد روانی و تعلق اجتماعی با استفاده از درمان بهبود کیفیت زندگی وجود دارد. نتایج پژوهش لی مای، یانگ یال، لیو لی و وانگ لی^{۴۱} (۲۰۱۶)، نشان داده است که حمایت اجتماعی، امید و تاب‌آوری روی هم‌رفته باعث تغییر در کیفیت زندگی این بیماران می‌شود.

نتایج پژوهش جعفری (۱۳۹۶) نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش معنی‌دار مهرورزی به خود و چشم‌انداز به آینده در زنان یائسه می‌شود. نتایج پژوهش رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۹۵) نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، کیفیت زندگی زوجین را ارتقا می‌دهد. لذا تدوین این‌گونه برنامه‌ها می‌تواند باعث افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی زوجین ناسازگار شود. نتایج پژوهش پاداش، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۹۰)، نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی زنان و مردان متأهل مؤثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش قاسمی، کجباف و ربیعی (۱۳۹۰)، بیانگر این بود که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود زندگی، شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می‌دهد. نتایج پژوهش قادری،

هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالاتی نظیر افسردگی هستند، افراد معمولی و سالمی هستند که می‌خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند (فریش، ۲۰۰۶). گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی - رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۲ حوزه اصلی زندگی: ۱. ارزش‌ها و زندگی معنوی^{۲۲}، ۲. خود پنداره^{۲۳}، ۳. سلامتی^{۲۴}، ۴. ارتباطات^{۲۵}، ۵. کار و بازنشستگی^{۲۶}، ۶. بازی^{۲۷}، ۷. یاری‌رساندن^{۲۸}، ۸. یادگیری^{۲۹}، ۹. خلاقیت^{۳۰}، ۱۰. پول^{۳۱}، ۱۱. خانه، همسایه و جامعه^{۳۲} و ۱۲. پیشگیری^{۳۳} است. در این الگو درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی - رفتاری و ارتقای رضایت‌مندی در ۵ مفهوم اصلی انجام می‌شود، این مفهوم به طور خلاصه کاسیو (CASIO) نامیده می‌شود و عبارتند از: ۱. شرایط زندگی^{۳۴}، ۲. نگرش‌ها^{۳۵}، ۳. استانداردهایی^{۳۶} که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم، ۴. ارزش‌ها^{۳۷}، ۵. رضایت کلی از زندگی^{۳۸}. کاسیو (CASIO) پنج راهبرد برای ایجاد رضایت در این حوزه‌هاست که براساس ایجاد رضایت‌مندی از فاصله بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالابردن کیفیت زندگی می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر محققان روان‌شناسی مثبت‌گرا از جمله سلینگمن، روی توسعه و افزایش نقاط قوت، تسهیل واکنش مثبت به رفتار منفی و تقویت روابط خانوادگی و به‌ویژه بر افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی، متمرکز شده‌اند. در چنین قالب و زمینه‌ای چندین مطالعه انجام شده که از اهمیت کیفیت زندگی در بزرگسالان و کودکان و تأثیرات مثبت آن بر زندگی خانوادگی و روابط بین‌فردی حمایت کرده‌اند (انتارامیان، هابنر و والیوس^{۳۹}، ۲۰۰۸).

فرشیدمنش و خدادای (۱۳۹۳) نشان داد، بین عملکرد خانواده و ابعاد آن با کیفیت زندگی رابطه منفی معنی داری وجود دارد. همچنین بین صمیمیت زناشویی و ابعاد آن با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد.

بنابراین، باتوجه به اینکه ایران جزء کشورهای قربانی جنگ ناخواسته و تحمیلی شده است و شمار قابل توجهی از خانواده‌های ایرانی، از آزادگان هستند، لذا به نظر می‌رسد، انجام تحقیقات و پژوهش‌هایی در رابطه با وضعیت خانوادگی و روان‌شناختی این افراد، لازم و ضروری است و فقدان پژوهش‌هایی که به همه ابعاد سلامت در آزادگان به‌ویژه در ایران، توجه کند احساس می‌شود. باتوجه به جدید بودن رویکرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، ضرورت اهمیت این درمان در پیشگیری و ارتقای کیفیت و رضایت از زندگی افراد و کم‌بودن تحقیقات بالینی و کنترل شده در کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به سؤال اساسی زیر است:

آیا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد خانواده‌ی آزادگان تأثیر دارد؟

روش

این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد بررسی شامل کلیه آزادگان (اسیران جنگی) دارای فرزند مشغول به تحصیل در سه مقطع ابتدایی، متوسطه اول و دوم، تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان دیواندره، استان کردستان در سال ۱۳۹۵ بودند. با عنایت به اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر توصیه می‌شود، تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده به‌عنوان نمونه

انتخاب و براساس فهرست ارائه شده توسط بنیاد شهید شهرستان به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: موافقت و رغبت افراد برای شرکت در پژوهش طبق برنامه درمان، شرکت نکردن هم‌زمان در برنامه‌های دیگر درمانی، آگاهی از فرایند و مدت زمان پژوهش و آمادگی جسمی و روانی در جلسات بود و همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: حاضر نشدن در جلسات بیش از یک مورد، ابراز عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، بیماری و... و شرکت در دوره‌های مشابه در گذشته یا هم‌زمان با پژوهش.

برای اجرای پژوهش ابتدا، مطالعه سن و تحصیلات و مدت اسارت همه افراد ثبت شد. سپس در شرایط یکسان و به صورت هم‌زمان برای هر دو گروه آزمایش و گواه، ابتدا به منظور ارزیابی شرکت‌کنندگان به‌عنوان نمونه پژوهش، دو آزمون کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) و عملکرد خانواده به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. به این صورت که نسخه چاپی پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و در مکان سالن جلسات اداره آموزش و پرورش شهرستان که پژوهشگر به صورت اختصاصی برای این دوره فراهم نموده بود در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به آنها توضیحات لازم در مورد تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت هشتاد دقیقه (در طول دو ماه) توسط پژوهشگر تحت مداخله و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفت و روال عادی خود را طی نمود. سپس با شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به منظور شرکت در جلسات درمان، قرارداد بسته شد. برنامه مداخله و جلسات درمانی (درمان مبتنی بر بهبود

خلاصه ساختار و محتوی جلسات درمانی در هفت حوزه اصلی مداخله (عزت‌نفس، زندگی معنوی، خانه، همسایه و جوامع، سلامت جسمی و روانی، پول و استانداردهای تربیت، ارتباطات در زندگی روزمره) به شرح زیر بودند. جلسات به‌صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث گروهی و براساس تکالیف حین جلسات و تکالیف تهیه‌شده در بسته درمانی برای انجام بین جلسات، انجام شد. هر هفته یک جلسه ۸۰ دقیقه‌ای به مدت دوماه برگزار شد. در آخرین جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه (گواه و آزمایش) اجرا شد و درنهایت به‌طور مجدد دو گروه بعد از دو ماه، در پیگیری به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند.

کیفیت زندگی) مطابق الگوی درمان و پروتکل آموزشی می‌باشد. در جلسه اول از شرکت‌کنندگان خواسته شد از بین ۱۲ حوزه اصلی مداخلات مهم‌ترین را انتخاب کنند که ۷ حوزه اصلی و موردنیاز جهت مداخله و درمان توسط همه اعضای گروه آزمایش مشخص شد و در جلسات مطابق فرمت مدل (CASIO) به این حوزه‌ها پرداخته شد. توسط فریش (۲۰۰۶) و در ایران به‌وسیله پاداش و همکاران (۱۳۹۰)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۰)، رستمی و همکاران (۱۳۹۵) این پروتکل درمانی در اکثر تحقیقات مشابه استفاده، اجرا و نتایج مشابهی در پی داشته است. لذا می‌توان گفت دارای روایی و اعتبار لازم برای استفاده در این پژوهش می‌باشد.

شرح جلسات درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

جلسه اول	معارفه و آشنایی، بررسی نقش کیفیت زندگی در کیفیت زندگی و عملکرد خانواده، معرفی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و آموزش مدل کاسیو، توافق بر سر حوزه‌های مهم کیفیت زندگی از بین ۱۲ حوزه اصلی.
جلسه دوم	تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، تعریف مفهوم و نقش عزت‌نفس در کیفیت زندگی و عملکرد خانواده، کشف موارد مشکل‌آفرین و آموزش تکنیک‌های قدردانی‌ها.
جلسه سوم	تعیین نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های مهم زندگی و سلامت روان، اجرای مدل شناسایی حوزه‌های که باعث نگرانی هستند و برنامه فعالیت‌های روزمره تولید ارزش‌ها در پهنه زندگی
جلسه چهارم	آموزش انگاره‌های مرکزی ارتباطات و گام‌های سه‌گانه برای رسیدن به آنها و چهار قدم برای افزایش ارتباط (آگاه‌سازی، بازسازی شناختی و هدف‌گذاری، مهارت‌سازی). تمرین مهارت‌های ارتباطی و انگاره‌های ارتباط‌محور
جلسه پنجم	ارایه مدل پنج‌مرحله‌ای، جهت رضایت خاطر از محیط زندگی و اطرافیان و راهکارهای سه‌مرحله‌ای (دوست‌داشتن آن، ترک کردن آن و یا ترمیم آن) تمرین چک‌لیست محله یا جامعه و اصول مرتبط با نگرش‌ها، طرح‌ها و اقداماتی که بر رضایت بیشتر از خانه، محله یا جامعه استوار است.
جلسه ششم	آموزش تفاوت بین فعالیت‌های باید و فعالیت‌های خواستن. گام‌های پنج‌گانه: ایجاد انگیزش، مشخص کردن علائق و امکانات متناسب با هدف‌ها و ارزش‌های شخصی. ارزیابی کارآمدی برای بهبود رضایت خاطر از تفریح به‌وسیله یک عادت خاص.
جلسه هفتم	نقش سلامتی و ارائه برنامه شش‌مرحله‌ای (کنترل عادت سلامتی. متعهدشدن، انگیزه درونی پیدا کردن، مدیریت استرس و حل مسئله برای مشکلاتی که عادت‌های سالم را تضعیف می‌کنند و به رشد عادات ناسالم کمک می‌کنند. طراحی و عمل به یک طرح
جلسه هشتم	آموزش سه رکن اساسی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (غنا درونی، کیفیت زمان و معنا‌یابی) مداخلات شناختی برای تشویق افراد به ابراز خود خلاق و حل مسئله در تمام حیطه‌های زندگی، ارائه گام‌های مبتنی بر کیفیت زندگی و درنهایت جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون

اسکوینگتون، لطفی و اوکانل^{۴۶}، ۲۰۰۴). در ایران نیز توسط نجات، منتطری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵)، استانداردسازی شده که پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط با دیگران و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ و همسانی بخش‌های مختلف آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شد. اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده شد و همچنین به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده محرمانه باقی خواهد ماند و یافته‌های پژوهش به صورت کلی و بدون ذکر نام و مشخصات مورد استفاده قرار خواهد گرفت. در ضمن در پایان تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پیگیری توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل جلسات، جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش سه جلسه آموزش و مداخله درمانی به‌طور اختصاصی و کلی برای افراد گروه کنترل برگزار شد.

تحلیل داده‌های آماری: داده‌های حاصل از پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد خانواده، آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) مورد استفاده قرار گرفت و چون اثر اصلی درمان معنی‌دار بود، بررسی با آزمون‌های تحلیل کواریانس یک‌راهه و با سطح آلفای تعدیل‌شده بونفرونی روی نمرات عملکرد خانواده و ابعاد کیفیت زندگی ادامه یافت.

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده^{۴۲} (FAD): یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که هدف آن سنجیدن عملکرد خانواده است و براساس الگوی مک مستر^{۴۳} تدوین شده است. این ابزار توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب^{۴۴} (۱۹۸۳) با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و خانواده تهیه شده است. این مقیاس دارای شش خرده‌مقیاس و یک مقیاس کلی است که به ترتیب عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. روایی این ابزار در متمایزسازی بالینی و غیربالینی به خوبی شناخته شده است. ضریب آلفای این ابزار ۰/۷۲ در بعد نقش‌ها و کنترل رفتار و ۰/۹۲ در عملکرد کلی به دست آمده است که بیانگر همسانی درونی خوب آزمون است (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳). در ایران اولین کوشش‌های علمی برای هنجاریابی این ابزار را نجاریان به عمل آورد. بنابراین، ضرایب آلفای کل مقیاس‌ها به ترتیب، ۰/۹۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵ و برای کارکرد کلی ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، ابزار سنجش عملکرد خانواده دارای روایی پیش‌بین و هم‌زمان است (جهان‌گیر، ۱۳۹۱).

پرسشنامه کیفیت زندگی^{۴۵} (فرم کوتاه): این پرسشنامه شامل ۲۶ آیت‌م است که به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد و عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط. آیت‌های پرسشنامه نیز روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. تحقیقات انجام‌شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان داد که اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ، سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی بازآزمایی مناسبی است (گروه WHOQOL، ۱۹۹۸)؛

یافته‌ها

تحصیلات زیردیپلم (۴۰ درصد)، دیپلم (۵۳/۳ درصد) و فوق‌دیپلم و بالاتر (۶/۷ درصد) بودند و مدت اسارت با میانگین (۲ سال) قرار داشتند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ابعاد آن در گروه‌های کنترل و آزمایش در جدول ۱ بیان شده است.

در پژوهش حاضر ۱۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل در محدوده سنی ۵۵ - ۵۰ سال دارای تحصیلات زیر دیپلم (۴۰ درصد)، دیپلم (۵۳/۳ درصد) و فوق‌دیپلم (۶/۷ درصد) و مدت اسارت با میانگین (۱۸ ماه) بودند. در گروه آزمایش ۱۵ نفر شرکت‌کننده در محدوده سنی ۵۷ - ۵۰ سال قرار دارند و دارای

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حیطه جسمی	آزمایش	۲۴/۶۶	۶/۱۶	۲۷/۸	۴/۸	۲۶/۸۶
	گواه	۲۶/۹۳	۵/۴	۲۷/۴	۴/۵۶	۲۷/۴
حیطه روان‌شناختی	آزمایش	۲۰/۳۳	۳/۸	۲۳/۸	۳/۴۴	۲۳/۰۶
	گواه	۲۱/۵	۵/۰۲	۲۱/۶	۴/۵۷	۲۰/۴۶
حیطه روابط اجتماعی	آزمایش	۱۰/۴	۲/۰۲	۱۳/۲	۱/۹۳	۱۲/۸
	گواه	۱۱/۴	۲/۴۱	۱۱/۲	۲/۴	۱۰/۸۶
حیطه محیطی	آزمایش	۲۷/۴	۴/۷	۳۲	۳/۵	۳۱/۳۳
	گواه	۲۶/۴۶	۵/۳۴	۲۶/۸	۵/۸۲	۲۶/۵
عملکرد کلی خانواده	آزمایش	۲۲/۴	۳/۳۹	۲۲/۶۶	۲/۱۹	۲۳/۱۳
	گواه	۲۴/۲۶	۳/۳۴	۲۳/۰۶	۳/۴۳	۲۴/۶۶

کیفیت زندگی

باکس نشان می‌دهد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برقرار است؛ پس لازم است در تفسیر نتایج آزمون، شاخص لامبدای ویلکز گزارش شود. جهت بررسی وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته جهت ادامه تحلیل کوواریانس از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. معنی‌دار بودن آزمون نشان داد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($P < 0/01$) و $Df = 14$ ($\text{Chi square} = 56/16$). آزمون لوین نیز فرض همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته را تأیید نمود. بعد از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌های آزمون مانکوا، تحلیل انجام شد.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده از آزمون MANCOVA استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، لازم است مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گیرد و داده‌ها غربالگری شوند. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از روش ترسیم نمودار Q-Q نرمال و آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نرمال بودن داده‌ها را در هر دو متغیر وابسته نشان داد.

برای بررسی مفروضه برابری کوواریانس‌های متغیر وابسته از آزمون باکس استفاده شد ($P > 0/05$) و $\text{Boxes M} = 13/09$ $F = 0/7$ معنی‌دار نبودن آزمون

جدول ۲. تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) روی پس آزمون نمرات ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

مرحله	اثر	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	sig	مجذور اتای سهمی	توان آماری
پس آزمون	اثر پیلایی	۰/۶۳۵	۶/۶	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۵	۶/۶	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
پیگیری	اثر پیلایی	۰/۴۸۴	۳/۵۵	۵	۱۹	۰/۰۱۹	۰/۴۸	۰/۹۳
	لامبدای ویلکز	۰/۵۱۶	۳/۵۵	۵	۱۹	۰/۰۱۹	۰/۴۸	۰/۹۳

(ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده) تفاوت معنی دار وجود دارد. یعنی بین ۲ گروه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$) و $\text{partial } \eta^2 = 0/48$ ، $F = 3/55$ = شاخص لامبدای ویلکز). براساس لامبدای ویلکز مجذور اتای سهمی یا ضریب تأثیر حدود ۰/۴۸ است. این بدین معناست که ۴۸ درصد واریانس نمرات آزمون پیگیری ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده مربوط به تأثیر مداخلات درمانی است.

چون اثر اصلی درمان معنی دار بود بررسی با آزمون‌های F تک‌متغیری و با سطح آلفای تعدیل شده بونفرونی (۰/۰۱) روی نمرات ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده ادامه یافت که نتایج در جدول ۳ بیان شده است.

نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نشان می‌دهد که پس از تعدیل پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی (ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده) تفاوت معنی دار وجود دارد. یعنی بین ۲ گروه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$) و $\text{partial } \eta^2 = 0/6$ و $F = 6/6$ = شاخص لامبدای ویلکز). براساس لامبدای ویلکز مجذور اتای سهمی یا ضریب تأثیر حدود ۰/۶۳ می‌باشد. این بدین معناست که ۶۳ درصد واریانس نمرات پس آزمون ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده مربوط به تأثیر مداخلات درمانی است.

نتایج حاصل از تحلیل مانکوا در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که پس از تعدیل پس آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی پس آزمون نمرات ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

مرحله	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
	حیطه جسمی	گروه	۱۳/۰۴	۱	۳/۹۵	۰/۰۵۹	۰/۱۴۷	۰/۴۷۸
		خطا	۷۵/۸۴	۲۳				
پس آزمون	حیطه روان‌شناختی	گروه	۳۶/۱۷	۱	۸/۴۶	*۰/۰۰۸	۰/۲۶۹	۰/۸۵۶
		خطا	۹۸/۳	۲۳				
	حیطه روابط اجتماعی	گروه	۱۸/۵۱	۱	۱۳/۱۸	*۰/۰۰۱	۰/۳۶۴	۰/۹۵۴
		خطا	۳۲/۳	۲۳				

ادامه جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی پس‌آزمون نمرات ابعاد کیفیت زندگی و عملکرد خانواده گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

مرحله	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
پس‌آزمون	حیطه محیطی	گروه	۱۰۶/۶	۱	۲۰/۴۱	*۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
		خطا	۱۲۰/۱۷	۲۳				
پس‌آزمون	عملکرد کلی خانواده	گروه	۰/۰۶	۱	۰/۰۷	۰/۹۱	۰/۰۲	۰/۰۸
		خطا	۲۲۵/۹	۲۳				
پیگیری	حیطه جسمی	گروه	۳/۴۳۷	۱	۵/۲۲	۰/۰۳۲	۰/۱۴۷	۰/۵۹۱
		خطا	۱۵/۱۳۸	۲۳				
پیگیری	حیطه روان‌شناختی	گروه	۱/۶۸۳	۱	۱/۵	۰/۲۳۳	۰/۰۶۱	۰/۲۱۷
		خطا	۲۵/۷۴۷	۲۳				
پیگیری	حیطه روابط اجتماعی	گروه	۰/۱۹۰	۱	۰/۲۶۳	۰/۶۱۳	۰/۰۱۱	۰/۰۷۸
		خطا	۱۶/۶۰۰	۲۳				
پیگیری	حیطه محیطی	گروه	۳/۵۹۷	۱	۷/۳	۰/۰۱۳	۰/۲۴۱	۰/۷۴
		خطا	۱۱/۳۱۹	۲۳				
پیگیری	عملکرد کلی خانواده	گروه	۲۴/۰۹۶	۱	۱۰/۶۱	*۰/۰۰۳	۰/۳۱	۰/۹۳۲
		خطا	۵۲/۲۰۱	۲۳				

* $P < 0.01$

بوده‌است. درمورد مرحله پیگیری نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه با استفاده از آلفای میزان‌شده بونفرونی (۰/۰۱) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل گروه کنترل، از لحاظ نمرات پس‌آزمون ابعاد حیطه روان‌شناختی ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.27$)، حیطه روابط اجتماعی ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.36$)، حیطه محیطی ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.47$) و عملکرد کلی خانواده ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.31$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این بدین معناست که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نمرات پیگیری عملکرد کلی خانواده را بهبود بخشیده است. براساس مجذورات اتای سهمی به‌دست‌آمده ۳۱ درصد از تغییرات عملکرد کلی خانواده ناشی از مداخلات درمانی بوده است. معنی‌دار نبودن تفاوت نمرات پیگیری گروه آزمایش و گواه در ابعاد کیفیت زندگی بیانگر ثبات تأثیرات مداخلات درمانی تا مرحله آزمون پیگیری بوده است.

نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه با استفاده از آلفای میزان‌شده بونفرونی (۰/۰۱) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ نمرات پس‌آزمون ابعاد حیطه روان‌شناختی ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.27$)، حیطه روابط اجتماعی ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.36$)، حیطه محیطی ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.47$) و عملکرد کلی خانواده ($P < 0.01$ و $\eta^2 = 0.31$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این بدین معناست که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نمرات افراد را در این ابعاد بهبود بخشیده است. براساس مجذورات اتای سهمی به‌دست‌آمده ۲۷ درصد از تغییرات نمره حیطه روان‌شناختی، ۳۶ درصد تغییرات حیطه روابط اجتماعی و ۴۷ درصد از تغییرات بعد حیطه محیطی ناشی از مداخلات درمانی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی خانواده آزادگان انجام شده است. نتایج بیانگر آن است که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تغییرات معنی داری را در نمرات کیفیت زندگی آزادگان گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون ایجاد کرده است، پس کیفیت زندگی آزادگان پس از مداخله افزایش یافته است. مداخله درمانی، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش و ارتقای حیطه های روان شناختی، محیطی و روابط اجتماعی افراد آزاده شده است و آنها را بهبود بخشیده است اما بر حیطه جسمی بی تأثیر بوده است.

بررسی پژوهش ها نشان داد که پژوهشی با عنوان مطالعه حاضر یافت نشد و این روش تاکنون در نمونه آزادگان اجرا نشده است، ولی نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی از جمله با یافته های پژوهشی دیگر مانند اورسانو و راندل (۱۹۹۵)، انتارامیان و همکاران (۲۰۰۸)، هانت و همکاران (۲۰۰۸)، عابدی و وستاین (۲۰۱۰)، بلون کین (۲۰۱۱)، کینگ و همکاران (۲۰۱۵)، ژاک (۲۰۱۷)، سالومون و همکاران (۲۰۱۷) و پاداش و همکاران (۱۳۹۰)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۰)، رستمی و همکاران (۱۳۹۵)، جعفری (۱۳۹۶) همسو است.

همچنین نتایج، بیانگر آن است که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد خانواده تغییرات معنی داری را در نمرات عملکرد خانواده آزادگان گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون ایجاد کرده است، این یافته ها بدین معناست که عملکرد خانواده آزادگان پس از آموزش افزایش یافته است و مداخله درمانی بر عملکرد خانواده تأثیرگذار بوده است و نتایج مثبت مداخلات را در مرحله پیگیری نشان داده است. نتایج

حاصل از این پژوهش با بسیاری از یافته های پژوهشی دیگر مانند، انتارامیان و همکاران (۲۰۰۸)، اسپیلرز و همکاران (۲۰۰۸)، هانت و همکاران (۲۰۰۸)، بلون کین (۲۰۱۱)، رودریگو و همکاران (۲۰۱۱)، بوتها و بویسن (۲۰۱۳)، بوتی و کولیک (۲۰۱۴)، فرید و همکاران (۲۰۱۶)، قمری (۱۳۸۹)، مؤمنی و علیخانی (۱۳۹۲)، قادریو همکاران (۱۳۹۳)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۵) و رشیدی و همکاران (۱۳۹۵) همخوان است. به لحاظ نظری می توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تأکید بر روابط بین فردی گرم و توانایی عشق ورزیدن افراد مهم به عنوان یک مؤلفه اصلی سلامت روانی موجب افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در خانواده می شود تا احساسات مبتنی بر همدلی و عاطفه مثبت نسبت به دیگران از خود نشان دهند و همچنین قادر به برقراری روابط عمیق تر با دیگران و خانواده شوند و همچنین توانایی درک همسر و افراد خانواده و برقراری روابط عمیق با آنها و همچنین توانایی همدلی و ابراز احساسات را به هریک از آنها می دهد (کیز، شموکتین و ریف^{۴۷}، ۲۰۰۲).

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تأکید بر جنبه های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد موجب به وجود آمدن ایده هایی می شود که نشان دهنده هدف مندی در زندگی است و این حس را در افراد تقویت می کند که زندگی برای افراد هدف مند، معنی دار است و بدین طریق افراد را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می کند. همچنین این شیوه موجب می شود تا افراد تلاش هایی منظم برای هدایت افکار، احساسات و رفتار را برای دستیابی به هدف سازماندهی کنند و فعالیت های هدف مند خود را طی زمان و شرایط متغییر هدایت نمایند (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

فرد بتواند در حیطه‌های ارزشمند زندگی به رضایت‌مندی برسد. لذا باتوجه‌به نتیجه تحقیق و پژوهش‌های قبلی، توجه به عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و بهبود آن از طریق درمان مبتنی بر بهبود کیفیت می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی و عملکرد خانواده آزادگان مؤثر باشد.

خانواده‌های آزادگان در بعضی از جنبه‌ها با سایر خانواده‌ها متفاوت هستند. از دوران استرس‌زای اسارت و عوارض و عواقب این وقایع ازلحاظ روانی و جسمی دچار مشکلاتی هستند، پس سلامت روانی چنین افرادی که تحت تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی و... قرار می‌گیرند، به‌خطر می‌افتد. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تعدیل و کم‌رنگ‌ترکردن این عوامل سلامت روانی افراد را ارتقا می‌دهد. به‌بیان‌دیگر، نخستین اثر ارتقای توانمندی فرد در زمینه بهزیستی، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش سلامت روان و در نتیجه افزایش میزان رضایت‌مندی از زندگی فردی و خانوادگی خواهد بود.

در مجموع، برنامه مداخله و آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند بر عملکرد خانواده افراد و بر ارتقا و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان آزادگان مؤثر باشد و نتایج یافته‌های پژوهش‌های آزمون مرحله پیگیری نیز ثبات و پایداری مداخلات و آموزش را نشان داده است.

پیشنهادها و محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش، تأثیر عوامل مداخله‌گری مانند: عوامل انگیزشی پاسخ‌دهندگان، عوامل زمینه‌ای و بافتی و فرهنگی در شهرستان محل پژوهش و حتی شخصیت درمانگر، وضعیت جسمی و روانی آزمودنی‌ها و اجرای آن در یک شهرستان و تعداد کم نمونه‌ها بر نتیجه پژوهش تأثیر می‌گذارند که کنترل آنها از عهده

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت دارد که عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است، بلکه نحوه کنارآمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین‌کننده بهزیستی و کیفیت زندگی افراد است و به این طریق توانایی تحمل درد را در افراد افزایش می‌دهد و بدین‌وسیله آنها در مدیریت محیط اطراف خود، کنترل بر مجموعه‌ای پیچیده از فعالیت‌های بیرونی و استفاده مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به‌وجودآمده، توانمند می‌کند که در شرایط مشکل‌آفرین بر محیط کنترل داشته باشند. لذا مشارکت فعال افراد در تسلط بر محیط (فردی، خانواده و جامعه) یک عنصر مهم انعکاس روان‌شناختی مثبت محسوب می‌شود (یزدی، تسلیمی، حق‌پرست، ۲۰۱۶).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی و عملکرد خانواده آزادگان را در حیطه‌های روان‌شناختی و حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیطی و عملکرد خانواده را بهبود بخشیده است و کیفیت زندگی افراد در این حیطه‌ها را ارتقا داده است. پس این رویکرد درمانی از رضایت‌مندی نسبت به زندگی و افزایش شادکامی و کیفیت زندگی حمایت می‌کند. چون در این رویکرد به افراد و مراجعان نظریه، اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که در تشخیص، جستجو و تحقق‌بخشیدن به مهم‌ترین نیازها، اهداف و خواسته‌هایشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی کمک می‌کند و (رویکرد WOQLT) درصد است تا متداول‌ترین نظریه‌ها و پژوهش‌ها را درمورد شادکامی و روان‌شناسی مثبت‌نگر تمامیت‌بخش و عواطف منفی را کنترل کند و شادمانی را افزایش می‌دهد و مهارت‌های مربوط به کنترل و تدبیر زندگی است تا فصلنامه روانشناسی نظامی دوره ۱۱، شماره ۴۴، زمستان ۱۳۹۹

25. Communication
26. Work & Retire
27. Play
28. Helping
29. Learning
30. Creativity
31. Money
32. Home, Neighbow, Society
33. Prevent
34. Cirumstance
35. Attitude
36. Standards of fulfilment
37. Importance
38. Overall satisfaction
39. Antaramian, Huebner & Valois
40. Rodrigue, Mandelbrot & Pavlakis
41. Li, Yang, Liu & Wang
42. Family Assessment Device
43. Mak Master
44. Epstein, Baldwin & Bishop
45. Quality of Life (WHOQOL-BRIEF)
46. Skevington, Lotfy & OConnel
47. Keyes, Shmotkin, Ryff

پژوهشگر خارج است و این عوامل از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. باتوجه به اینکه روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش به ندرت به کار گرفته شده و ازسویی، سابقه پژوهشی کمی مشابه این درمان درمورد افراد آزاده در کشور کم انجام شده است و عدم مقایسه آن با سایر رویکردهای درمانی جدید، پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارایی این روش درمانی، به صورت گسترده تر و دقیق تر برای آزادگان در سایر نقاط کشور مورد بررسی قرارگیرد.

تشکر و قدرانی: از مسئولان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان دیواندره (ریاست محترم و مسئولین امور فرهنگی) و آزادگان عزیز که با همکاری خود به انجام پژوهش کمک کردند، نهایت تشکر و سپاس‌گزاری به عمل آید.

منابع

۱. پاداش، زهرا؛ فاتحی‌زاده، مریم‌سادات و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰)، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران، فصلنامه روان‌شناسی و مشاوره خانواده، (۱۱): ۱۳۰ - ۱۱۵.
۲. جعفری، فروغ (۱۳۹۶)، اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود و چشم‌انداز به آینده در زنان یائسه، پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، ۳ (۲): ۴۹ - ۳۵.
۳. جهانگیر، پانته‌آ (۱۳۹۱)، مقایسه عملکرد خانواده و رضایت‌مندی زناشویی در زنان متأهل شاغل و غیرشاغل شهر تهران، فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی، ۴ (۱۲): ۱۹۱ - ۱۷۷.
۴. رستمی، مریم؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۹۵)، اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کیفیت زندگی زوجین ناسازگار، مجله علمی پژوهان، (۱)۱۱۵: ۲۷ - ۱۹.
۵. رشیدی کوچی، فریده؛ نجفی، محمود و محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۵)، نقش سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت و عملکرد خانواده در پیش‌بینی شادکامی در دانش‌آموزان دبیرستانی، پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، ۲ (۳): ۹۵ - ۷۹.

پی‌نوشت

1. Solomon et al
2. Jacques
3. Hant et al
4. Kieng et al
5. Ursano & Rundell
6. Bolonkin
7. Yaffe, Hoang, Byers, Barnes & Friedl
8. Litwack, Mitchell, Sloan, Reardon & Miller
9. Serowik, Ablondi, Black & Rosen
10. Hoerster, Jakupcak, McFall, Unützer & Nelson
11. Spillers, Wellisch, Kim, Matthews & Baker
12. Freed, Rubenstein, Daryanani, Obino & Alloy
13. Botey & Kulig
14. Ports & Havel
15. Botha & Booysen
16. Newton, Ryan, King & Smith
17. Lopez
18. Khanna & Tsevat
19. Mihály
20. Seligman positive psychology
21. Frisch
22. Values
23. Self-image
24. Health

۱۵. یوسفی، ناصر؛ امانی، احمد و حسینی، صالح (۱۳۹۵)، بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و اضطراب امتحان، با نقش واسطه‌ای تمایز یافتگی در دانش‌آموزان، مجله روان‌شناسی مدرسه، ۵ (۴): ۷۴ - ۵۲.
1. Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 605-613.
2. Antaramian, S. P., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology*, 57, 112-126. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00357.x
3. Bolonkin, A. (2011). *Universe, human immortality and future human evaluation*. USA: Elsevier.
4. Botey, A. P., & Kulig, J. C. (2014). Family functioning following wildfires: Recovering from the 2011 Slave Lake fires. *Journal of Child and Family Studies*, 23(8), 1471-1483.
5. Botha, F., & Booysen, F. (2014). Family functioning and life satisfaction and happiness in South African households. *Social Indicators Research*, 119(1), 163-182.
6. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
7. Freed, R. D., Rubenstein, L. M., Daryanani, I., Olino, T. M., & Alloy, L. B. (2016). The relationship between family functioning and adolescent depressive symptoms: The role of emotional clarity. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 505-519.
8. Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
9. Hoerster, K. D., Jakupcak, M., McFall, M., Unützer, J., & Nelson, K. M. (2012). Mental health and somatic symptom severity are associated with reduced physical activity among US Iraq and Afghanistan veterans. *Preventive Medicine*, 55(5), 450-452. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.017>
10. Hunt, S. C., Orsborn, M., Checkoway, H., Biggs, M. L., McFall, M., & Takaro, T. K. (2008). Later life disability status following incarceration as a prisoner of war. *Military Medicine* 173(7), 613-618.
11. Jacques, J. (2017). Where nothing happened: The experience of war captivity and Levinas's concept of the 'there is'.
۶. شایان، آرزو؛ معصومی، زهرا، یزدی راوندی، سعید و زارع‌نژاد، محمد (۱۳۹۴)، عوامل مؤثر بر همسرآزاری در زنان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز، ۱۴(۱): ۴۸ - ۳۹.
۷. فریش، مایکل بی (۲۰۰۶)، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، جلد اول و دوم، ترجمه اکرم خسته (۱۳۹۰)، چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند.
۸. قادری، زهرا؛ فرشیدمنش، فروغ و خدادادی، زهرا (۱۳۹۳)، بررسی رابطه عملکرد خانواده و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان شهر اصفهان، نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مرودشت، شرکت اندیشه‌سازان مبتکر جوان.
۹. قاسمی، نظام‌الدین؛ کجیاف، محمدباقر و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰)، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان، مجله روان‌شناسی بالینی، ۳ (۲): ۳۴ - ۲۳.
۱۰. قمری، محمد (۱۳۹۰)، مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیرمعتاد، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۵ (۱۸): ۶۸ - ۵۵.
۱۱. کریمی، جهانگیر؛ زکی‌بی، علی و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۱)، رابطه عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت براساس الگوی مک‌مستر، روان‌شناسی: مشاوره و خانواده درمانی، ۷: ۵۵۳ - ۵۳۷.
۱۲. مؤمنی، خدامراد و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۲)، رابطه عملکرد خانواده، تمایز یافتگی خود و تاب‌آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۳): ۳۲۰ - ۲۹۷.
۱۳. نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵)، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (۴): ۱۲ - ۱.
۱۴. یزدی، سعید؛ تسلیمی، زهرا؛ حق‌پرست، عباس و قلعه‌ای‌ها، علی (۱۳۹۵)، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن: تعیین نقش شدت و مدت درد، ۱۷ (۴): ۸۴۳ - ۸۳۶.

- length. *Psychoneuroendocrinology*, 81, 122-128. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.04.004
22. Spillers, R. L., Wellisch, D. K., Kim, Y., Matthews, A., & Baker, F. (2008). Family Caregivers and Guilt in the Context of Cancer Care. *Psychosomatics*, 49(6), 511-519. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.6.511>
23. Ursano, R. J., & Rundell, J. R. (1995). *The prisoner of war War psychiatry*. Washington, D.C.: Office of the surgeon general (army) falls church va.
24. Yaffe, K., Hoang, T. D., Byers, A. L., Barnes, D. E., & Friedl, K. E. (2014). Lifestyle and health-related risk factors and risk of cognitive aging among older veterans. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 10(3), S111-S121. doi: 10.1016/j.jalz.2014.04.010
12. Khanna, D., & Tsevat, J. (2007). Health-related quality of life--an introduction. *American Journal of Managed Care*, 13 Suppl 9, S218-223.
13. King, D. W., King, L. A., Park, C. L., Lee, L. O., Kaiser, A. P., Spiro, A., . . . Keane, T. M. (2015). Positive adjustment among American repatriated prisoners of the Vietnam War: Modeling the Long-Term effects of captivity. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 861-876.
14. Litwack, S. D., Mitchell, K. S., Sloan, D. M., Reardon, A. F., & Miller, M. W. (2014). Eating disorder symptoms and comorbid psychopathology among male and female veterans. *General Hospital Psychiatry*, 36(4), 406-410. doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.03.013>
15. Lopez, S. J. (2009) *The encyclopedia of positive psychology* (pp. 1160): Wiley Black well publication.
16. Newton, N. J., Ryan, L. H., King, R. T., & Smith, J. . (2014). Cohort differences in the marriage-health relationship for midlife women. *Social Science & Medicine*, 116, 64-72.
17. Rodrigue, J. R., Mandelbrot, D. A., & Pavlakis, M. (2011). A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(2), 709-715. doi: 10.1093/ndt/gfq382
18. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
19. Ryff, C. D., & Keyes, C. LM. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
20. Serowik, K.L., Ablondi, K., Black, A.C., & Rosen, M. I. (2014). Developing a benefits counseling website for Veterans using Motivational Interviewing techniques. *Computers in Human Behavior*, 37, 26-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.019>
21. Solomon, Z., Tsur, N., Levin, Y., Uziel, O., Lahav, M., & Ohry, A. (2017). The implications of war captivity and long-term psychopathology trajectories for telomere