

اثربخشی درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی بر عواطف مثبت و منفی زنان سالمند

✉ دکتر خدامراد مؤمنی
دانشگاه رازی

مریم ضابط
دانشگاه رازی

دکتر جهانگیر کرمی

دانشگاه رازی

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۰۵

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۰۱

بهبود کیفیت زندگی سالمندان رابطه‌ی اثبات شده‌ای با ابعاد سلامتی روانی و بهزیستی ذهنی آن‌ها دارد. این مطالعه جهت بررسی اثربخشی درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی بر عواطف مثبت زنان سالمند ساکن شهر کرمانشاه انجام گرفت. روش این مطالعه، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل تمامی زنان عضو مراکز روزانه‌ی سالمندان شهر کرمانشاه می‌شد. نمونه‌ی مورد نظر با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان ۲۱۴ نفر از زنان سالمندی انتخاب شد که در مرکز روزانه‌ی فرزندان کرمانشاه عضویت داشتند. ۳۰ زن سالمند واجد شرایط شرکت در این مطالعه بودند که به طور تصادفی و با همتاسازی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (دو گروه ۱۵ نفری). سالمندانی که در گروه‌های آزمایشی قرار داشتند، هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) روان‌درمانی بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی را دریافت کردند و گروه کنترل در این زمان هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی، و عاطفه‌ی مثبت و منفی (واتسون، ۱۹۹۸) بود که در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط اعضای گروه آزمایش و کنترل تکمیل شدند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی در افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی زنان سالمند مؤثر است ($P < 0.001$). آزمون پیگیری دومه‌ه نشان داد که دستاوردهای مداخله در افزایش عواطف مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی حفظ شده است. بنابراین توصیه می‌شود که این روش درمانی به عنوان یکی از درمان‌های حمایتی توسط روان‌شناسان و پزشکان شاغل در حوزه‌ی سالمند مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی، عواطف مثبت، عواطف منفی، سالمند

پیش‌بین سطح عملکرد سالمندان هستند و بهبود سلامت روانی و وضعیت عاطفی سالمندان به آن‌ها کمک می‌کند که علی‌رغم مشکلات جسمی، عملکرد مطلوب اجتماعی خود را نیز حفظ کنند (سامنگرن، آزدو، سابگرانون، سان، و ماوس، ۲۰۱۰). برخلاف وحدت نظر نسبی که در مورد تغییرات جسمی و شناختی در سیر سالمندی وجود دارد، در مورد تغییرات در عواطف سالمندان یافته‌ها مقدراری متفاوت و متناقض است. از نظر آرگایل (۲۰۰۱)، عاطفه‌ی مثبت و رضایت‌مندی، با افزایش سن، کمی افزایش می‌یابد و

سلامت روانی و وضعیت عاطفی از مهم‌ترین عوامل

مریم ضابط، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ خدامراد مؤمنی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ جهانگیر کرمی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به خدامراد مؤمنی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران باشد. برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

پست الکترونیکی: khmomeni2000@yahoo.com

که بر اساس ایجاد رضایت‌مندی در فاصله‌ی موجود بین آنچه شخص می‌خواهد، و آنچه دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (فریش، ۲۰۰۶).

به دلیل نوین بودن روش درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی، پژوهش‌های کمی در زمینه‌ی اثربخشی این مدل درمانی انجام گرفته است. در پژوهش رودریگ، ماندلبرت و پاولکیس (۲۰۱۱) اثرات معنادار این مدل درمانی بر صمیمیت اجتماعی و سلامت‌روان زنان میانسال تأیید شد. در پژوهش فرودستان، عسکری، نوری، عابدی، و بطلانی (۲۰۱۳) شدت و کیفیت درد زنان به واسطه‌ی این مدل درمانی به طور معناداری تغییر کرد. قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) اثربخشی درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی بر سلامت‌روان و بهزیستی ذهنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش را تأیید کردند. رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۹۲) در پژوهش خود بر روی زوجین ناسازگار شهر شیراز، اثربخشی معنادار این مداخله بر بهزیستی ذهنی افراد را تأیید کردند. پاداش، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۹۰) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که این مدل درمانی به طور معناداری شادکامی افراد را بهبود می‌بخشد، اما اثربخشی این شیوه‌ی درمانی در جامعه‌ی سالمندان تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به اهمیت عواطف مثبت و منفی سالمندان در ابعاد سلامت روان آنها و اهمیت کاربرد شیوه‌ی نوین حاضر در جمعیت‌های مختلف از جمله زنان سالمند و جای خالی پژوهش‌های تجربی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف آزمون این فرضیه که درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی بر عواطف منفی و مثبت زنان سالمند اثر مثبت دارد طراحی و اجرا شد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر جزء طرح‌های نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل تمامی زنان عضو مراکز روزانه‌ی سالمندان شهر کرمانشاه می‌شد. نمونه‌ی مورد نظر با استفاده از نمونه-گیری خوشه‌ای از میان ۲۱۴ نفر از زنان سالمندی انتخاب شد که در مرکز روزانه‌ی فرزندان کرمانشاه عضویت داشتند. ۳۰ زن سالمند واجد شرایط شرکت در این مطالعه بودند که به طور تصادفی و با همتاسازی در دو گروه

عاطفه‌ی منفی با افزایش سن کاهش می‌یابد و هر دو در مورد مردان بیشتر است و فقدان سلامت موجب مختل شدن فرایند دستیابی به اهداف می‌گردد که تأثیری منفی بر شادکامی دارد. در پژوهش پینکورات (۲۰۰۱) عکس این نتیجه حاصل شده است، یعنی در سالمندی عواطف منفی اندکی افزایش و عواطف مثبت اندکی کاهش پیدا می‌کنند. هر چند کیفیت زندگی سالمند تأثیر زیادی بر عواطف آنها دارد، اما به طور کلی این طور به نظر می‌رسد که ثبات عاطفی در سالمندان بیشتر می‌شود و نوسانات خلقی کمتر اتفاق می‌افتد.

نگرش‌های متفاوت، راهکارهای متفاوتی را برای بهبود سلامت روان و سلامت عاطفی سالمندان پیشنهاد می‌دهند. استفاده از داروها، مکمل‌ها، مسکن‌ها و همچنین روش‌های ترمیمی و جراحی جزء راهکارهایی هستند که از دیدگاه طبی جهت بهبود شاخص‌های سلامت سالمندان ارائه می‌شوند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲). در مقابل، دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی برای بهبود شاخص‌های سلامت، راهکارهایی پیشنهاد می‌دهد که تمام ابعاد زندگی سالمند را در بر می‌گیرد (سعادت، یونسی، فروغان، و لشنی، ۱۳۹۲).

یکی از درمان‌های متناسب با دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی است که درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت، با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای کیفیت زندگی و درمان اختلالات روانی است (فریش، ۱۳۹۰، ترجمه‌ی خمسه). این درمان که توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده، ترکیبی از رویکرد شناختی-آرون تی‌بک در حوزه‌ی بالینی، رویکرد فعالیت^۱ سازیت میهالی^۲ و روان‌شناسی مثبت‌نگر سلیگمن است (قاسمی، کجیاف، و ربیعی، ۱۳۹۰).

این مدل درمانی با ایجاد تغییر شناختی-رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می‌شود. این پنج مفهوم که عبارتند از شرایط زندگی^۳، نگرش^۴، استاندارد^۵، ارزش^۶، و رضایت کلی از زندگی^۷، به طور خلاصه «CASIO» نامیده می‌شوند که حاصل حرف اول واژه‌های لاتین این پنج مفهوم است. «CASIO» پنج راهبرد برای رضایت در این حوزه‌ها است

¹ action theory

² Csikszentmihalyi

³ circumstances

⁴ attitude

⁵ standards

⁶ importance or value

⁷ overall satisfaction

دارد که در آن ۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی در قالب کلمات مطرح شده است. این ابزار در مطالعات متعددی به کار گرفته شده و معلوم گردیده که از سازگاری درونی و روایی همگرایی تفکیکی خوبی برخوردار است. دینر و ایموس (۱۹۸۷) نشان دادند که ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده‌مقیاس عاطفه‌ی مثبت ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه‌ی منفی ۰/۸۷ است.

واتسون و کلارک (۱۹۸۸) همبستگی میان این خرده‌مقیاس‌ها با برخی از ابزارهای سنجش مرتبط با این عواطف را (مانند اضطراب و افسردگی) معنادار و بال گزارش کرده‌اند. ابوالقاسمی (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۶، ۰/۶۸، ۰/۴۹، و ۰/۵۹ را برای مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی به ترتیب در زمان‌های گذشته، حال، آینده و کلی به دست آورد.

پروتکل درمانی این مطالعه مربوط به فریش (۲۰۰۶) است که در جدول شماره ۱ دستورالعمل‌های مربوط به هر جلسه بیان شده است.

آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (دو گروه ۱۵ نفری). در این پژوهش دو متغیر وابسته‌ی عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی در دو گروه (آزمایشی و کنترل) در سه نوبت اندازه‌گیری شد. محدوده سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۶۰ و ۶۷ سال (دامنه تغییراتی ۷ سال)، و میانگین سن برای گروه آزمایش (۱/۳۶) ۶۲/۵۳ سال، و برای گروه کنترل (۲/۰۱) ۶۳ سال بود. در گروه آزمایش تعداد ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) متأهل و ۵ نفر (۳۳/۳٪) بیوه؛ ۱۱ نفر (۷۳/۳٪) باسواد و ۴ نفر (۲۶/۷٪) بی‌سواد؛ ۴ نفر (۲۶/۷٪) دارای سطح درآمد کم، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) سطح درآمد متوسط و ۱ نفر (۶/۷٪) سطح درآمد خوب بودند.

ابزار

پرسش‌نامه عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۲۰ گویه‌ای است و برای اندازه‌گیری دو بعد خطی، یعنی عاطفه‌ی منفی و مثبت تهیه و ارائه شده است (واتسن، کلارک، تلگن، ۱۹۹۸). هر خرده‌مقیاس ۱۰ آیتم

جدول ۱

پروتکل درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی (فریش، ۲۰۰۶)

جلسه	عنوان
جلسه اول	معارفه، معرفی رویکرد بهبود کیفیت زندگی، و انتخاب حیطه‌ها
جلسه دوم	پرداختن به حیطه‌ی احترام به خویش
جلسه سوم	پرداختن به حیطه‌ی اهداف، ارزش‌ها، زندگی معنوی
جلسه چهارم	پرداختن به حیطه‌ی ارتباطات
جلسه پنجم	پرداختن به حیطه‌ی محیط زندگی و اطرافیان
جلسه ششم	پرداختن به حیطه‌ی سلامت
جلسه هفتم	پرداختن به حیطه‌ی خلاقیت
جلسه هشتم	مرور جلسات پیشین و جمع‌بندی

روش اجرا

مطالعه شرایط ورود شامل موافقت سالمند برای شرکت در پژوهش، طبق برنامه و به صورت یک و نیم تا دو ساعت در هفته، و شرایط خروج از مطالعه نیز شامل وجود بیماری یا اختلال بسیار شدید ذهنی (دمانس، آلزایمر، اسکیزوفرنی، افسردگی شدید) بر اساس پرونده‌ی پزشکی، و عدم تجربه‌ی سوگ (مرگ بستگان نزدیک) در شش ماه گذشته می‌شد. سپس هشت جلسه مداخله بر اساس پروتکل درمانی بهبود کیفیت زندگی برای گروه آزمایش اجرا گردید

پس از کسب مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش، فرایند نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای اجرا گردید. بدین ترتیب که از میان مراکز سالمندان روزانه‌ی شهر کرمانشاه یک مرکز به طور تصادفی انتخاب گردید و از میان زنان عضو این مرکز با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی عاطفه‌ی مثبت و منفی، ۳۰ زن سالمند که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در این

پرسش‌نامه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون عاطفه‌ی منفی و مثبت در گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

و گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مداخلات توسط خود پژوهشگر و در قالب هشت جلسه‌ی هفتگی یک و نیم تا دو ساعته‌ی اجرا شد. به دلیل رعایت اصول اخلاق در پژوهش، شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی درمان، جلسات را ترک کنند. همچنین پس از اتمام مطالعه، پروتکل درمانی برای گروه گواه نیز اجرا شد. پس از اتمام هشت جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید و دو ماه بعد از اتمام مداخلات نیز آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌های حاصل از

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عاطفه‌ی منفی و مثبت در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عاطفه منفی	کنترل	۲۷/۹۳	۴/۷۴	۲۸/۰۰	۴/۰۴	۲۸/۴۰	۴/۴۵
	آزمایش	۲۷/۸۰	۴/۷۳	۲۱/۷۳	۳/۴۱	۱۹/۶۷	۲/۴۹
عاطفه مثبت	کنترل	۲۳/۴۷	۳/۶۶	۲۳/۲۰	۳/۹۸	۲۲/۸۰	۳/۶۶
	آزمایش	۲۳/۳۳	۳/۳۹	۲۹/۶۷	۳/۱۵	۳۱/۸۷	۳/۲۴

جدول ۳

نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیر وابسته	نسبت F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	درجه سطح معناداری
عاطفه منفی	۰/۶۸	۳	۵۶	۰/۵۸
عاطفه مثبت	۰/۲۵	۳	۵۶	۰/۸۶

پس از بررسی پیش‌فرض‌ها و برقراری آن‌ها نتایج تحلیل برای تأثیر مداخله‌ی انجام‌شده بر عاطفه‌ی منفی و مثبت در جدول شماره‌ی ۴ آمده است.

برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) ابتدا همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها با پس‌آزمون‌ها محاسبه شد که نتایج نشان داد شیب پیش‌آزمون میانگین‌های عاطفه‌ی منفی و عاطفه‌ی مثبت با شیب پس‌آزمون آن برابر است. پیش‌فرض دوم کوواریانس برابری واریانس‌ها می‌باشد که برای بررسی آن در عاطفه‌ی منفی و مثبت از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد این پیش‌فرض نیز برقرار است. نتایج آزمون لون در جدول شماره‌ی ۳ آمده است.

جدول ۴

نتایج تحلیل مانکوا برای میانگین نمره‌های پس‌آزمون عاطفه‌ی منفی و مثبت در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۱/۱۳	۲۳/۴۳	۶	۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶
لامبدای ویلکز	۰/۰۴	۶۷/۷۷	۶	۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
اثر هتلینگ	۱۸/۳۳	۱۵۸/۸۴	۶	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۸/۱۰	۳۲۵/۸۵	۳	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵

بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. برای تشخیص اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنادار

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که آزمون‌ها در سطح $P < 0/01$ معنادار هستند و این بدان معنی است که دست کم در یکی از متغیرهای عاطفه‌ی منفی و یا مثبت

است از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵
تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین‌های عاطفه منفی و عاطفه مثبت

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجزورات
عاطفه منفی	۵۹۹/۳۶	۳	۱۹۹/۷۹	۱۹۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹
عاطفه مثبت	۶۶۹/۱۸	۳	۲۲۳/۰۶	۱۸۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵

براساس نتایج جدول ۵ می‌توان گفت که در هر دو متغیر عاطفه منفی و مثبت، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و این یعنی مداخله‌های انجام شده بر عاطفه منفی و مثبت اثرگذار است. برای بررسی پایداری نتایج در متغیرهای عاطفه منفی و عاطفه مثبت نیز باید از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده کرد، پس از بررسی پیش‌فرض‌ها و برقراری آن‌ها نتایج تحلیل در جدول ۶ آمده است.

براساس نتایج جدول ۵ می‌توان گفت که در هر دو متغیر عاطفه منفی و مثبت، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و این یعنی مداخله‌های انجام شده بر عاطفه منفی و مثبت اثرگذار است. برای بررسی

جدول ۶
نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر میانگین نمره‌های پیگیری عاطفه منفی و مثبت دو گروه

آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجزورات
اثر پیلاپی	۰/۹۷	۱۶/۹۳	۶	۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸
لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۳۹/۵۲	۶	۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹
اثر هتلینگ	۸/۸۰	۷۶/۲۸	۶	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۸/۷۲	۱۵۷/۰۴	۳	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که آزمون‌ها در سطح $P < 0.01$ معنادار هستند، و این بدان معنی است که دست کم در یکی از متغیرهای عاطفه منفی و عاطفه مثبت بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که آزمون‌ها در سطح $P < 0.01$ معنادار هستند، و این بدان معنی است که دست کم در یکی از متغیرهای عاطفه منفی و عاطفه مثبت بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷
تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین‌های عاطفه منفی و مثبت (نمرات پیگیری)

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجزورات
عاطفه منفی	۱۱۶/۸۵	۳	۳۸/۹۵	۵۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴
عاطفه مثبت	۲۲/۴۰	۳	۷۲/۸۰	۱۰۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵

براساس نتایج جدول ۸ می‌توان گفت که در متغیرهای عاطفه منفی و عاطفه مثبت، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

براساس نتایج جدول ۸ می‌توان گفت که در متغیرهای عاطفه منفی و عاطفه مثبت، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

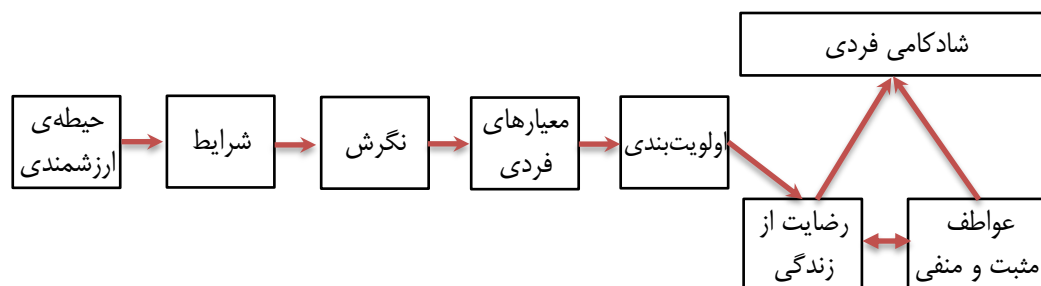
بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بر اساس افزایش کیفیت حیطه‌های زندگی بر عواطف مثبت و منفی زنان سالمند صورت گرفت. نتایج نشان دهنده‌ی تأثیر معنادار مداخله بر هر دو بعد مثبت و منفی عواطف زنان

پژوهش‌هایی برای این تغییر در سطح عواطف عنوان می‌شود که هر کدام به طور جداگانه برای عاطفه‌ی مثبت و منفی تحلیل می‌شود. اگر سلامت هدف مستقیم رویکرد بهبود کیفیت نباشد و جزء اهداف فرعی این رویکرد باشد،

اهمیت می‌دهد، در رویکرد بهبود کیفیت، کاهش عواطف منفی به اندازه‌ی افزایش عواطف مثبت اهمیت دارد و ایجاد رضایتمندی از حیثه‌های زندگی راه حلی است که رویکرد بهبود کیفیت ارائه می‌دهد. راه حلی که در واقع تبیینی برای اثربخشی این پژوهش بر کاهش عواطف منفی است (فریش، ۲۰۰۶، ترجمه اکرم خمسه، ۱۳۹۰). برای این منظور مهارت‌های مربوط به کنترل عواطف و هیجانات منفی وجود دارد که بخشی از بهبود کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد. فشارهای زندگی هیجان‌های خشم، اضطراب و افسردگی را برمی‌انگیزد، اما در افراد دارای نگرش‌ها، عادت‌ها و زمینه‌های سوء رفتار، که آن‌ها را در مقایسه با دیگران حساس‌تر و عاطفی‌تر می‌سازد، اغلب این هیجانات مبالغه‌آمیزتر می‌شود. بر اساس اصل کنترل هیجانی، مراجعان مسئول کنترل خود و ابراز این نوع هیجانات هستند. چنین کنترلی موجب شادمانی بسیار زیادی می‌شود و مانع از عکس‌العمل‌های شدید و برانگیختگی نامناسب و غیرضروری به مدت طولانی در برابر عوامل فشارآور می‌گردد. بدین دلیل مهارت‌های کنترل هیجانی که بخشی از بهبود کیفیت زندگی است عامل اصلی کاهش عواطف منفی می‌باشد. این مهارت‌ها شامل رهنمودهایی در مورد نگرانی‌های زیاد، شاخص دوره‌سنج و ثبت استرس‌های روزمره، راه‌حل‌های پنج‌گانه و تمرین‌های آرامش همراه با کیفیت زمان و غنای دونی است (فریش، ۱۹۹۲). به طور کلی افزایش عاطفه‌ی مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی در روش درمانی بهبود کیفیت زندگی از طریق افزایش رضایتمندی از زندگی و بر مبنای اصول پنج‌گانه‌ی رضایتمندی امکان‌پذیر می‌شود که بر این اساس رضایتمندی، عواطف مثبت و منفی و شادمانی رابطه‌ای دوجانبه با هم دارند. تبیین کلی در مورد بهبود عواطف از طریق حیثه‌های پنج‌گانه‌ی رضایتمندی در شکل زیر آمده است.

افزایش عاطفه‌ی مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی هدف اصلی این رویکرد است. در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت حیثه‌های زندگی، سلامت روانی مثبت برابر با شادمانی در نظر گرفته می‌شود. عناصر تشکیل‌دهنده‌ی شادمانی هم رضایتمندی از زندگی، فراوانی و تداوم بیشتر تجارب عاطفی مثبت در مقایسه با تجارب عاطفی منفی است. بنابراین می‌توان گفت افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی هدف زیربنایی این مدل است (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰). افزایش سبک‌های سازنده اولین تبیین برای تغییر در عواطف است. رابطه‌ی میان سبک‌های سازنده و عواطف و هیجانات به دو گونه است. اول اینکه تحقق اهداف و انتظارات شخصی با عواطف و هیجانات مثبتی چون شادمانی همراه است. دوم اینکه افسردگی تا حدی به دلیل عدم فعالیت یا ضعف نسبی سبک‌های سازنده تداوم می‌یابد. بنابراین تغییر خلق منفی به وضعیت خلقی شاد تا زمانی که سبک‌های سازنده فعال نشوند امکان‌پذیر نیست. بدین ترتیب با درمان مؤثر و قدرت بخشیدن و تحکیم سبک‌های سازنده‌ی تفکر می‌توان تغییر حالات خلقی را از منفی به مثبت ایجاد کرد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰). اصول شادمانی در بهبود کیفیت زندگی از مفاهیم، نگرش‌ها، مهارت‌ها، نقاط قوت و طرح‌واره‌ها یا باورهای مثبت تشکیل می‌شود که به بهبود شادمانی، خرسندی و رضایتمندی پایدار از زندگی کمک می‌کند. تمرکز این رویکرد بر افزایش عواطف مثبت و آموزش ۳۰ اصل شادکامی می‌تواند تبیینی برای افزایش عاطفه‌ی مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی باشد. در واقع این اصول را می‌توان یافته‌های موجود درباره‌ی شادمانی دانست که نتیجه‌ی سال‌ها پژوهش در زمینه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌باشد. کاهش عاطفه‌ی منفی در اثر مداخله‌ی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تأیید شد. برخلاف روان‌شناسی مثبت‌نگر که تنها به عواطف مثبت



شکل ۱: مدل پنج‌گانه‌ی رضایتمندی از زندگی (فریش، ۲۰۰۶)

فریش، م. (۱۳۹۰). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (ترجمه اکرم خمسه). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶)

قاسمی، ن.، کجیاف، م. ب.، و ربیعی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی با کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۲)، ۳۳-۲۳.

رستمی، م.، ابوالقاسمی، ع.، و نریمانی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۸(۲)، ۱۲۴-۱۰۵.

Frisch, M. B. (1992). Use of the Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.). *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy* (pp. 27-52). New York: Plenum.

Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life Therapy*. Hoboken, New Jersey: Wiley.

Watson, D., Clark, L., & Telgen, A. (1998). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: the PANAC scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive Affect, negative affect and affect balance in middle and old age. *Journal of happiness studies*, 2, 375-405.

Diner, E., & Emos, R. A. (1987). The independence of positive and negative affect schedule. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.

Abedi, M. Z. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorder in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 605-613.

Sumngern, C. H., Azeredo, Z., Sabgranon, R., Sun, N., & Maos, E. (2010). Happiness among the elderly in communities: A study in senior clubs of Chonburi province Thailand. *Japan Journal of nursing science*, 7, 47-54.

Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness*. New York: Taylor & Francis.

Arkoff, A., Meredith, G. M., & Dubanoski, J. P. (2004). Gains in well-being achieved through retrospective-proactive life review

همانطور که در شکل ۱ مشخص است، تغییر در اصول پنج‌گانه‌ی رضایت‌مندی و مداخلات مناسب در حیطه‌های دوازده‌گانه‌ی زندگی افراد نهایتاً به افزایش عاطفه‌ی مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی منجر می‌شود.

در پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی وجود داشت. تعداد کم و غیرمعرف نمونه، اجرای پروتکل توسط خود پژوهشگر و دوره‌ی کوتاه پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بود که می‌تواند روایی داخلی و خارجی آن را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این نکات مورد توجه قرار بگیرد. با توجه به اینکه این روش درمانی کاملاً جدید و فوق‌العاده کاربردی است پیشنهاد می‌شود این پژوهش علاوه بر سالمندان بر جمعیت‌های مختلف دیگر انجام گیرد و از اصول و دستورات این مدل درمانی برای جمعیت‌های بالینی و غیربالینی استفاده شود.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه‌ی عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند صمیمانه تشکر می‌شود.

منابع

ابوالقاسمی، ف. (۱۳۸۲). *هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی هم‌زمان آن با مقایسه سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان* (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه اصفهان.

پاداش، ز.، فاتحی‌زاده، م.، و عابدی، م. ر. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱)، ۱۳۰-۱۱۵.

رستمی، م.، ابوالقاسمی، ع.، و نریمانی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۱)، ۱۱۷-۱۰۵.

سعادت، ه.، یونس، س. ج.، فروغان، م.، و لشنی، ل. (۱۳۹۲). اثربخشی گشتالت‌درمانی بر شادکامی سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۷(۲۹)، ۱۵-۷.

عباسی، ب.، کیمیگر، س. م.، شهیدی، ش.، محمدش رازی، م.، صادق‌نیت، خ.، پیاب، م.، ... و کریمی، ن. (۱۳۹۲). اثر دریافت مکمل منیزیم در بهبود سلامت روانی سالمندان مبتلا به بی‌خوابی: کار آزمایشی بالینی تصادفی دوسر کور. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۱)، ۱۹-۹.

by independent older women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 204-214.

Rodrigue, I., Mandelbort, D., & Pavlask, S. (2011). A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26, 709-715.

Frodastan, M., Askari, k., Noori, A., Abedi, M., & Botlany, S. (2013). Comparing the efficacy of quality of life therapy and cognitive behavioral therapy on chronic pain in the female patients in Esfahan. *Interdisciplinary Business Research*, 4(9), 555-567.

The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Positive and Negative Affect in Elderly Women

Maryam Zabet
Razi University

Khodamorad Momeni, Ph.D ✉
Razi University

Jahangir Karami, Ph.D
Razi University

Received: 2015.08.23

Accepted: 2015.12.26

There is established relationship between quality of life of and subjective wellbeing and mental health in elderly people .the purposes of this study was to investigate the effect of improving quality of life on positive affectivity on elderly women in Kermanshah. The method was quasi-experimental whit pretest-posttest and control group. The sample selected From 214 women that were a member of the Farzanegan daily elderly center in Kermanshah. 30 qualified women who were matched selected by using cluster sampling and then assigned to two experimental and control groups randomly (n=15). Older people who were in the experimental group receive quality of life therapy Intervention (one session per week).and control group did not. Demographic questionnaire, and positive and negative affectivity scale (Watson, 1991) were completed by members of the experimental and control groups in the pre, post and follow-up test. The results obtained from covariance analysis indicated that quality of life therapy is effective on positive and negative affectivity in elderly women ($P \leq 0.005$). The two-month follow-up test showed that intervention Achievements to increase positive affect and lower negative affect is maintained. Therefore it is recommended that this treatment can be used as a Supportive therapy by psychologists and Aging medicine practitioners.

Keywords: quality of life therapy, positive affectivity, negative affectivity, elderly

Maryam Zabet, Ph.D student in Psychology, Dept. of psychology, faculty of social sciences, Razi University, Kermanshah, I.R. Iran; Khodamorad Momeni, associate professor, Dept. of psychology, faculty of social sciences, Razi University, Kermanshah, I.R. Iran; Jahangir Karami, associate professor, Dept. of psychology, faculty of social sciences, Razi University, Kermanshah, I.R. Iran.

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Khodamorad Momeni, associate professor, Dept. of psychology, faculty of social sciences, Razi University, Kermanshah, I.R. Iran.
Email: khmomeni2000@yahoo.com