

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.

Methods: 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 selfrealization, autonomy and i 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

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 .

⁴. Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۳

اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی

مصطفی رضانی 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 نیمه‌آزمایشی 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 ($F=14/03$ ، $P=0/001$ و $Eta=0/43$) و مؤلفه کنترل ($F=4/67$ ، $P=0/041$ و $Eta=0/15$) تفاوت معناداری وجود دارد، اما در مؤلفه خودیابی، کامیابی 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.

کلید واژه‌ها: افسردگی غیربالینی، بهزیستی درمانی، کیفیت زندگی، سالمندان

^۱ گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). drhahadi@gmail.com

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

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 می کنند (اعظمی-آغداش، آقایی و صادقی بازرگانی، ۲۰۱۸). در ایران سالمندان ۶ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص داده اند که برآورد می شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲۶ درصد خواهد رسید (ساروخانی و همکاران، ۲۰۱۸).

از جمله شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلاتی که سالمندان با آن دست به گریبان هستند، افسردگی^۳ می باشد (فاریولی- و کیولی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). ویژگی اصلی اختلال های افسردگی این است که افراد ملالت^۵ یا غم توانگاهی را احساس می کنند، اما ظاهر شدن نشانه های افسردگی در افراد سالمند با نشانه های بزرگ سالان جوان تر تفاوت دارد. در افراد سالمند نشانه های تنی (بدنی) آشکارتر هستند. از این گذشته، افراد سالمند کمتر گزارش می کنند که دستخوش پریشانی روانی شده اند (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، مرگ و میر 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 می شود (کروکر^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). از دیگر سو، در سال های اخیر مفهوم کیفیت زندگی^۹ به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش های حوزه بهداشت روان مطرح بوده است (بونگرس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). با نگاهی به وضعیت گذشته و حال می توان 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 اندازه گیری می باشد (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 موقعیت های زندگی ایده آل فرد می باشد که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در وی برمی انگیزد (پرز-فلورس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰).

-
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

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 طرح‌ها و مداخلات متعددی بر اساس 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، شمسی پور 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 قابل تعمیم 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

1. Cognitive Behavioral Therapy
2. Espie
3. Levy
4. Watson & Telligen
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

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 سالمندان (زن و مرد) مقیم در سرای سالمندان «نشاط» شهر مشهد بود، که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین سالمندان تعداد ۲۸ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) جایگزین شدند.

حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ انتخاب و با استفاده از فرمول $n = \frac{p(1-p)(Z_{1-\alpha/2})^2}{d^2}$ تعیین

شد. ملاک‌های ورود به مطالعه علاوه بر رضایت و تمایل آزمودنی جهت شرکت در پژوهش، شامل سواد خواندن و نوشتن، افسردگی خفیف تا متوسط (کسب نمره ۵ تا ۸ الی ۹ تا ۱۱) و کیفیت زندگی پایین (کسب نمره ۲۸ و یا کمتر)، دامنه سنی ۶۵ الی ۸۵ سال و از لحاظ جسمانی نیز توانایی شرکت در تمامی جلسات برنامه آموزشی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل و رضایت آزمودنی، ابتلای سالمند به اختلالات شناختی مانند آلزایمر و یا فراموشی (کسب نمره بیشتر از ۷ در آزمون کوتاه شناختی، با توجه به اینکه شرط استفاده از ابزار افسردگی سالمندان نداشتن و اطمینان از فقدان اختلال شناختی می‌باشد)، ابتلای به بیماری‌های مزمن طبی مانند سرطان و غیبت بیش از ۱ جلسه از حضور در جلسات برنامه درمانی بود.

گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان بهزیستی به شیوه گروهی و به صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه با توجه به پروتوکل تدوین شده توسط ریف (۱۹۸۹) قرار گرفت (فاوا و همکاران، ۲۰۱۷)، اما گروه کنترل برنامه درمانی مذکور را دریافت نکرد. لازم به ذکر است که آموزش توسط یکی از روان‌درمانگران حوزه مثبت‌گرا و در یکی از اتاق‌های سرای سالمندان نشاط شهر مشهد و طی یک ماه 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:

مقیاس افسردگی سالمندان^۱: این مقیاس در سال ۱۹۸۲ توسط یسویگ^۲ و همکاران تدوین و شامل ۱۵ سؤال می‌باشد. فرم اولیه این مقیاس دارای ۳۰ سؤال و فرم کوتاه آن ۱۵ سؤال دارد. نمره گذاری سئوال‌ات به صورت بلی (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) انجام می‌شود. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۹۴ و پایایی آن را با روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس افسردگی زونگ و هامیلتون به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۹۵ است. کسب نمره ۴ و یا کمتر نشانگر عدم وجود افسردگی، نمره ۵ تا ۸ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۹ تا ۱۱ نشانگر افسردگی متوسط و نمره بین ۱۲ تا ۱۵ نشانگر افسردگی شدید است. این مقیاس در ایران توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) هنجاریابی و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰، تنصیف ۰/۸۹ و آزمون-بازآزمون ۰/۵۸ گزارش شده است.

مقیاس کیفیت زندگی سالمندان^۳: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط هاید^۴ و همکاران تدوین و دارای ۱۹ سؤال با ۴ مؤلفه شامل کنترل (۴ سؤال)، استقلال (۵ سؤال)، خودیابی (۵ سؤال) و کامیابی (۵ سؤال) می‌باشد. نمره گذاری سئوال‌ات به

1. geriatric depression scale (GDS)

2. Yesavage

3. control, autonomy, selfrealization & pleasure scale-19 (CASP-19)

4. Hyde

صورت لیکرت چهار درجه‌ای (اغلب اوقات نمره ۳ تا هرگز نمره صفر) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی در این ابزار صفر (کیفیت زندگی پایین) تا ۵۷ (کیفیت زندگی بالا) است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۹ و پایایی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط هروری و همکاران (۱۳۹۰) هنجاریابی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ و آزمون-بازآزمون برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است.

مقیاس کوتاه شناختی^۱: این مقیاس در سال ۱۹۷۲ توسط هادکینسون^۲ به صورت آزمونی ۱۰ سئوالی و براساس مقیاس ۳۷ سئوالی روث-هادکینز^۳ که امتیاز آن همبستگی خوبی با بیماری‌های پاتولوژیک مغزی در اتوپسی داشت، استخراج شد. این ابزار جهت یابی، تمرکز/توجه و حافظه کوتاه مدت و بلندمدت را می‌سنجد و برای غربالگری اختلالات شناختی در سالمندان کاربرد دارد. مجموع نمره از جمع نمرات مربوط به ۱۰ سئوال حاصل شده و عددی بین ۱۰-۰ می‌باشد. هرچه نمره مجموع پائین‌تر باشد، نشان‌دهنده اختلالات شناختی شدیدتر است. بختیاری و همکاران (۱۳۹۳) پایایی سئوالات این آزمون را در سالمندان ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ و نقطه برش بالاتر از ۷ را برای حساسیت ۰/۹۹ و ویژگی ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات بهزیستی درمانی

جلسه	خلاصه محتوای جلسات مداخله
یکم	آشنائی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد روند جلسات درمانی و توصیف بهزیستی روان‌شناختی و چگونگی ثبت لحظات تجربه بهزیستی در دفتر یادداشت اختصاص داده شده به هر عضو گروه و انجام پیش‌آزمون.
دوم	گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه‌های احتمالی لحظات بهزیستی و شرح مجدد نحوه نگارش و ثبت وضعیت و تجاری روزانه اعضا در مقیاس صفر تا صد، عدد صفر بیان‌گر عدم حضور و وجود بهزیستی و عدد یک‌صد، بیان‌گر حداکثر تجربه بهزیستی می‌باشد.
سوم	توضیح در مورد شناسائی، تشخیص افکار و باورهایی که منجر به تخریب بهزیستی روان‌شناختی می‌گردند و آموزش گروهی و ارائه تکلیف خانگی انفرادی و فعالیت‌های مرتبط به تک‌تک اعضا.
چهارم	بررسی افکار، باورها و نحوه خود نظارتی ثبت شده دفتر یادداشت روزانه افراد گروه به‌منظور شناسائی دقیق‌تر حوزه‌های بهزیستی افراد که تحت تاثیر افکار و باورها قرار گرفته می‌باشد.
پنجم	ادامه‌ی ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می‌شود، ارائه تکالیف طبقه‌بندی شده پیشرفته‌تر و تشویق و ترغیب اعضا در انجام تکالیف روزانه و همچنین، انجام برخی تکنیک‌ها و مداخلات شناخت درمانی توسط درمانگر.
ششم	ادامه موضوع جلسه قبل و تأکید مجدد بر خود نظارت‌گری و ترغیب مجدد اعضا در جهت جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب خوشایند و فعالتهای مطلوب.

1. abbreviated mental test score (AMTS)

2. Hodgkinson

3. Roth-Hodgkinson

هفتم در این مرحله درمانگر به شناسایی دقیق‌تری از اختلال احتمالی عملکرد و یا آشفتگی در هر یک از شش حوزه بهزیستی روان‌شناختی (براساس مدل ریف) افراد گروه نموده و به طور اختصاصی در همان حوزه‌های مشکل‌دار، مداخلات لازم جهت بازسازی شناختی و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی اعضا گروه را انجام می‌دهد.

هشتم آموزش مختصر موضوعات تکمیلی و پیشرفته تر لازم براساس مدل ریف جهت دست‌یابی به بهزیستی روان‌شناختی بالاتر، مرور و جمع‌بندی پایان جلسات.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۸ نفر در دو گروه وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. لازم به ذکر است که هیچکدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش، $6/23 \pm$ و $76/12$ و در گروه کنترل، $5/95 \pm$ و $76/17$ سال می‌باشد. بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات، $F(1,26) = 12/94$ ، $p = 0/18$ تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات متغیر وابسته در مراحل مختلف سنجش در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مراحل مختلف سنجش در دو گروه

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
کنترل	آزمایش	۱۴	۷/۲۱ ± ۳/۰۲	۹/۴۳ ± ۲/۴۷	۹/۵۰ ± ۲/۴۹
	کنترل	۱۴	۶/۹۳ ± ۲/۹۷	۶/۲۱ ± ۱/۸۵	۶/۱۹ ± ۲/۰۰
استقلال	آزمایش	۱۴	۸/۴۳ ± ۲/۱۵	۱۰/۶۴ ± ۲/۲۷	۹/۹۳ ± ۲/۲۳
	کنترل	۱۴	۱۰/۵۷ ± ۳/۱۱	۹/۷۹ ± ۳/۱۲	۹/۲۱ ± ۲/۸۸
خودیابی	آزمایش	۱۴	۹/۰۷ ± ۱/۵۰	۱۱/۸۶ ± ۲/۰۶	۱۱/۸۹ ± ۲/۲۱
	کنترل	۱۴	۱۰/۲۹ ± ۲/۴۳	۹/۶۰ ± ۱/۷۶	۹/۶۴ ± ۲/۵۰
کامیابی	آزمایش	۱۴	۱۲/۳۶ ± ۲/۳۴	۱۴/۲۹ ± ۲/۹۵	۱۵/۰۰ ± ۳/۰۷
	کنترل	۱۴	۱۱/۶۴ ± ۲/۶۲	۱۱/۰۷ ± ۲/۸۷	۱۱/۱۴ ± ۲/۴۰
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۴	۳۷/۰۷ ± ۹/۰۱	۴۶/۲۲ ± ۹/۷۵	۴۶/۳۲ ± ۱۰/۰۰
	کنترل	۱۴	۳۹/۴۳ ± ۱۱/۱۳	۳۶/۶۷ ± ۹/۶۰	۳۶/۱۸ ± ۹/۶۸

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با $37/07$ و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برابر با $46/22$ و $46/32$ است. اما میانگین این متغیر در آزمودنی‌های گروه کنترل در مراحل مختلف سنجش تغییر محسوسی را نشان نداده است (به ترتیب $39/43$ در برابر $36/67$ و $36/18$). اطلاعات مربوط به هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه به تفکیک در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های پیش فرض آزمون تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر

متغیر	کرویت موشلی	آزمون ام-باکس	آزمون لوین	لامبدای ویلکز	آزمون اپسیلون
ضریب p	ضریب p	ضریب p	ضریب p	ضریب p	ضریب p
حد	هوپنه	هاوس-گیسر	فلدت	پایین	پایین

کیفیت زندگی	۰/۷۳	۰/۰۴	۱۰/۰۶	۰/۲۳۶	۰/۰۳	۰/۸۵۱	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷	۰/۷۴۸	۰/۵۰۰
-------------	------	------	-------	-------	------	-------	------	-------	-------	-------	-------

همان گونه که اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد تمامی پیش فرض های کیفیت زندگی اعم از برابری واریانس خطای دو گروه (آزمون لوین)، برابری ماتریس های کوواریانس- واریانس (آزمون ام باکس)، کروی بودن ماتریس های کوواریانس- واریانس (کرویت موشلی) و معناداری چندمتغیره تفاوتها (لامبدای ویلکز) برقرار است. لازم به ذکر است که در کیفیت زندگی کروی بودن ماتریس های کوواریانس- واریانس رد شد. بنابراین به دلیل تخطی از این پیش فرض در این شرایط از سه گزینه پیشنهادی آزمون گرین هاوس- گیسر محافظه کارتر از دو مورد دیگر است. لذا در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون های اثرات درون آزمودنی ها از این آماره استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه گیری مکرر تأثیر بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با معیار گرین هاوس- گیسر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
کنترل	زمان (مرحله)	۳۴/۶۰	۱/۴۳	۲۴/۲۱	۷/۳۷	۰/۰۰۵	۰/۲۲
	زمان*گروه	۷/۳۶	۱/۴۳	۵/۱۵	۳/۵۷	۰/۰۳۱	۰/۱۱
	خطا	۱۲۲/۰۵	۳۷/۱۶	۲/۲۹	-	-	-
	گروه	۷۸/۱۱	۱/۰۰	۷۸/۱۱	۴/۶۷	۰/۰۴۱	۰/۱۵
	خطا	۴۳۴/۸۸	۲۶/۰۰	۱۶/۷۳	-	-	-
استقلال	زمان (مرحله)	۲/۶۷	۱/۴۵	۱/۸۴	۰/۴۷	۰/۵۶۷	۰/۰۲
	زمان*گروه	۵/۴۳	۱/۴۵	۳/۷۴	۰/۹۶	۰/۳۶۷	۰/۰۴
	خطا	۱۴۷/۲۴	۳۷/۷۸	۳/۹۰	-	-	-
	گروه	۷۲/۴۳	۱/۰۰	۷۲/۴۳	۳/۲۶	۰/۰۸۳	۰/۱۱
	خطا	۵۷۸/۴۸	۲۶/۰۰	۲۲/۲۵	-	-	-
خودبایی	زمان (مرحله)	۱۳/۳۱	۱/۳۱	۱۰/۱۵	۱/۸۵	۰/۱۸۲	۰/۰۷
	زمان*گروه	۱۱/۱۷	۱/۳۱	۸/۵۱	۱/۵۵	۰/۲۲۷	۰/۰۶
	خطا	۱۸۷/۵۲	۳۴/۱۱	۵/۵۰	-	-	-
	گروه	۳۷/۳۳	۱/۰۰	۳۷/۳۳	۱/۹۹	۰/۱۷۱	۰/۰۷
	خطا	۴۸۸/۹۱	۲۶/۰۰	۱۸/۸۰	-	-	-
کامیابی	زمان (مرحله)	۳/۱۷	۱/۵۱	۲/۱۰	۰/۵۷	۰/۵۲۴	۰/۰۲
	زمان*گروه	۱/۰۲	۱/۵۱	۰/۶۸	۰/۱۸	۰/۷۷۱	۰/۰۱
	خطا	۱۴۵/۱۴	۳۹/۱۷	۳/۷۱	-	-	-
	گروه	۰/۱۹	۱/۰۰	۰/۱۹	۰/۰۱	۰/۹۱۱	۰/۰۱
	خطا	۳۸۹/۷۱	۲۶/۰۰	۱۴/۹۹	-	-	-
تفاوت	زمان (مرحله)	۱۲۴۴/۱۳۳	۱/۳۹۶	۸۹۱/۳۶۵	۴۵/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
	زمان*گروه	۱۱۵۲/۱۳۳	۱/۳۹۶	۸۲۵/۴۵۲	۴۲/۰۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰۰

-	-	-	۱۹/۶۲۶	۲۵/۱۲۴	۴۹۳/۰۶۷	خطا
۰/۴۳۸	۰/۰۰۱	۱۴/۰۳۰	۱۶۶۴/۲۶۷	۱	۱۶۶۴/۲۶۷	گروه
-	-	-	۱۱۸/۶۱۹	۱۸	۲۱۳۵/۱۳۳	خطا

بر اساس نتایج جدول ۴ سطح معناداری تحلیل واریانس با روش اندازه گیری مکرر نشان می‌دهد که تکرار آزمون یعنی تفاوت میانگین متغیر کیفیت زندگی کل و مؤلفه کنترل در سه مرحله اندازه گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار است. همچنین، تعامل تکرار آزمون و متغیر آزمایشی (بهزیستی درمانی) تفاوت میانگین متغیرهای کیفیت زندگی و مؤلفه کنترل در گروه آزمایش و کنترل را در سه مرحله اندازه گیری معنادار نشان داده است. به عبارتی، تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (۴۵/۴۱۹)، تعامل گروه و زمان (۴۲/۰۶) و عامل بین گروهی (آزمایش و کنترل) (۱۴/۰۳) در متغیر کیفیت زندگی معنادار است و میزان تأثیر بین گروهی برابر با ۰/۴۳ است. همچنین، تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (۷/۳۷)، تعامل گروه و زمان (۳/۵۷) و عامل بین گروهی (۴/۶۷) در مؤلفه کنترل معنادار است و میزان تأثیر بین گروهی ۰/۱۵ است. بنابراین، می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و مؤلفه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد.

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^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، ریف (۲۰۱۹)، مورنو^۲ و همکاران (۲۰۱۸) و چن^۳ 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.

1. Franken
2. Moreno
3. Chen

همچنین یافته این مطالعه با نتایج مطالعات پیشین مانند نتایج مطالعه پژوهشگر و همکاران (۱۳۹۸)، پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵)، لیانو^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، تریل^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، لیکلایر^۳ و همکاران (۲۰۱۸) همسو می باشد. در ادامه تبیین اثربخشی درمان بهزیستی بر کیفیت زندگی و مؤلفه کنترل می توان گفت که افزایش احساسات مثبت و بهزیستی مراجعین در این درمان سبب وسیع تر شدن پتانسیل بالقوه فکر-عمل آدمی و بهبود عملکرد شخص می شود. 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 می شود و تغییرات در روابط بین فردی منجر به بازخورد مثبت از طرفیان می گردد و این همه به نوبه خود بر روی احساس ارزشمندی و توانایی کنترل مراجع اثرگذار است. همچنین، می توان گفت فردی که بهزیستی بالاتری دارد در مقابله با مشکلات از مهارت های شناختی بالاتری برای حل مشکلات استفاده می کند. بهزیستی روان شناختی 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 می گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت های شناختی برای مقابله با مشکل استفاده کند.

یکی از محدودیت های این پژوهش این بود که جامعه مورد پژوهش را سالمندان مقیم در سرای سالمندان تشکیل دادند و از آنجایی که متغیرهای فرهنگی-اجتماعی در شکل دهی به کیفیت زندگی و قضاوت افراد در خصوص آن تأثیرگذار می باشند، بنابراین لازم است در تعمیم یافته ها به دیگر جمعیت های جامعه جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، از دیگر محدودیت ها 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 می تواند در مراکز مشاوره و خدمات روان شناسی به سالمندان و خانواده های دارای سالمند و همچنین، مراکز نگهداری از سالمندان و نیز سازمان بهزیستی در جهت افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه های آن در خصوص این قشر از جامعه و نیز افزایش سلامت روانی آن ها 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 حمایت های روانی به کار گرفته شده در زمینه سالمندان به کارگیری این شیوه درمانی در قالب طرح های تک آزمودنی، آزمایشی و مقایسه ای ضروری به نظر می رسد.

1. Lianov
2. Terrill
3. Leclair

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, 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](#)]