

اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی شادکامی، و امید به زندگی سالمندان

The Effect of Schema Therapy of Psychological Wellbeing and Happiness and Hope in the Elderly

Dr. Akbar Mohammadi

Assistant Prof. Dept. of Psychology, Garmsar Branch,
Islamic Azad University, Garmsar, Iran

دکتر اکبر محمدی

استادیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

psychic2006@gmail.com

چکیده

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effect of schema therapy training on psychological well-being, happiness and life expectancy of the elderly. The population of this study included allelderly Varamin in 2016. This research was quasi-experimental with pre-test and post-test design and with experimental and control groups that 30 of elderly (each group 15 person) were selected methodmultistage sampling and randomly assigned to two groups. The experimental group received 10 sessions of 70 minutes educated by schema therapy training and control group didn't receive any education. All groups completed the by the Oxford happiness questionnaire (Argyle and Lu, 1990), a questionnaire psychological well-being and questionnaires life expectancy Schneider as pre-test and posttest completed. Data using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and (ANCOVA) with the help of software SPSS-19 were analyzed. Results showed that schema therapy training and control groups in all three happiness, well-being there was a significant difference in life expectancy psychological and seniors. Schema therapy also significantly increases the happiness of education, psychological well-being and life expectancy were elderly. According to the findings, counselors, therapists, clinical psychologists can Schema Therapy training methods to promote happiness and mental health and their life expectancy.

Keywords: schema therapy, happiness and Psychological Wellbeing, hope, elderly

هدف: طرحواره درمانی به عنوان یک روش رایج در ارتقا بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی شناخته شده است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ورامین انجام گردید. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ورامین در سال ۱۳۹۵ بودند. که از میان آنان ۳۰ سالمند به روش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به طور تصادفی در ۲ گروه (هر گروه ۱۵ سالمند) شامل گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش ۱۰ جلسه (هر جلسه ۶۰ دقیقه) با روش آموزش طرحواره درمانی آموزش دیدند. همه گروه‌ها پرسشنامه شادکامی آرگایل ولو، بهزیستی روانشناختی ریف و امید به زندگی اشتایدر را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS به روش‌های تحلیل چند متغیری و کوواریانس تک متغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی گروه آزمایش برخلاف گروه کنترل در مراحل پس آزمون به طور معناداری افزایش یافته است. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد روش طرحواره درمانی توانست بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان را افزایش دهد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمان گران از این روش‌ها برای بهبود بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، بهزیستی روانشناختی، شادکامی، امید به

زندگی، سالمندان

مقدمه

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از سن ۶۰ سالگی آغاز شده و در آن تغییراتی در شکل و عملکرد اندامهای درونی و بیرونی بدن رخ می‌دهد. این دوران، به عنوان دورانی حساس از زندگی بشر محسوب می‌گردد و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (وحدانی نیا، گشتاسبی، منتظری و مفتون، ۸۴). علاوه بر تعداد، نسبت افراد 60 ساله و بالاتر در حال افزایش است. تعداد سالمندان از سال 1950 به بعد، به طور تقریبی از 130 به 419 میلیون نفر در سال 2000 افزایش یافت، اگر چه این تعداد و نسبت در مناطق مختلف جهان تفاوت دارد. در کشور ایران نیز، طبق سرشماری سال 1385، حدود 5 میلیون نفر از جمعیت بالای 65 سال سن داشتند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳).

سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماریها و مرگ تبدیل می‌کند (یانگ و کوکران، 2005). مهم‌ترین بیماری‌های روانی سالمندان به ترتیب عبارتند از: 1- اختلالات افسردگی 2- اختلالات شناختی 3- حالت ترس 4- اعتیاد 5- خودکشی (هاومن نایس و دی گروت، 2003). از میان این موارد، یکی از مشکلات شایع بهداشت، روانی سالمندان، افسردگی می‌باشد (گلاسمر، ریدل هلر، براهلر، اسپنگنبرگ و لوپا، ۲۰۱۱). بالا بودن شیوع افسردگی باعث بالا رفتن میزان خودکشی در سالمندان بویژه در مردان شده است (پور افکاری، ۱۳۷۶). یأس، خود، ممکن است سرمنشأ بسیاری از مشکلات روانی دیگر، از جمله افسردگی باشد. آنچه دانش امروزی به آن توجه می‌کند، تنها طولانی کردن زندگی نیست؛ بلکه تلاش بر این است که سال‌های پایانی عمر انسان، در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود. در صورتی که چنین بستری مهیا نشود، پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تر، با نتایج مخاطره آمیزی روبه رو خواهد شد (برک، ۲۰۰۷). از سویی محققان به طور کلی پی برده‌اند که سالمندان امید کمتری را تجربه می‌کنند، آن‌ها اظهار داشته‌اند که سطح امید در سالمندان پایین‌تر از افراد دیگر است. امید حالت انگیزشی مثبت و ذهنی مبتنی بر برنامه ریزی برای رسیدن به هدف است که محصول تعامل فرد با محیط می‌باشد (اسنایدر، ریسچل، روید و برگ، ۲۰۰۶).

شادکامی مجموع لذت‌ها منهای دردها و ترکیبی از حداکثر عاطفه مثبت به اضافه حداقل عاطفه منفی است. شادکامی حالت عاطفی مثبت است که با خشنودی، شادی، لذت و خرسندی مشخص می‌شود. این حالت با خود صفات و علائمی از جمله داشتن باورهای مثبت درباره‌ی زندگی، هیجان مثبت و فقدان هیجان منفی به همراه دارد. افراد شاد کام عموماً شاد و خوشبین و سلم بوده و از این وجود دارند راضی‌اند، زندگی را با ارزش می‌دانند و با جهان در صلح و تفاهم هستند (کوهن، ۲۰۰۹ و اندرسون، ۲۰۰۸). در واقع، شادکامی، در کنار عوامل محیطی و ژنتیکی نقش برجسته‌ای در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، بهزیستی ذهنی، سلامت ادراک شده و بروز بیماری جسمانی دارد (رویسامب، ریچبورن، نیال و هریس، ۲۰۰۳). تحقیقات همچنین نشان داده است که خوش‌بینی و مثبت‌گرایی در مقابله با فشارهای زندگی و غلبه بر نامایمات روانی - اجتماعی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت، اصلاح سبک زندگی و در نهایت کاهش بروز بیماری‌های جسمانی و روانشناختی تأثیر مهمی دارد (روبرتز، گیونز، جرالند و آلت، ۲۰۱۱). طبق شواهد، احساس شادکامی مولد انرژی، شور، نشاط، حرکت و پویایی است همچون سپری می‌تواند آدمی را در برابر استرسها و مشکلات محافظت و سلامت جسمی و روانی را تضمین کند (هیلز و آرگیل، ۲۰۰۹). مطالعات نشان می‌دهد که اگر سلامت روانی افراد دچار مشکل شود، نه تنها زندگی فردی شخص را مشکل روبرو می‌سازد بلکه سایر افرادی که با او در تعامل هستند، نیز از این آسیب در امان نخواهند بود. در این میان افراد سالمند به علت بالا بودن سن و ناتوانی‌هایی که در ابعاد جسمی و روانشناختی پیدا می‌کنند، بیشتر مستعد ناراحتی‌های روانی و مشکلات سلامت روان هستند. اختلال‌های روانشناختی در سالمندان عواقب نامطلوب بسیاری دارد و علاوه بر افزایش میزان ناتوانی جسمانی آن‌ها، یکی از علل افسردگی و ناامیدی در بین سالمندان است. چشم اندازی

که افراد در دوره سالمندی پیش روی خود دارند، مرگ است و احساس می کنند هدفی برای تلاش کردن ندارند، و دچار ناامیدی و افسردگی می شوند (میکاییلی منبع، ۱۳۸۹). یکی از روش های درمانی مؤثر بر سالمندان، بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی، طرحواره درمانی است. در این رویکرد طرحواره همان الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره ها، هیجان و شناخت واره ها و احساس های بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تداوم دارند (پینتو، کاستیلهو، گالهاردو و کنها، ۲۰۰۶). به نظر یانگ، چون طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تأکید می کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و بهبود شادکامی و سلامت است (یانگ، کلاسکو و ویشر، ۲۰۰۳) طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه فراهم می کند و بر پایه درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه ترکیب می کند. طرحواره درمانی بر ریشه های تحولی مشکل های روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک ها برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار تأکید دارد (رینر، لوبستال، ژیتز، آرنتر و هیوبرز، ۲۰۱۲).

به طور خلاصه نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی سالمندان بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش بهزیستی روانشناختی تیم (۲۰۱۰)، در مطالعه خود نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه مسبب نشانه های بیماری است. بنابراین با طرحواره درمانی می توان نشانه های اختلال شخصیت را کاهش و سلامت روان را افزایش داد. همچنین محمدی نژادی بهجت و ربیعی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه شده است. علاوه بر آن در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش شادکامی عاشوری، عرب سالاری، شیرکوند و خوشنود (۱۳۹۴) ضمن پژوهشی با عنوان تأثیر طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار شادکامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است. و نیز پناه علی، شفیع آبادی و نورانی پور (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش معنادار شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز شده است (،). و نیز در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش امید به زندگی فسقری (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه طرحواره های ناکارآمد، امید به زندگی. جهت گیری مذهبی مادران دارای فرزند پسر کم توان ذهنی و کودکان عادی انجام داد. و به این نتیجه رسید که بین امید و طرحواره های ناکارآمد رابطه وجود دارد. همچنین وی و مالینکروت (۲۰۰۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و امید ارتباط وجود دارد. به عبارتی مادرانی که طرحواره دیگر جهت مندی برخوردارند امید بیشتری دارند. با توجه به مرور پیشینه و اینکه سالم پیر شدن حق همه افراد است، هدف این پژوهش تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی در سالمندان بود.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ورامین جهت دریافت خدمات بهداشتی در سال ۱۳۹۵ بود. حداقل حجم نمونه در مطالعات مداخله ای برای هر گروه ۱۵ نفر می باشد. در این پژوهش ۳۰ نفر سالمند با توجه به ملاک های ورود به پژوهش و به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب و

به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. گروه‌ها پیش از مداخله و پس از مداخله، از نظر شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. با رعایت اصل رازداری و دادن اطمینان به آزمودنی‌ها در این زمینه، برای اندازه‌گیری شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی از ابزار زیر استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)) که توسط آرگایل و لو (Argyle & Lu) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۹ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه‌های آن و میانگین گرفتن از آنها به دست می‌آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی می‌باشد، آنان اعتبار ابزار مذکور را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در کشور ما این ابزار توسط علی پور و نوربالا ترجمه شد. آنان اعتبار آن را با روش دونیمه کردن ۰/۹۲ گزارش کردند و روایی آن را با نظر متخصصان تأیید نمودند (زارعی، ۲۰۱۰).

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹)، برای سنجش بهزیستی روانشناختی ساخته شده است. در سال ۲۰۱۲ کلانتر کوشه و نواربافی در جمعیت ۸۶۰ نفری پرسشنامه روانشناختی ریف را هنجاریابی نمودند که آلفای گزارش شده برای کل ۰/۹۲ گزارش شد. لازم به ذکر است پرسشنامه اریف در ابتدا به زبان پارسی برگردانده شد و پس از انجام اصلاحات به زبان انگلیسی برای بار دوم ترجمه گردید. سپس نسخه ترجمه شده آن با نسخه اصلی آن مطابقت داده شد. براساس گزارش کلانتر کوشه و نواربافی (۲۰۱۲) پرسشنامه مذکور از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

پرسشنامه امید به زندگی: برای اندازه‌گیری امید به زندگی از پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (کریمیان، ۱۳۹۱). اشنايدر و همکاران همسانی درونی کل این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۹۵ تا ۰/۹۷ درصد گزارش شد.

برنامه مداخله: برنامه مداخله طرحواره درمانی شامل ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود. محتوی ۱۰ جلسه گروه آزمایش به شرح زیر می‌باشد. در جلسه اول بعد از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورت بندی شد. در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد ننده طرحوارهها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگ سال سالم در ذهن بیمار تقویت شد. نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به

صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد. لازم به ذکر است که داده‌ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و در سطح استنباطی رعایت پیش فرض‌های لازم از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) با استفاده از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

یافته‌ها

پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانسها برقرار است. لذا قبل از انجام تحلیل کوواریانس، موارد فوق مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول‌های زیر بیان شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	تعداد	بهزیستی روانشناختی		شادکامی		امید	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
		SD	M	SD	M	SD	M
آزمایش	۱۵	0/63	1/69	0/78	3/71	0/61	1/72
کنترل	۱۵	0/58	1/84	0/60	1/81	0/60	1/77

همان طور که در جدول شماره (۱) دیده می‌شود، در این جدول اندازه نمونه، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید، قبل از شروع مداخله و پس از مداخله نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می‌کنید میانگین گروه‌ها در مرحله پیش آزمون تفاوت قابل توجهی ندارند. با نگاهی به میانگین نمره‌های پس آزمون می‌توان گفت میانگین پس آزمون بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است.

جدول (۲) نتایج نرمال بودن متغیرهای وابسته بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

متغیرها	گروه‌ها	آماره	Df	P.Value
بهزیستی روانشناختی	آموزش طرحواره درمانی	0/135	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	0/127	۱۵	۰/۲۰۰
شادکامی	آموزش طرحواره درمانی	0/177	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	0/151	۱۵	۰/۲۰۰
امید	آموزش طرحواره درمانی	0/94	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	0/152	۱۵	۰/۲۰۰

همان طور که در جدول (۲) دیده می‌شود، نتایج نشان داد که فرض نرمال بودن برای هر یک از متغیرهای وابسته برقرار است. چون اگر مقدار P.Value بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، فرض نرمال بودن تأیید می‌شود، بنابراین این مفروضه تأیید می‌شود.

جدول (۳) نتایج ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس و برابری واریانس‌ها

آزمون‌ها	متغیر	آماره	df1	df2	P.Value
آزمون M باکس	کلی	13/339	۶	۵۶۸/۳۰۲	0/076
	بهزیستی روانشناختی	2/743	۱	۲۸	0/109
آزمون لوین	شادکامی	2/282	۱	۲۸	0/142
	امید	3/03	۱	۲۸	0/093

همان طور که در جدول (۳) دیده می‌شود، نتایج آزمون M باکس معنادار نیست که این امر نشان می‌دهد ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته در بین سطوح مختلف متغیر مستقل برابرند. چون اگر مقدار P.Value بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، فرض برابری تأیید

می‌شود، بنابراین این مفروضه تأیید می‌شود. همچنین نتایج آزمون لوین معنادار نیست که این امر هم نشان می‌دهد که واریانس متغیرهای وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل برابرند. چون اگر مقدار **P.Value** بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، فرض برابری تأیید می‌شود، بنابراین این مفروضه هم تأیید می‌شود. از آنجایی که مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تأیید شدند، لذا می‌توان از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده کرد.

برای بررسی این که آیا متغیرهای مستقل از لحاظ آماری اثر معناداری بر متغیر وابسته داشته است و سپس این نکته را بررسی می‌کنیم که آیا متغیرهای مستقل بر یک متغیر وابسته اثر معنادار داشته یا بر هر سه متغیر وابسته (بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید) اثر معناداری داشته است. برای بررسی اینکه آیا متغیر مستقل از لحاظ آماری اثر معناداری بر متغیر وابسته داشته از نتایج آزمون چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج آزمون چند متغیری

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	آماره F	P.Value	مجذور اِتا
	اثر پیلائی	0/970	250/375	۰/۰۰۰۵	0/970
	لامبدای ویلکز	0/030	250/375	۰/۰۰۰۵	0/970
آموزش طرحواره درمانی	اثر هاتلینگ	32/658	250/375	۰/۰۰۰۵	0/970
	بزرگ‌ترین ریشه روی	32/658	250/375	۰/۰۰۰۵	0/970

همان طور که در جدول (۴) دیده می‌شود، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته اثر معنادار گذاشته است. در پژوهش‌ها معمولاً نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می‌شود اما از آنجایی که آزمون اثر پیلائی توان بالاتری دارد بهتر است از آزمون اثر پیلائی استفاده شود. بنابراین از روی ارزش مجذور اِتا آزمون اثر پیلائی (0/970) می‌توانیم معین کنیم که متغیر مستقل 97 درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. از آنجایی که آزمون چند متغیری معنادار است، می‌توان به ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته ادامه داد.

فرضیه نخست: روش آموزش طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی سالمندان مؤثر است.

جدول (۵) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و کنترل بر بهزیستی روانشناختی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P.Value	مجذور اِتا
پیش آزمون	9/565	۱	9/565	52/812	۰/۰۰۰۵	0/662
گروه	23/533	۱	23/533	129/941	۰/۰۰۰۵	0/828
واریانس خطا	4/890	۲۷	0/181			
واریانس کل	263/982	۳۰				
واریانس کل اصلاح شده	34/791	۲۹				

همان طور که در جدول (۵) دیده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اِتامی توان گفت 82/8 درصد تغییرات در بهزیستی روانشناختی ناشی از تأثیر آموزش طرحواره درمانی است ($F=129/941$ ، $P\leq 0/0005$).

فرضیه دوم: روش آموزش طرحواره درمانی بر شادکامی سالمندان مؤثر است.

جدول (۶) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و کنترل بر شادکامی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
پیش آزمون	12/304	۱	12/304	246/403	۰/۰۰۰۵	0/901
گروه	28/666	۱	28/666	574/087	۰/۰۰۰۵	0/955
واریانس خطا	1/348	۲۷	0/050			
واریانس کل	270/767	۳۰				
واریانس کل اصلاح شده	40/746	۲۹				

همان طور که در جدول (۶) دیده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اِتامی توان گفت ۹۵.۵ درصد تغییرات در شادکامی ناشی از تأثیر آموزش طرحواره درمانی است ($F=574/087, P \leq 0/0005$).

فرضیه سوم: روش آموزش طرحواره درمانی بر امید سالمندان مؤثر است.

جدول (۷) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و کنترل بر امید به زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
پیش آزمون	1/769	۱	1/769	7/883	0/0005	0/226
گروه	16/941	۱	16/941	75/479	0/0005	0/737
واریانس خطا	6/060	۲۷	0/224			
واریانس کل	240/835	۳۰				
واریانس کل اصلاح شده	24/450	۲۹				

همان طور که در جدول (۷) دیده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اِتامی توان گفت ۷۳/۷ درصد تغییرات در امید ناشی از تأثیر آموزش طرحواره درمانی است ($F=75/479, P \leq 0/0005$).

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش طرحواره درمانی بر شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ورامین جهت دریافت خدمات بهداشتی انجام شد. نتایج نشان داد طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی سالمندان در مرحله پس آزمون شد.

نتایج این پژوهش در زمینه بهزیستی روانشناختی با پژوهش‌های (تیم، ۲۰۱۰؛ محمدی نژاد و ربیعی، ۱۳۹۴)، در زمینه شادکامی با پژوهش‌های (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۴؛ پناه علی و همکاران، ۱۳۹۲) و در زمینه امید به زندگی با پژوهش‌های (فسنقری، ۱۳۹۴؛ وی و مالینکروت، ۲۰۰۳) همسو بود. برای مثال در بحث اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی تیم (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه مسبب نشانه‌های بیماری است. بنابراین با طرحواره درمانی می‌توان نشانه‌های اختلال شخصیت را کاهش و سلامت روان را افزایش داد. همچنین محمدی نژاد بهجت و ربیعی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار بهزیستی روانشناختی شده است. در بحث اثر بخشی طرحواره درمانی بر شادکامی عاشوری و همکاران به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار شادکامی شده است. و نیز پناه علی و همکاران به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش معنادار شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز شده است. علاوه بر آن در بحث اثر بخشی طرحواره درمانی در افزایش امید به زندگی فسنقری به این نتیجه رسید که بین امید و طرحواره های ناکارآمد رابطه وجود دارد. همچنین وی و مالینکروت ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و امید ارتباط وجود دارد. به عبارتی مادرانی که طرحواره دیگر جهت مندی برخوردارند امید بیشتری دارند. رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در سالمندان و با اثر کردن بر طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است و همچنین تمرکز بر روی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد بیماران که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند، توانسته است بر روی تغییر طرحواره های ناسازگار سالمندان تأثیر گذاشته و منجر به افزایش شادکامی آنها شود. تبیین دیگر برای این یافته روش آموزش طرحواره درمانی علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره های ناسازگار، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران در

سالهای کودکی می‌شود. از سویی توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند. و باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می‌شود. همچنین هنگامی که افراد تمام تکنیک‌ها و آموزش‌ها را به خوبی فرا می‌گیرند، این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا افراد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آنها را بپذیرد. همچنین این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا افراد با سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار فراهم سازد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و داشتن تنها یک روش درمانی بود. محدودیت دیگر استفاده از ابزار خود گزارش دهی برای سنجش شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی بود. ممکن است افراد هنگام تکمیل آنها خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر محدود شدن نمونه‌ها به سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ورامین جهت دریافت خدمات بهداشتی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثر بخشی این روش با سایر روش‌های درمانی بپردازند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزار دقیق‌تر مانند مصاحبه یالینی برای ارزیابی شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی استفاده کنند. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در بین سالمندان سایر شهرها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش طرحواره درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین با توجه به معنادار شدن نتایج در مرحله پیگیری با فواصل زمانی طولانی‌تر صورت گیرد تا میزان اثر گذاری نتایج در بلند مدت به طور دقیق‌تری بررسی شوند.

نتایج این پژوهش نشان داد که روش طرحواره درمانی در پس آزمون باعث افزایش معنادار بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی شده است. لذا می‌توان گفت که طرحواره درمانی به عنوان یک روش مؤثر در افزایش بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد؛ بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند برای افزایش بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی از روش طرحواره درمانی استفاده کنند با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش‌های مذکور می‌توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند شادکامی، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی را افزایش دهند.

منابع

- پناه علی، امیر؛ شفیع آبادی، عبدالله و نورانی پور، رحمت الله. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز. *مجله زن و مطالعات خانواده*. ۵(۱۹): ۹۳-۷۷.
- پورافکاری، نصرت الله (۱۳۷۶)، *نشانه شناسی بیماریهای روانی*. انتشارات ذوقی تبریز.
- زارعی، اقبال. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزند پروری والدین با ارتکاب نوجوان به رفتارهای پر خطر بر اساس مقیاس کلونیگر. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۳(۱۸): ۲۲۴-۲۲۰.
- عاشوری، جمال؛ عرب سالاری، زهرا؛ شیرکوند، ناصر و خوشنود، قاسمعلی. (۱۳۹۴). تأثیر طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*. ۱(۳): ۱۸-۸.

فسنقری، حمید. (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره های ناکارآمد، جهت گیری مذهبی و امید به زندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با مادران دارای فرزند عادی، همایش بین المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی، استانبول، موسسه سفیران فرهنگی مبین، -
<http://www.civilica.com>

محمدی نژادی، بهجت و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه. *مجله طب انتظامی*. ۳(۳): ۱۹۰-۱۷۹.

میکائیلی منیع، ف. (۱۳۸۹). مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران دانش آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. وحدانی نیا، مریم؛ گشتاسی، آریتا؛ منتظری، علی و مفتون، فرزانه. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه جمعیتی. *فصلنامه پایش*. ۴(۲): ۱۰-۱۱۳.

- Andersson, P. (2008). Happiness and health: Well-being among the self-employed. *Journal of Socio-Economic*, 37(1): 213-236.
- Berk LE. (2007). *Development Through the Lifespan*. 4th ed. Tehran: Arasbaran Publication.
- Cohn, M. A., B. L. Fredrickson, et al. (2009). Happiness unpacked: *positive emotions increase life satisfaction by building resilience*, *Emotion* 9(3): 361.
- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., & Lupp M. (2011), Age-and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Journal of International psychogeriatrics*; 23(8):1294-1300.
- Havm-Nies A., de Groot LC. (2003), Dietary quality, *lifestyle factors and healthy aging*, 32 (4): 427-34.
- Hills, P., & Argyle, M. (2009). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Journal of Personality and individual differences*, 31(8), 1357-1364.
- Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. (2006): Early maladaptive schemas and social phobia. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 30(5): 571-84.
- Renner F, Lobbstaal J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3): 581-90.
- Roberts ME, Gibbons FX, Gerrard M, Alert MD. (2011). Optimism and adolescent perception of skin cancer risk. *Journal of Health Psychol*, 30(6):810-3.
- Roysamb E, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T, Neale MC, Harris JR. (2003). Happiness and health: environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Pers Soc Psychol*, 85:1136-1146.
- Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Ravid, L. K., Berg, C. J. (2006). Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1): 33-46.
- Thimm JC. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behav Ther & Exp Psychiatry*, 41(1): 52-9.
- Wei M, Heppner pp, Mallinckrodt B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling psychology*, 50(4):438-447.
- World health organization. Health care for the elderly. Geneva: WHO; 2003.
- Young H. M., Cochrane B. B. (2005), Health aging for older women. *Nurs clin North Am*, 39 (1): 131-43.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford Press*.