

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۲۰

نظام‌الدین قاسمی*، محمدباقر کجباف**، مهدی ربیعی***

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان افراد انجام شده است.

روش: طرح پژوهش از نوع شبه تجربی با گروه آزمایش، گواه و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره بود که از بین آنان به روش نمونه گیری تصادفی ۲۴ نفر که از لحاظ سلامت روانی و بهزیستی ذهنی پایین بودند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش، مداخلات ۱۰ جلسه‌ای را به صورت گروهی دریافت و افراد گروه گواه، در لیست انتظار قرار گرفتند. به کمک ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های سلامت روان، مقیاس عاطفه مثبت و منفی و مقیاس رضایت از زندگی از هر دو گروه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو و نیم ماهه به عمل آمد. از روش‌های آمار توصیفی و کواریانس جهت تجزیه و تحلیل اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی افسردگی، نشانه‌های جسمانی-ساز و بد کارکردی اجتماعی را در پس آزمون و پیگیری کاهش داده ولی بر اضطراب آزمودنیها تأثیری نداشته است. همچنین این درمان، بر بهزیستی ذهنی در بعد هیجانی (افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی) در پس آزمون اثر داشته است اما در بعد شناختی (رضایت از زندگی) آزمودنیها تغییری ایجاد نکرده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گیری گرفت که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت با رویکرد شناخت-رفتاری شکل گرفته، شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی، سلامت روان

nezamghasemi@yahoo.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m.b.kaj@adu.ui.ac.ir

** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Rabiei_psychology@yahoo.com

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

درمان از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت^۶ سکزیت میهالی^۷ با روان شناسی مثبت سلیگمن^۸، توسط فریش^۹ در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. گروه‌های هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالاتی نظیر افسردگی می‌باشند، افراد معمولی و سالمی هستند که می‌خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند [۹]. یکی از مفاهیم مهم در بافت کیفیت زندگی و رویکرد روان شناسی مثبت، مفهوم بهزیستی می‌باشد. از لحاظ تاریخی فلاسفه در تئوری‌های اخلاق به خصوص رویکردهای لذت‌گرایانه^{۱۰} اپیکوری^{۱۱}، به طور گسترده به مفهوم شادمانی و بهزیستی پرداخته‌اند. اما برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ داینر^{۱۲} اصطلاح بهزیستی ذهنی و ساختارهای مرتبط با آن را به صورت روش مند در حوزه روان شناسی بررسی کرد و آن را جایگزین و مترادف شادمانی قرار داد [۱۰]. دینر مطابق با دیدگاه سیکزنت میهالی، در تعریف بهزیستی به تئوری فعالیت اشاره دارد و آن را همانند کارکردی از شخصیت و نگرش‌های کلی نسبت به محیط و شرایط می‌داند [۱۱]. بهزیستی ذهنی دارای دو جزء شناختی عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی^{۱۳} و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت^{۱۴} و حداقل عاطفی منفی^{۱۵}. مؤلفه‌های شناختی و عاطفی بهزیستی، به همدیگر وابسته و میزان این همبستگی از ۰/۸ تا ۱ در نوسان است [۱۱]. در بعد بهزیستی شناختی، تمایز بر اساس تأکید بر تئوری‌های صعودی-نزولی^{۱۶} (بیرونی-موقعتی) و یا نزولی-صعودی^{۱۷} (صفات درونی-فرایندها) است. در تئوری‌های نزولی-صعودی اعتقاد بر این است که رضایت‌مندی در حوزه‌های خاص زندگی مانند کار، ازدواج

کیفیت زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده و هست. در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را داشت [۱]. اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد [۲]. کیفیت زندگی مفهومی پویا و وسیع‌تر از سلامتی است [۳]. بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی-روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد [۴]. امروزه با پیدایش و گسترش روان‌شناسی سلامت^۱ و روان‌شناسی مثبت^۲، نگرش درباره اختلالات، از چارچوب پزشکی و مدل تک عاملی خارج شده و محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود [۵]. بر همین اساس روان‌شناسان مثبت‌گرا با یک رویکرد کل‌نگر در مقابل رویکرد تشخیصی آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا، یک نظام طبقه‌بندی جدید به نام نیرومندی‌های منش^۳ را در ۶ حیطه، جهت شناسایی و طبقه‌بندی توانمندی‌هایی که بر خلاف بیماری عمل می‌کنند، مشخص کرده‌اند و بر اساس آن رویکردهای مداخله‌ای متعددی را بنا نهاده‌اند [۶] و معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی، بهزیستی و شادمانی باشیم [۷، ۸]. زیرا روان‌شناسی تنها تمرکز بر بیماری‌ها و درمان هم تنها متمرکز بر ضعف‌ها نمی‌باشد [۵]. بر این اساس گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی^۴ درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی^۵، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و ... در بافت زندگی تدوین شده است. این

6- action theory
7- Csikszentmihalyi
8- Seligman
9- Frisch
10- pleasure principle
11- Epicure
12- Diener
13- life satisfaction
14- positive affect
15- negative affect
16- top-down model
17- down-up model

1- health psychology
2- positive psychology
3- character strengths and virtues
4- quality of life therapy
5- subjective well-being

ایجاد تحول در ۱۲ حوزه اصلی زندگی: ۱) ارزش‌ها و زندگی معنوی، ۲) خود پنداره، ۳) سلامتی، ۴) ارتباطات، ۵) کار و بازنشستگی، ۶) بازی، ۷) یاری رساندن، ۸) یادگیری، ۱۰) پول، ۱۱) خانه، همسایه و جامعه، ۱۲) و پیشگیری می‌باشد. در این مدل درمان در کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی- رفتاری در ۵ مفهوم اصلی انجام می‌شود این پنج مفهوم به طور خلاصه کاسیو^۵ (حروف اول اول پنج کلمه) نامیده می‌شود و عبارتند از: ۱- شرایط زندگی^۶ ۲- نگرش‌ها^۷ ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم^۸ ۴- ارزش‌ها^۹ ۵- رضایت کلی از زندگی^{۱۰}. کاسیو پنج استراتژی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها، است که بر اساس ایجاد رضایت مندی بین فاصله موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود [۹]. در این ارتباط عابدی [۱۷] با مقایسه این رویکرد با شناختی- رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و مادران آنها نشان داد که این درمان باعث افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و همچنین کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران شده است. سانچوان^{۱۱} [۱۸] نیز در پژوهشی نشان داد که رضایت از زندگی و سایر شاخص‌های سازگاری مثبت می‌تواند پیش بینی کننده قوی برای میزان ناسازگارهای هیجانی (افسردگی و اضطراب) در مردان دارای بیماری قلبی می‌باشد. اسلاد^{۱۲} [۱۹] در پژوهش خود بر اهمیت استفاده از رویکردهای روان‌شناسی مثبت در کنار خدمات مرتبط با پزشکی و آموزش برای کارمندان شاغل تأکید می‌کند [۱۹]. با وجود اهمیت و ضرورت این نوع درمان‌ها، که در مداخلات خود به ابعاد مختلف زندگی افراد توجه داشته و روی امر پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی تأکید می‌کنند و فقدان تحقیقات بالینی و کنترل شده که به همه ابعاد سلامت به ویژه در کشور ایران توجه

رضایت‌مندی به صورت کلی در زندگی را به دنبال دارد. اما در تئوری صعودی- نزولی اعتقاد بر این است که یک شخص بدون داشتن رضایت در حوزه‌های خاص مثلا کار می‌تواند به صورت کلی رضایت از زندگی را تجربه کند [۱۱]. در بعد عاطفی بهزیستی، نیز برادبورن^۱ (۱۹۷۶) سه نوع استقلال را در بین دو نوع مؤلفه (عاطفه مثبت و عاطفه منفی) مشخص می‌کند: استقلال ساختاری^۲، علی^۳، گذرا^۴ گذرا^۴ ساختاری یعنی در یک دوره زمانی مشخص، فرد احساسات مثبت و منفی مختلفی را تجربه کند، علی یعنی اینکه عاطفه مثبت و عاطفه منفی متأثر از علت‌های مختلفی هستند و گذرا به رابطه بین عاطفه مثبت و عاطفه منفی در یک لحظه زمان اشاره دارد [۱۱، ۱۲]. سلامت روانی نیز در این میان نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط می‌باشد که می‌تواند از فقدان بیماری تا احساس رضایت و لذت بردن از زندگی را در بر گیرد [۲]. اهمیت پرداختن به بهزیستی و سلامت روان در مطالعات گوناگون نشان داده شده است. بدین گونه که افراد راضی و خشنود، هیجانانگیز مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی‌های مثبت‌تری دارند [۱۳]. احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان پیشرفت تحصیلی و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند [۱۴]. نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بالاتری دارند [۱۵]. فریش معتقد است که مطالعه بهزیستی افراد و جوامع و ارتقاء آن بزرگترین چالش علمی بشر بعد از افزایش و پیشرفت در زمینه تکنولوژی، پزشکی و ثروت است [۹]. به همین دلیل درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی در افراد باشد. زیرا در حقیقت شادی و افسردگی (عاطفه مثبت و منفی)، دو قطب متضاد روی یک پیوستار نیستند و درمان خلق منفی ما را به صورت اتوماتیک به سوی شادی و رضایت از زندگی سوق نمی‌دهد [۱۶]. بر همین اساس، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی- رفتاری به دنبال

5- CASIO
6- circumstance
7- attitude
8- standards of fulfillment
9- importance
10- overall satisfaction
11- Sanjuan
12- slade

1- Beradbeurn
2- structural independence
3- causal independence
4- momentary independence

خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. این ابزار در مطالعات متعددی به کار گرفته شده و معلوم گردید که از سازگاری درونی و روایی همگرایی تفکیکی خوبی برخوردار است [۲۱، ۲۲]. همان گونه که تلگن^۲ (۱۹۸۵)، اظهار داشته با کمک این دو مقیاس به راحتی می‌توان بیماران "افسرده" را از "مضطرب" تفکیک نمود [۲۳]. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ است. در اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفی منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۳]. از لحاظ روایی نیز همبستگی‌های میان این خرده مقیاس‌ها با برخی از ابزارهای سنجش که سازه‌های مرتبط با این عواطف را می‌سنجد مانند اضطراب و افسردگی بالا گزارش شده است. برای نمونه، همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک ۰/۵۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با این پرسشنامه، ۰/۳۶ و نیز همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با مقیاس اضطراب آشکار پرسشنامه اضطراب آشکار-نهان، ۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵ گزارش شده است [۲۴]. ابوالقاسمی [۲۵] ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۵۶، ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۵۹ را برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب در زمان‌های گذشته، حال و آینده و به طور کلی به دست آورده است.

ب) مقیاس رضایت از زندگی^۳: این مقیاس توسط داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی در بعد شناختی بهزیستی ذهنی به کار گرفته شده است. مقیاس دارای پنج ماده است و هر ماده هفت گزینه دارد که پاسخ دهندگان میزان رضایت‌مندی خود از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) نشان می‌دهند. میانگین یک به معنی عدم رضایت از زندگی و میانگین هفت نشان دهنده رضایت کامل از زندگی است. اعتبار آزمون با روش دو نیمه کردن ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش شده است. اعتبار قابل قبولی با بهره‌گیری از مقیاس‌های خود گزارشی و ملاک‌های خارجی مانند گزارش همسالان، مقیاس حافظه و درجه‌بندی‌های بالینی

کند، احساس می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شاخص‌های سلامت روان و ابعاد شناختی-عاطفی بهزیستی ذهنی انجام شده است.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش، از نوع پژوهش‌های شبه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۲/۵ ماهه) است. که در آن از گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. **آزمودنیها:** جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره کیمیا مهر شهرستان قم در تابستان سال ۱۳۸۹ بودند. نمونه پژوهشی شامل ۲۴ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی از میان جامعه آماری، یعنی افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره کیمیا مهر شهرستان قم که به صورت آگهی در زمینه برگزاری دوره، فراخوانده شده بودند، انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل دیپلم، نداشتن اختلالات شدید روانی، اختلال شخصیت (سنجش با مصاحبه و پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا) و یا بیماری‌های مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی.

ابزار:

۱- سنجش بهزیستی ذهنی: بهزیستی ذهنی دارای دو جزء عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت از زندگی می‌باشد [۹]. که برای سنجش این دو بعد از مقیاس‌های زیر استفاده شده است:

الف) مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۱: این مقیاس، یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است و برای اندازه‌گیری دو بعد خطی، یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت تهیه و ارائه شده است [۲۰]. هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد که در آن ۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی در قالب کلمات مطرح شده است. آیتم‌ها از سوی آزمودنیها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (۱= بسیار کم، به هیچ وجه تا ۵= بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند که در آن از آزمودنیها خواسته می‌شود تا احساسات خود را در چهار بعد: گذشته، آینده، حال و به طور کلی مورد ارزیابی قرار دهند. دامنه نمرات برای هر

2- Tellegen

3- satisfaction with life scale

1- positive and negative affect Scale

اعتبار این پرسشنامه را در گروه کامبوجهای ساکن نیوزلند به کمک روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته با استفاده از فرمول ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به میزان ۰/۵۵ برآورد نمود و ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه را با روش نمره‌گذاری لیکرت به میزان ۰/۸۵ گزارش کردند [به نقل از ۳۱]. هومن [۳۲] در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران، میزان هماهنگی درونی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷، ۰/۹۱ و ۰/۸۵ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش: پس از مراجعه افراد جهت شرکت در دوره در مرحله اول (پیش‌آزمون)، به منظور ارزیابی عینی وضعیت آزمودنیها، در مورد همگی آنها سه آزمون، سلامت روان، مقیاس رضایت از زندگی و مقیاس عاطفه مثبت و منفی اجرا گردید و ۲۴ نفر از کسانی که نمرات آنان یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین کل بود به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس آزمودنیها به صورت تصادفی و با قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. جلسه‌های درمانی ۱۰ جلسه بود که مطابق با فرمت درمان، در جلسه اول از شرکت‌کنندگان خواسته شد از بین ۱۲ حوزه اصلی مداخلات مهمترین را انتخاب کنند که ۷ حوزه اصلی و مورد نیاز جهت مداخله توسط همه اعضا گروه مشخص گردید و در جلسات مطابق فرمت به این حوزه‌ها پرداخته شد. در جلسه آخر پس از آزمون اجرا شد و در نهایت مجدداً دو گروه بعد از یک دوره ۲/۵ ماهه دوباره به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. جلسات به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ ساعت برگزار شد. که در انتها یک نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم شرکت در تمام طول دوره حذف شد و حجم نمونه به ۱۱ نفر در هر دو گروه تقلیل یافت. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی در هفت حوزه اصلی مداخله (عزت نفس، زندگی معنوی، خانه همسایه و جوامع، بازی و تفریح، سلامت جسمی و روانی، پول و استانداردهای زندگی، ارتباطات در زندگی روزمره به شرح زیر بودند در ضمن جلسات به صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث

گزارش شده است [۲۶]. در تحقیق بین فرهنگی ایشی^۱ [۲۷] در بین ۳۹ کشور مورد مطالعه، آلفای کرونباخ از ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ میانگین ۰/۷۸ و انحراف معیار ۰/۰۹ گزارش شد. آلفای کرونباخ مقیاس در حجم نمونه ۸۸۸ نفری و ۷۳۱ نفری به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمده است. و همچنین در بررسی‌های چندگانه اعتبار افتراقی و اعتبار همگرا بالایی بین این مقیاس با مقیاس عاطفه مثبت و منفی مشخص شد [۲۷]. اعتبار فرم ایرانی آزمون به کمک مقایسه با آزمون عاطفه‌ی مثبت و منفی مورد ارزیابی قرار گرفت و همبستگی مثبت و معنی‌داری با مقیاس عاطفه‌ی مثبت و همبستگی منفی معنی‌داری با مقیاس عاطفه منفی مشخص شد [۲۸]. غضنفری [۲۹] با اجرای روی ۱۴۷ دانشجوی پسر و دختر ایرانی و ۱۲۱ دانشجوی پسر و دختر کانادایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و بلک ویل در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و به طور گسترده در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد و شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است [۳۰]. فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که متن سؤالات درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به طور کلی سلامت عمومی او، با تأکید بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی در زمان حال می‌باشد که بعدها فرم‌های کوتاه‌تری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده نیز تهیه شد. این پرسشنامه از چهار مقیاس تشکیل یافته که هر کدام از آنها دارای هفت سؤال می‌باشند. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. نمره کل یک فرد از صفر تا هشتاد و چهار و نمره هر زیر مقیاس از صفر تا بیست و یک متغیر خواهد بود. که نمره بیشتر در هر مقیاس نشانگر وضعیت نامطلوب می‌باشد. شیمجی^۳، تیسودا^۴ [۳۱] با انجام این پرسشنامه بر روی کارمندان ژاپنی ضریب اعتبار (آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ را برای این پرسشنامه گزارش کردند. چیونگ و اسپیرز (۱۹۹۴) ضریب

- 1- Oishi
- 2- General Health Questionnaire-(GHQ-28)
- 3- Shigemi
- 4- Toshihide

کارآمدی برای بهبود در رضایت خاطر از بازی و تفریح به وسیله ایجاد یک عادت خاص.

جلسه هشتم) نقش سلامتی و ارائه برنامه شش مرحله‌ای (کنترل عادت سلامتی. متعهد شدن، انگیزه درونی پیدا کردن. ثبت تی ای سی: یک محرک (T) عمل (A) و پیامدهای (C) مربوط به یک عادت. مدیریت استرس و حل مسأله، برای مشکلاتی که عادت‌های سالم را تضعیف می‌کنند. یا به رشد و حفظ عادات ناسالم کمک می‌کنند. طراحی و عمل به یک طرح، به منظور جلوگیری از عودها و حفظ دستاوردهای افراد، در مورد عادت‌هایی که تحت کنترل اوست. ایجاد طرح به منظور مقابله با عودها و اصل پذیرش بیماری‌های مزمن.

جلسه نهم) مداخلات شناختی برای تشویق افراد به ابراز خود خلاق و حل مسأله در تمام حیطه‌های زندگی، ارائه گام‌های درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، جهت ایجاد جریان خلاقیت شامل: ایجاد انگیزه، شناسایی علائق و احتمالات مربوط به خلاقیت که متناسب با ارزش‌ها و اهداف شخصی باشد. موانع حل مشکل برای خلاقیت. انجام دادن و تکمیل کردن نقشه یا جریان خلاقیت. ارزیابی جریان خلاقیت و میزان رضایت و خشنودی از آن.

جلسه دهم) مروری بر جلسات قبل، پاسخ به سؤالات، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات.

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (تحلیل کواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی شد. در این تجزیه و تحلیل تأثیر متغیرهای کنترل پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون و پیگیری برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات کل مربوط به سلامت روان و بهزیستی ذهنی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است (جدول ۱). آزمون T و ضریب معناداری همبستگی نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن،

گروهی و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی برای انجام در بین جلسات انجام شد. جلسه اول) معارفه و آشنایی، بررسی نقش کیفیت زندگی در سلامت روان و بهزیستی، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش مدل کاسیو، توافق بر حوزه‌های مهم کیفیت زندگی از بین ۱۲ حوزه اصلی.

جلسه دوم) تعریف مفهوم و نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روان و آموزش تکنیک قدردانی‌ها، دستاوردها و استعدادها و سایر تکنیک‌های شناختی.

جلسه سوم) تعیین نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های مهم زندگی و بهداشت روان، اجرای مدل شناسایی حوزه‌های که باعث نگرانی هستند و برنامه فعالیت‌های روزمره، جهت تولید ارزش‌ها در پهنه زندگی.

جلسه چهارم) آموزش انگاره‌های مرکزی ارتباطات و گام‌های سه گانه برای رسیدن به آنها و چهار قدم برای افزایش ارتباط (آگاه سازی، بازسازی شناختی و هدف گذاری، مهارت سازی). تمرین مهارت‌های ارتباطی و انگاره‌های ارتباط محور.

جلسه پنجم) ارائه پنج استراتژی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر حفظ و ارتقای سطح مالی زندگی مراجعین، و شناسایی بر چسب‌های پاتولوژیک و تحقیر آمیز، در جهت تشخیص نگرانی‌های کاری، استفاده از استراتژی‌های تغییر نگرش برای کمک به افراد تا ناراحتی‌ها، نگرانی‌ها و نشخوارهای افسرده‌وار خود را، در مورد مسائل مالی رفع نمایند، آموزش مهارت‌های بودجه بندی.

جلسه ششم) ارائه مدل پنج مرحله‌ای کاسیو جهت رضایت خاطر از محیط زندگی و اطرافیان و راه‌کارهای سه مرحله‌ای، «دوست داشتن آن»، «ترک کردن آن» و یا «ترمیم آن». و اجرای، تمرین چک لیست محله یا جامعه و اصول مرتبط با نگرش‌ها، طرح‌ها و اقداماتی که بر رضایت بیشتر از خانه، محله یا جامعه استوار است.

جلسه هفتم) آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید» و «فعالیت‌های خواستن». گام‌های پنج گانه: ایجاد انگیزش، مشخص کردن علایق و امکانات بازی متناسب با هدف‌ها و ارزش‌های شخصی. موانع مسأله‌گشایی نسبت به بازی. اجرا کردن طرح فراغت یا عادت جاری تفریح. ارزیابی

جنس، تحصیلات، تفاوت و رابطه معناداری وجود ندارد. و تنها پیش آزمون به عنوان متغیر مداخله‌گر کنترل می‌شود.

جدول (۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی ذهنی و سلامت روان، دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش	بهزیستی ذهنی	۱۱	۸/۹۷	۲/۶۳	۱۰/۴۳	۳/۰۱	۲/۶۸	۱/۰۱
	سلامت روان	۱۱	۵۸/۲۲	۱۶/۵۹	۷۹/۲۷	۱۵/۳۱	۱۹/۲۲	۹/۷۱
گواه	بهزیستی ذهنی	۱۱	۱۱/۱۷	۲/۲۷	۱۰/۸۱	۲/۹۵	۳/۱۲۵	۰/۹۸
	سلامت روان	۱۱	۳۸/۶۰	۱۷/۲۱	۴۳/۱۹	۱۶/۲۱	۴۰/۵۳	۱۴/۳۵

نتایج آزمون لون مینی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پیش فرض لون در دو متغیر وابسته و زیر مقیاس‌های آن

تأیید می‌گردد. نتایج تحلیل کواریانس در مرحله پس آزمون برای متغیر سلامت روان، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۲) نتایج آزمون لون مینی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در دو گروه

متغیرها/ شاخص	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
(۱) جسمانی سازی	۲/۰۵	۱	۲۱	۰/۱۶
(۲) اضطراب	۰/۰۱۸	۱	۲۱	۰/۸۹
(۳) افسردگی	۰/۳۹	۱	۲۱	۰/۵۳
(۴) بدکارکردی	۰/۰۴۸	۱	۲۱	۰/۸۲
(۵) سلامت عمومی	۰/۰۸۱	۱	۲۱	۰/۷۷
(۶) رضایت از زندگی	۱/۳۹	۱	۲۱	۰/۲۵
(۷) عاطفه مثبت	۶/۰۱	۱	۲۱	۰/۲۳
(۸) عاطفه منفی	۸	۱	۲۱	۰/۹
(۹) بهزیستی درونی	۸/۴۶	۱	۲۱	۰/۸

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در متغیر سلامت روان

منبع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب f	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
(۱) جسمانی سازی	پیش آزمون	۱	۱۸۴/۳۰	۳۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
	عضویت گروهی	۱	۵۸/۲۶	۱۱/۰۰۵	۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۸۸
(۲) اضطراب	پیش آزمون	۱	۸۵/۶۰	۸/۴۱	۰/۰۰۹	۰/۲۹	۰/۷۸
	عضویت گروهی	۱	۱۲/۰۸	۱/۱۸	۰/۲۸	۰/۰۵۶	۰/۱۸
(۳) افسردگی	پیش آزمون	۱	۳۹۵/۷۶	۴۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	عضویت گروهی	۱	۴۷/۲۶	۲۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
(۴) بدکارکردی اجتماعی	پیش آزمون	۱	۲۴۱/۳۰	۲۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۸۱/۸۰	۷/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۷۱
(۵) سلامت روان	پیش آزمون	۱	۲۶۵۶/۱۷	۲۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۱۳۴۹/۳۲	۱۳/۴۶	۰/۰۰۲	۰/۶۲	۰/۹۳

همان طور که مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات باقیمانده سلامت روان به طور کلی پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر پیش آزمون در گروه آزمایش معناداری است ($P < 0/01$). پس می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث بهبودی سلامت روان در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی بر ارتقاء سلامت روان ۰/۶۲ است. یعنی ۶۲ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر

همان طور که مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات باقیمانده سلامت روان به طور کلی پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر پیش آزمون در گروه آزمایش معناداری است ($P < 0/01$). پس می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث بهبودی سلامت روان در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی بر ارتقاء سلامت روان ۰/۶۲ است. یعنی ۶۲ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در متغیر بهزیستی ذهنی

منابع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
رضایت از زندگی	پس آزمون	۱	۴۸۸/۴۲	۲۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۲۳/۴۹	۱/۱	۰/۳۰	۰/۰۵	۰/۱۷
عاطفه مثبت	پس آزمون	۱	۷۵۷/۸۳	۲۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۲۰۵/۸۰	۷/۰۲	۰/۰۱	۰/۶۶	۰/۸۱
عاطفه منفی	پس آزمون	۱	۵۷۹/۵۶	۱۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۹۸
	عضویت گروهی	۱	۱۷۳/۳۹	۵/۸۸	۰/۰۲	۰/۷۲	۰/۸۳
بهزیستی ذهنی کلی	پس آزمون	۱	۷۳/۱۵	۳۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۵/۷۸	۷/۱۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۷۲

افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی تأثیر گذار بوده ولی نتوانسته میزان رضایت از زندگی را در آزمودنیها افزایش دهد (جدول ۴).

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی میزان بهزیستی ذهنی کلی افراد را افزایش داده است ($P < 0/01$). واریانس مشترک دو گروه ۰/۵۶ و توان آماری ۰/۷۲ است. همچنین این درمان بر

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در متغیرهای وابسته (سلامت روان و بهزیستی ذهنی) بعد از کنترل متغیر مداخله‌گر در مرحله پیگیری

منبع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
۱) سلامت روان	پیش آزمون	۱	۱۷۶۲/۲۰	۲۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۱۰۴۹/۹۶	۱۲/۷۹	۰/۰۴	۰/۵۵	۰/۸۵
۲) بهزیستی ذهنی کلی	پیش آزمون	۱	۲۱/۱۹۳	۲۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۱۴/۸۲	۱/۱۶	۰/۲۹	۰/۰۵	۰/۱۷

مبتنی بر کیفیت زندگی در طول زمان با گذشت ۲/۵ ماه تنها در مورد سلامت روانی از ثبات برخوردار بوده ولی در مورد بهزیستی ذهنی این گونه نمی‌باشد.
بحث

همان طور که جدول ۵ نشان می‌دهد اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر دو متغیر سلامت روانی و بهزیستی ذهنی در مرحله پیگیری با گذشت ۲/۵ ماه بررسی شده است. یافته‌ها نشان داده‌اند که گروه درمانی

بر می‌گردند. داینر و لوکاس^۴ و ایشی [۳۶] با رویکرد متعادل‌تری اذعان می‌دارند که در کل، شخصیت و ژنتیک، ۵۰ درصد از بهزیستی ذهنی کوتاه مدت و ۸۰ درصد بهزیستی ذهنی بلند مدت را توجیه می‌کند. لوکاس و دونلان^۵ [۳۷] معتقدند که ۳۴ تا ۳۸ درصد از رضایت از زندگی، در طول زمان غیر قابل تغییر است و بقیه‌ی آن تحت تأثیر عوامل محیطی است. گراسی^۶ و همکاران [۳۸] در پژوهشی متفاوت مشخص کرد که عوامل فرهنگی می‌تواند نقش مهمی را در بهزیستی روان‌شناختی افراد خصوصاً در هنگام بیماری داشته باشد. تحقیقات دیگر ارتباط نزدیک بین بهزیستی ذهنی را با میزان سروتونین و دوپامین موجود در مغز و سیستم آمیگدال و تأثیرات آشکاری که ژنتیک بر آن دارد، را نشان می‌دهند. به صورتی که اختلاف در درآمد، تحصیلات، حرفه، جنیست، وضعیت زندگی زناشویی و دیگر ویژگی‌های جمعیت شناختی، فقط ۴ درصد از اختلافات را در بهزیستی ذهنی توجیه می‌کند [۳۹]. سایر یافته‌ها مشخص کرده‌اند که برانگیختگی نیمکره‌ها در کورتکس پیش‌پیشانی، در هنگامی که افراد به فرم‌های خود گزارش‌دهی بهزیستی ذهنی پاسخ می‌دهند، نامتقارن است. همچنین افرادی که برانگیختگی کورتکس پیشانی سمت چپ آنان بیشتر بوده معمولاً عاطفه‌ی مثبت بالاتر و عاطفه‌ی منفی کمتری را نسبت به افرادی که برانگیختگی سمت راستشان بالاتر بوده، تجربه کرده‌اند [۴۰]. بر حسب موارد متفاوت ذکر شده در بالا، می‌توان نتیجه گرفت که ژنتیک و به دنبال آن شخصیت تأثیر بسزایی در قضاوت‌های افراد در مورد بهزیستی ذهنی (یعنی رضایت از زندگی، عاطفه‌ی مثبت و منفی) دارد. به همین دلیل مداخلات ممکن تنها بخشی از واریانس افراد در میزان بهزیستی ذهنی را تبیین می‌کند. همچنان که در پژوهش حاضر نیز اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر میزان افزایش بهزیستی ذهنی در طول زمان از ثبات برخوردار نبوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در پژوهش‌های مرتبط با بهزیستی، باید به دنبال شناسایی عوامل با ثبات‌تر در این متغیر بود و همچنین مداخلات باید عمیق‌تر باشند و خصوصیات که

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد ترکیبی شناخت درمانی با روان‌شناسی مثبت در قالب گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روانی انجام شد. نتایج حاکی از این بودند که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش شاخص‌های سلامت روان در ابعاد افسردگی، بد کارکردی اجتماعی و نشانه‌های جسمانی سازی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. همچنین این مدل درمانی در مرحله پس‌آزمون بر میزان رضایت از زندگی افراد تأثیری نگذاشته ولی باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در مرحله پس‌آزمون شده است و در مرحله پیگیری این تغییرات از ثبات برخوردار نبوده است. سین و لیمبومیرسکی^۱ [۳۳] در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که روان‌درمانی‌های مثبت در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنیها اثرگذار است. همچنین میتچل، استانی میرویک و کلین^۲ [۳۴] در بررسی مقایسه‌ای بین روان‌درمانی‌های مثبت با روان‌درمانی مبتنی بر حل مسأله و گروه‌های دریافت‌کننده پلاسبو، مشخص کردند که اگرچه ممکن است عاطفه‌ی مثبت و منفی در طول این درمان‌ها تغییر پیدا نکرده باشد، اما روان‌درمانی‌های مثبت، میزان بهزیستی ذهنی آزمودنیها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهند [۳۴]. این درمان بر افزایش رضایت از زندگی و کاهش عاطفه منفی در مرحله‌ی پیگیری از ثبات برخوردار نبوده است. یکی از عوامل مرتبط با یافته‌ی حاضر، نقش عوامل وراثتی و شخصیتی مرتبط با بهزیستی و رضایت از زندگی است که باعث می‌شود این متغیرها در طول زمان کمتر دستخوش تغییر قرار بگیرند. فیلیپس^۳ [۳۵] معتقد است ژنتیک در نگاه اول دارای اهمیت تعیین‌کننده‌ای در رابطه با بهزیستی ذهنی است. افراد با طبیعت خوشحال و ناراحت متولد می‌شوند و این طبیعت در کل مانند شخصیت‌شان به میزان قابل توجهی در طول زندگی ثابت می‌باشد؛ اگرچه رویدادهایی مانند عاشق شدن، بیکاری، ناتوانی جسمی و ... این عامل را دستخوش تغییر قرار می‌دهد، اما تقریباً افراد خیلی زود به حالت عادی خود

4- Locas

5- Donnellan

6- Grossi

1- Sin & Lyubomirsky

2- Mitchell, Stanimirovice, & Klein

3- Phillips

خود نقش داشته باشند. کیز^۳ [۴۴] معتقد است که بهزیستی ذهنی یا سلامت روانی، با بیماری روانی مستقل از هم هستند، اما صرفاً دو سوی یک پیوستار نیستند، بلکه این محورها به همدیگر وابسته هستند. مثلاً افرادی وجود دارند که بیماری روانی ندارند، ولی صرفاً بهزیستی پایینی دارند و همانند کسانی که بیماری روانی دارند، پیامدهای روان شناختی ضعیفی را گزارش می‌دهند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بهزیستی ذهنی و کارکردهای بهینه روان شناختی که در روان شناسی مثبت به آن توجه می‌شود، یک عامل اضافی در درمان بیماری‌های روانی نیست. یکی از دلایل افزایش سلامت روان یعنی کاهش میزان افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و بد کارکردی اجتماعی آزمودنی، به تأثیر متقابل و دوسویه تعامل بین بهزیستی ذهنی با سلامت روانی بر می‌گردد. چنانچه که در این پژوهش همسان با افزایش بهزیستی ذهنی، متغیرهای سلامت روان نیز افزایش یافتند. هوول، کرن و لیمومیرسکی^۴ [۴۵] با بررسی ترکیبی ۱۵۰ مقاله در این زمینه نشان دادند که بهزیستی به صورت مثبت روی پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت سلامت و کنترل بیماری‌ها و سندرم‌ها تأثیر دارد. زیرا بهزیستی بالاتر علاوه بر اینکه افراد را به کارکردهای بهتر در سلامت رهنمود می‌سازد، با قوی‌تر کردن پاسخ سیستم ایمنی و تحمل درد، به افراد در واکنش‌پذیری روان شناختی در هنگام بیماری‌ها، کمک می‌کند. در گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به آزمودنیها، آموزش داده می‌شود که بهزیستی ذهنی را جزء ضروری سلامت روانی خود بدانند و به فراتر از این دیدگاه دست پیدا کنند که سلامت روانی، تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه همواره باید به دنبال افزایش رضایت خاطر از زندگی باشند. به همین دلیل افراد با رویکرد شناختی، یاد می‌گیرند که با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد با آن ایده‌آلی که مد نظر آنان است، میزان بهزیستی ذهنی و رضایت خاطر از زندگی و به دنبال آن سلامت روانی بالاتری را در خود ایجاد کنند. در این ارتباط سولدر و شافر^۵ [۴۶] از اهمیت مدل دو عاملی، در سلامت روان حمایت می‌کنند و

مرتبط هستند با بهزیستی و کمتر تحت تأثیر عوامل وراثتی قرار دارند، را هدف قرار دهند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این درمان با استفاده از رویکرد شناختی، باعث افزایش میزان عاطفه‌ی مثبت و کاهش عاطفه‌ی منفی شده است. زیرا موضوعات مورد مداخله در حین جلسات، علاوه بر اینکه در ارتباط با رویدادهای روزمره و در بافت زندگی افراد قرار دارد، ولی تکالیف و تمرین‌های رفتاری تهیه شده در گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی طوری طراحی شده است که از افراد استفاده‌کننده از آن، یک نوع درگیری شناختی و فکری را طلب می‌کند. مانند نقش معنا و ارزش‌ها در زندگی، نقشه زندگی، ارتباطات اجتماعی، خلاقیت و حل مسأله، که همگی نیازمند توجه شناختی بالایی است. رود و مونی^۱ [۴۱] در ارتباط بین شناخت و عاطفه معتقدند که این دو عامل زیر کنترل سیستم‌های جداگانه و تا یک اندازه وابسته‌ای قرار دارد که هر کدام به نوعی بر دیگری از راه‌های گوناگون تأثیر می‌گذارد. به گونه‌ای که بالو^۲ [۴۲] نشان داد که فعالیت‌های معنوی می‌تواند تا حدود زیادی کاهش بهزیستی روان شناختی افراد دارای بیماری مزمن را کنترل کند. در این درمان نیز با کمک روش‌های شناختی، افراد یاد گرفتند، عواطف خود را کنترل کنند و رضایت خاطر بالاتری را از زندگی تجربه کنند. همان طور که نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان سلامت روانی آزمودنیها را در مرحله‌ی پس آزمون افزایش داده است و بعد از گذشت ۲/۵ ماه، نیز این درمان در افزایش سلامت روانی آنان از ثبات برخوردار بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسو می‌باشد [۳۳، ۳۴، ۴۳]. گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل، را دریافت کیفیت زندگی اصلاح کند. سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد، درک واقعی از توانایی‌های خود دارند و می‌توانند با استرس‌های روزمره زندگی خود مقابله کنند و به صورت مثمرتر و مؤثر کار کنند و در جامعه‌ی

3- Kayes

4- Howell, Keren & Lymbomiresky

5- Suldo & Shaffer

1- Rod & Mooney

2- Ballew

منابع

- 1- Hornquis J. The concept of quality of life in Scandinavian. *J soc Med*. 1982; (10): 760.
- 2- Seligman MEP. What is the good life. *Avalibale at: American Psychology Association*. 1998; (29): 1.
- ۳- عبدالهی فهیمه، محمدپور علیرضا. بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل و سرای سالمندان در شهرستان ساری در سال ۱۳۸۴. دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران (۱۳۸۵). دانشکده شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.
- 4- Montagne J, Piza W, Peters K, Eippert G, Poggiali T. The Wellness solution. *J Act Aging*. 2002; (18): 67-81.
- 5- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive Psychology: An Introduction*. *Am Psychol*. 2000; (55): 5-14.
- 6- Angla L. *Positive psychology in Clinical Practice*. (2004); published online: available at: www.penn.com.
- 7- Gable SL, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Rev Gen Psychol*. 2005; (9): 103-110.
- 8- Joseph S, Lindley AP. *Positive therapy (A meta-theory for Psychological practice, USA: Rutledge Press; 2006*.
- 9- Frisch MB. *Quality of life Therapy*. New jersey: John Wiley & Sons Press; 2006.
- 10- Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being. *J Clin Psychol*. 2002; (24): 25-41.
- 11- Eid M, Larson RJ. *The Science of subjective well-being*. New York: Guilford press; 2008.
- 12- Lucas RE, Diener E, Suh ED. Criminate Validity of well-being measures. *J Per and Soc Psychol*. 1996;(71): 616-628.
- 13- Ositer GR, Markindes KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional Wellbeing predicts subsequent Functional independence and survival. *J Am Great Soc*. 2000; (48):473-478.
- 14- Vanessa C, Bordwine E, Hubebner SE. The Role of coping in mediating the relationship between positive affect and school satisfaction in adolescents. *Child Individ Res*. 2010; (3): 349-366.
- 15- Diener E, Seligman MEP. Very happy people. *Psychol Scie*. 2003; (13); 80-83.
- 16- Joseph S, Lindley AP. *Positive therapy (A meta-theory for Psychological practice)*. USA: Rutledge Press: 2006.
- 17- Abedi MR, Vostanis PE. Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorder in Iran. *Eur Chi Adol psychiatry*. 2010; (19): 605-613.
- 18- Sanjuan P, Ruiz A, Perez A. Life satisfaction and positive adjustment as predictors of emotional distress in mrnwith coronary heart disaeses. *J Happy Study*. 2011; 314-326.
- 19- Slade M. Mental illness and wellbeing: the Central importance and positive psychology and recovery approaches. *Heal Serv Res*. 2010; (10): 26.

مشخص کرده‌اند که وجود بهزیستی ذهنی بالا، اهمیت زیادی در کارکرد بهینه در خلال بزرگسالی، مانند داشتن سلامت روان کامل (یعنی بهزیستی ذهنی بالا و آسیب‌شناسی روانی پایین) دارد. همچنین این عامل با حمایت اجتماعی بهتر در خانواده، سلامت جسمانی و مشکلات اجتماعی کمتر نسبت به گروه همتا آسیب‌پذیر با سطوح بالینی از آسیب‌شناسی روانی، در ارتباط می‌باشد [۴۶]. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین فاکتورهای محیطی و شناختی و عوامل کیفیت زندگی با میزان بهزیستی ذهنی یعنی افزایش عاطفه مثبت، کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی، رابطه‌ای دوسویه است. یعنی مطابق با دیدگاه صعودی- نزولی و نزولی- صعودی این عوامل (عوامل آموزش داده شده در این روش درمان) هم می‌توانند خود باعث افزایش بهزیستی شوند و هم وجود بهزیستی از قبل، می‌تواند میزان رضایت در این حوزه‌ها را افزایش دهد. در این میان باید به نقش عوامل وراثتی، شخصیتی و اجتماعی در حد کلان و سیستم‌های محیطی نیز به عنوان متغیرهای مداخله‌گر و تأثیر گذار بر بهزیستی و رضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد، توجه کرد و درمان‌ها باید با یک رویکرد کلی‌نگر و ترکیبی، سعی داشته باشند تا حد امکان متغیرهای بیشتری که با این عامل مرتبط هستند، را شناسایی کنند. از سویی دیگر باید به متغیر بهزیستی ذهنی، به عنوان یک متغیر میانجی در ارتباط بین سلامت روانی و سلامت جسمانی در الگوی ارتباط بین بدن و روان در بافت کیفیت زندگی توجه شود و همانند نگرش روان‌شناسی مثبت، با تلفیق نظریه و تحقیق و با فراتر رفتن از نگاه صرف به آسیب‌شناسی روانی و توجه به بهزیستی ذهنی و شادابی انسان‌ها، به یک تصویر جامع از سلامت انسان دست پیدا کرد. با توجه به اینکه اولین بار این روش درمانی در این پژوهش به کار گرفته شده و از سویی دیگر سابقه پژوهشی مشابه این درمان در کشور وجود نداشته، و همچنین عدم مقایسه آن با سایر رویکردهای درمانی جدید، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارایی این روش درمانی را به صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد.

- 34- Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick DA. Randomized Controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Compu Hum Beha.* 2009; (25): 749-760.
- 35- Phillips D. *Quality of Life. (Concept, Policy And Practice)*: Rutledge Press; 2006.
- 36- Diener E, Lucas, RE, Oishi S. Subjective well-being. *J Clin Psychol.* 2002; (24): 25-41.
- 37- Lucas RE, Donnellan MB. How stable is happiness? Using the STARTS model to estimate the of life satisfaction. *J Res Per.* 2007; 41(5): 1091-1098.
- 38- Grossi E, Blessi GT, Sacco PL, Buscema M. The interaction between culture health and psychological well-being: data mining from the Italian culture and wellbeing project. *J Happ Study.* 2001.
- 39- Gonzalez JL, Jimenez BM. Personality and Subjective well-being: big five correlates and demographic variable. *Pers Individ Dif.* 2005; 38(7): 1561-1569.
- 40- Leonardi F, Spazzafumo L, Marcellini F. Subjective well-being: The constructionist point of view. A longitudinal study to verify the predictive power of Top-Down effects and Bottom-Up processes. *Soc Indi Res.* 2005; (7): 53-77.
- 41- Rod JC, Mooney CH. The subjective well-being: A test of its convergent, discriminate art hand-day and factorial validity. *Soc Indi Res.* 2005; (74): 445-476.
- 42- Ballew SH, Hannum MS, Gaines MJ, Marx KA, Parrish JM. The Role of spiritual experience and activites in the relationship between chronic illness and psychological wellbeing. *J Reli Hel.* 2011.
- 43- Seligman MEP, Rashid T, Parks A. Positive psychology. *The Am psychol.* 2006; 61(8): 774.
- 44- Kayes CLM. Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Coun Clin Psychol.* 2005; (73): 539-548.
- 45- Howell RT, Keren LM, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta Analytically determining the impact if well-being on objective health outcomes. *Heal Psychol Rev.* 2007; 1(1): 1-54.
- 46- Suldo SM, Shaffer E. Looking beyond psychopathology: The dual- factor model of mental health in youth. *Scho Psychol Rev.* 2008; 37(1): 52-68.
- 20- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and Validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scales. *J Per Soc Psychol.* 1998; (54): 1063-1070.
- 21- Diener E, Emmos RA. The independence of positive and negative affect. *J per soc psychol.* 1987; (47): 473-478.
- 22- Ositer GV, Smith MP, Smith D. Reliability of the positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in Medical rehabilitation. *Clin Rehabi J.* 2005; (19): 767-769.
- 23- Tellegen A. Structure of Mood and Personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. (1985). In A. H. Tuma & D. Maser(Eds). *Anxiety and the anxiety disorder* (pp. 681-706) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 24- Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depression disorder. *J Ab Psychol.* 1997; (97): 346-353.
- ۲۵- ابوالقاسمی فرحناز. 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، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی؛ ۱۳۸۲.
- 26- Pvot W, Diener E, Colvin CR, Sandrick E. Farther Validation of the satisfaction with life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Per Asse.* 1991; (51): 149-161.
- 27- Oishi S. Goals as Cornerstones of Subjective Well-being: Linking individuals and cultures In E. Diener & Suh(GDS). *Culture and subjective well being* Cambridge & London: The MIT Press; 2000.
- ۲۸- مظفری شهباز. همبسته‌های شخصیتی شادمانی ذهنی بر اساس الگوی پنج عاملی در میان دانشجویان دانشگاه شیراز [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد]. دانشگاه شیراز؛ ۱۳۸۲.
- ۲۹- غضنفری فیروزه. بهزیستی درونی از دیدگاه بین فرهنگی. مجله روان شناسی. ۱۳۸۵؛ ۴(۱۰): ۴۰۶-۴۲۱.
- 30- Goldberg DP, Blackwell D. *Detecting of Psychiatric illness by questionnaire.* London: Oxford University Press; 1972.
- 31- Shigemi TM, Toshihide T. Stability of Factor structure and correlation with perceived job stress in General Health Questionnaire: a three way survey over one year in Japanese workers. *J Occu Heal.* 2000; (42): 284-291.
- ۳۲- هومن علی. استاندارد سازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. موسسه تحقیقاتی دانشگاه تربیت معلم. ۱۳۷۶.
- 33- Sin N, Lyubomirsky S. Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *J Clin Psychol.* 2009; 65(5): 467-487.