

## اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان خانواده‌های بیماران روانی مزمن

علیرضا کیانی<sup>۱</sup> ID، کمال صولتی<sup>۲</sup> ID\*

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران؛ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۴

### چکیده:

زمینه و هدف: یکی از استرس‌های مهم در خانواده، ابتلاء یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی است که نه تنها اثر منفی بر بیمار، بلکه پیامدهای روانشناختی زیادی بر خانواده بیمار را به همراه دارد. پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT) بر سلامت روانی خانواده‌های بیماران روانی مزمن انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع نیمه تجربی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۶۰ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران روانی مزمن بودند که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای از مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان شهرکرد انتخاب شدند و به ترتیب ورود به مطالعه به صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره شامل گروه تجربی و کنترل تقسیم و بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک همانندسازی شدند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه چک‌لیست سلامت عمومی GHQ-28 بود که قبل و بعد از مداخلات بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید. آزمودنی‌های گروه تجربی، ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت هفتگی تحت روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای روی آن‌ها صورت نگرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT)، موجب بهبود سلامت روان خانواده‌های بیماران روانی مزمن می‌گردد به این معنا که در زمینه نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی به عنوان زیر مقیاس‌های سلامت روان بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده گردید ( $P \leq 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه می‌توان از روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT) به عنوان راهکاری برای توانمندسازی سلامت روانی خانواده‌های بیماران روانی مزمن استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی، خانواده، بیماران روانی مزمن.

### مقدمه:

در بیماری‌ها نمی‌توان نادیده گرفت؛ چراکه در آن صورت خانواده علیه درمان و تیم درمانی؛ با انکارها، پیش‌داوری‌ها، شرم و دوسویه‌گرایی اش مقابله خواهد کرد (۱).

زیان حاصل از بیماری‌های روانی از لحاظ آلام فردی، مصائب خانوادگی، شکست‌های تحصیلی و

بیماری‌های روانی مزمن مقوله‌ای بین فردی، اجتماعی و فرهنگی است و نباید تنها داستان تجربیات بیمار تلقی شود. زمانی که بیماری شدیدی وارد خانواده می‌شود، مانند مهمان ناخوانده تعادل حیاتی موجود در سیستم خانواده‌ها را در مرزها، نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و امیدها برهم می‌زند، بنابراین سیستم خانواده را

محسوب می‌شود (۱۱-۶). بر این اساس گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی، درمان جدیدی است که در حوزه روانشناسی مثبت‌گرا با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی در بافت زندگی تدوین شده است (۱۲). هدف اصلی کیفیت زندگی درمانی، بهبود بخشیدن به تمام جنبه‌های زندگی از جمله بعد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی است (۱۳).

اساس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر ۵ الگوی اصلی است که در ۱۶ حیطه مورد ارزیابی و درمان قرار می‌گیرد. این ۵ مفهوم که به اختصار کاسیو نامیده می‌شود، عبارتند از: ۱. شرایط زندگی، ۲. نگرش‌ها، ۳. استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف می‌کنیم، ۴. اهمیت به ارزش‌ها، ۵. رضایتمندی کلی از زندگی (حیطه‌های کم‌اهمیت‌تر). Casio ۵ مفهوم برای ایجاد رضایت در این حوزه‌هاست که بر اساس ایجاد رضایتمندی بین فاصله موجود بین آنچه شخص می‌خواهد و آنچه دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود و ۱۶ حیطه شامل: ۱. بهداشت و سلامت جسمانی، ۲. عزت‌نفس، ۳. اهداف و ارزش‌ها، ۴. کار، ۵. پول، ۶. تفریح و سرگرمی، ۷. یادگیری، ۸. خلاقیت، ۹. کمک به دیگران، ۱۰. عشق، ۱۱. دوستان، ۱۲. کودکان، ۱۳. خویشاوندان، ۱۴. خانه، ۱۵. اطرافیان، ۱۶. جامعه (۱۲، ۱۴).

در پژوهش‌های گذشته ثابت شده که متغیرهای مختلفی تحت تأثیر کیفیت زندگی درمانی قرار دارند و از زمان مطرح کردن این شیوه درمانی در مجامع علمی از این تکنیک در عرصه‌های مختلف آموزشی درمانی استفاده‌های مختلفی شده است (۱۲، ۱۵، ۱۶). در بررسی مقایسه کیفیت زندگی درمانی و درمان حمایتی در افرادی که در انتظار پیوند ریه بودند، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی درمانی با بهبود کیفیت زندگی، کاهش پریشانی روانی و افزایش صمیمیت اجتماعی همراه بوده است (۱۷). پژوهشی دیگر نشان داد که رضایت از

عاطفی و همچنین از دست دادن بهره‌وری شغلی و مرگ متفاوت است (۲). در مطالعه‌ای میزان علائم افسردگی و اضطراب در اعضای خانواده که از بیمار مزمن روانی مراقبت می‌کنند بین ۴۰٪ تا ۵۵٪ گزارش شده و این در حالی است که اضطراب و افسردگی ممکن است افراد را از مسیر زندگی خارج کرده به گونه‌ای که مهار زندگی از دست او خارج می‌کند (۱، ۳).

خانواده‌های بیماران روانی اغلب نخستین مراقبین این دسته از بیماران هستند؛ آن‌ها بار سنگین هزینه‌های درمان و مراقبت از بیمارشان را بر عهده داشته و افزون بر فشار و تنش ناشی از بیماری در یکی از عزیزان در معرض انگ اجتماعی، تبعیض و محدودیت قرار دادند. بروز اختلالات بدنی گوناگون مانند سردرد، کمردرد، میگرن، حمله قلبی، تنگی نفس از جمله مواردی بود که در تجربه‌های بیان شده توسط خانواده‌های دارای بیمار روانی اشاره شده است. همراه بیمار روانی افسردگی خود را بیان ننموده و آن‌ها را با شکایت بدنی مانند دردهای گوناگون و پراکنده یاد می‌کند (۳).

امروزه با پیدایش و گسترش روانشناسی سلامت و روانشناسی مثبت‌گرا که معتقد است هیجان‌پذیری منفی یا روان-نژندی، مانع بزرگی برای کسب شادمانی است، نگرش درباره اختلالات از چارچوب پزشکی و تک‌عاملی خارج شود (۴). آن‌ها 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).

کیفیت زندگی باورهای انسان از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این باورها با انتظارات، معیارها و اولویت‌های مورد نظر در زندگی هر یک از انسان‌ها

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه سلامت عمومی بود؛ فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که بعدها فرم‌های کوتاه‌تری نیز تهیه شد که متن سؤالات در خصوص وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به‌طور کلی سلامت عمومی، با تأکید بر مسائل روانشناختی و اجتماعی در زمان حال هست. فرم مورد استفاده در این مطالعه فرم ۲۸ سؤالی بود که از ۴ مقیاس تشکیل یافته که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد ۵ نمره به دست می‌آید که ۴ نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مقیاس به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. نمره هر فرد در کل پرسشنامه از ۰ تا ۸۴ و نمره هر زیر مقیاس از ۰ تا ۲۱ خواهد بود که نمره بیشتر در هر مقیاس نشانگر وضعیت نامطلوب می‌باشد (بیشتر از ۲۳). در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران، میزان هماهنگی درونی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷/۸۵ و ۰/۹۱ گزارش گردید و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۱).

جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش در تابستان ۹۳ با مراجعه به سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری و با همکاری و هماهنگی قسمت پژوهشی این مرکز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مراکز نگهداری بیماران روانی مزمن تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان شهرکرد نهایتاً دو مرکز انتخاب و پس از مراجعه به این مراکز و بررسی پرونده‌های بیماران از یکی از اعضای اصلی خانواده آن‌ها که مسئول مراقبت از بیمار بود، جهت شرکت در جلسه در مرکز دعوت به عمل آمد. سپس آزمون General Health Questionnaire (GHQ) روی این خانواده‌ها اجرا شد و تعداد ۶۰ نفر از کسانی که نمره آزمون آن‌ها بیشتر از ۲۳ بود به‌عنوان نمونه اصلی مطالعه انتخاب گردید که به‌صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره تجربی و کنترل تقسیم‌شده و گروه تجربی در

زندگی و دیگر جنبه‌های روانشناسی مثبت می‌تواند انواع ناسازگاری‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب مردان دارای بیماری قلبی را پیش‌بینی کند (۱۸). نتایج تحقیقی دیگر بر روی ۶۰ نفر که علائم بالینی افسردگی در آن‌ها مشخص شده بود نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر روی مولفه‌های کیفیت زندگی و همچنین خودکارآمدی آن‌ها تأثیر مثبت و معنی داری دارد (۱۹). پژوهشگران با استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی توانستند، در یک مرکز مشاوره کمال‌گرایی افراد را کاهش دهند و میزان رضایتمندی آن‌ها در زندگی را بهبود ببخشند (۲۰). با توجه به جدید بودن رویکرد کیفیت زندگی درمانی و از طرفی دیگر آمار بالای بیماران روانی در جامعه و بخصوص افراد در معرض خطر مثل خانواده‌های بیماران روانی مزمن و همچنین فقدان تحقیقات بالینی با رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر روی خانواده‌های روانی مزمن در ایران، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT) بر سلامت روانی خانواده‌های بیماران روانی مزمن انجام شده است.

## روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی که به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را خانواده‌های بیماران روانی مزمن (منظور از خانواده‌های بیمار روانی مزمن در این تحقیق خانواده‌های بیمار افسردگی اساسی، دوقطبی و اسکیزوفرنی می‌باشد) تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان شهرکرد تشکیل می‌داد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۵ تا ۵۵ سال، تحصیلات راهنمایی به بالا، وجود سلامت جسمانی در حد انجام آزمون، کسب نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی (بالتر از ۲۳) و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل سابقه دریافت درمان‌های روانشناختی در ۶ ماه گذشته و سابقه مصرف داروهای روانپزشکی بود.

مختلف زندگی و همچنین کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد مختلف زندگی (۱۶). جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### یافته‌ها:

بر اساس نتایج از نظر سنی بیشترین فراوانی مربوط به افراد ۳۰ تا ۴۰ سال با ۴۳٪ و از نظر تأهل، اکثریت آزمودنی‌ها را متأهلین با ۷۳٪ را تشکیل می‌دهند و بیش از ۴۰٪ آزمودنی‌ها از نظر سطح تحصیلات را افراد با تحصیلات دیپلم تشکیل داده‌اند (جدول شماره ۱).

#### جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه

نمونه بر اساس جنسیت، سن و میزان تحصیلات

متغیر	شاخص‌های آماری	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۳۰ سال	۱۴	۲۳
	۳۰-۴۰ سال	۲۶	۴۳
	بالای ۴۰ سال	۲۰	۳۴
تأهل	مجرد	۱۶	۲۷
	متأهل	۴۴	۷۳
تحصیلات	راهنمایی	۱۷	۲۸
	دیپلم	۲۵	۴۲
	فوق‌دیپلم	۱۲	۲۰
	لیسانس	۶	۱۰

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات مربوط به ۴ خرده مقیاس سلامت روان در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است ولی در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تغییری مشاهده نمی‌شود.

۸ جلسه به صورت گروهی تحت درمان کیفیت زندگی درمانی قرار گرفتند. طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای روی گروه کنترل صورت نگرفت. پس از اتمام جلسات آزمون GHQ مجدداً بر روی دو گروه اجرا گردید. کیفیت زندگی درمانی در ۵ مفهوم اصلی انجام شد، این ۵ مفهوم به طور خلاصه Casio (حروف اول ۵ کلمه) نامیده می‌شوند و عبارت‌اند از ۱. شرایط عینی، ۲. نگرش، ۳. معیارها و اهداف، ۴. اولویت‌ها، ۵. سایر حیطه‌ها. محتوای جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به طور خلاصه شامل: جلسه اول: برقراری ارتباط، بیان اهداف و قواعد، مطرح کردن رازداری، تبیین کیفیت زندگی درمانی، کاربرد استعاره در درمان؛ جلسه دوم: مرور مطالب قبل، ارزیابی، مفهوم‌سازی و طرح درمانی، آموزش غنای درونی، کیفیت زمان و معنا‌یابی، ارائه تکلیف؛ جلسه سوم: مرور تکالیف، معرفی CASIO شروع از بعد C به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در کیفیت زندگی درمانی، آموزش کنترل هیجانی و بحث درباره حیطه روابط، ارائه تکلیف؛ جلسه چهارم: مرور مطالب و بررسی تکالیف، معرفی CASIO شروع از بعد A به عنوان استراتژی دوم، آموزش مهارت‌های کنترل زندگی، آموزش ثبت روزانه استرس و دروغ‌سنج، ارائه تکلیف؛ جلسه پنجم: مرور مطالب و بررسی تکالیف، معرفی CASIO شروع از بعد S به عنوان استراتژی سوم توضیح اصل انجام فرآینددار بودن کارها به جای نتیجه مدار و واقع‌بینانه برخورد کردن در زندگی برای افزایش رضایتمندی از زندگی و شادکامی، ارائه تکلیف؛ جلسه ششم: مرور مطالب و تکالیف، معرفی CASIO شروع از بعد I به عنوان استراتژی چهارم و آموزش تکنیک‌های ترسناک‌ترین آگهی درگذشت و تکنیک کیک شادمانی، ارائه تکلیف؛ جلسه هفتم: مرور مطالب و تکالیف جلسه قبل، معرفی CASIO شروع از بعد C به عنوان استراتژی پنجم، آموزش تکنیک سبد تخم‌مرغ‌ها و اصول مربوط به این حیطه؛ جلسه هشتم: بیان خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده در جلسات قبل، جمع‌بندی مطالب، آموزش تعمیم CASIO در شرایط

**جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی درمانی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر هریک از خرده مقیاس‌های سلامت عمومی**

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۱۳/۹۰ $\pm$ ۲/۹۰	۸/۴۷ $\pm$ ۲/۸۰
	کنترل	۱۳/۵۷ $\pm$ ۲/۳۶	۱۴/۸۰ $\pm$ ۲/۳۹
نارسا کنش‌گری اجتماعی	آزمایش	۱۴/۳۷ $\pm$ ۲/۷۱	۸/۶ $\pm$ ۲/۸۷
	کنترل	۱۴/۸۳ $\pm$ ۲/۷۵	۱۴/۲۳ $\pm$ ۲/۷۹
اضطراب	آزمایش	۱۴/۵۳ $\pm$ ۲/۶۴	۹/۱۰ $\pm$ ۲/۹۳
	کنترل	۱۴/۱۳ $\pm$ ۲/۶۲	۱۴/۱۷ $\pm$ ۲/۷۵
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۱۳/۹۳ $\pm$ ۲/۸۵	۸/۶۷ $\pm$ ۲/۹۰
	کنترل	۱۳/۷۰ $\pm$ ۲/۶۴	۱۴/۷۷ $\pm$ ۲/۳۲

**جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات سلامت روان در دو گروه**

منبع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۳۴/۶۱۹	۲۸/۲۴	۰/۰۰
	عضویت گروهی	۱	۶۳۵/۵۳۲	۱۳۳/۳۵۴	۰/۰۰
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۱۰۱/۰۳۲	۱۵/۰۸۵	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۱	۴۱۱/۸۰۵	۶۱/۴۷۴	۰/۰۰۷
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱	۱۱۶/۲۱۴	۲۲/۲۴	۰/۰۰
	عضویت گروهی	۱	۵۷۸/۹۶۲	۶۴/۵۳	۰/۰۰
نارسا کنش‌گری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱	۱۹۵/۳۷۷	۳۹/۰۴۹	۰/۰۰
	عضویت گروهی	۱	۴۲۲/۲۶۶	۸۴/۳۸۹	۰/۰۰
مجموع سلامت روان	پیش‌آزمون	۱	۴۵۰	۶/۶۶۱	۰/۰۱۲
	عضویت گروهی	۱	۴۸۲/۳۷۷	۷۱۴/۴۹۰	۰/۰۰

مطالعه نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی خانواده بیماران مزمن روانی تأثیر مثبت داشته که با پژوهش‌های محققین همسو بوده است که شاید دلیل این همسویی استفاده مشترک از روش درمانی یکسان می‌باشد (۱۹، ۱۸، ۱۴، ۴). با توجه به نتایج به‌دست آمده برای عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) مشاهده می‌شود، تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد؛ درحالی که بین پیش‌آزمون و

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی میزان سلامت روان این افراد را افزایش داده است.

### بحث:

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان خانواده‌های بیماران روانی مزمن انجام شد و یافته‌های

مرحله پس‌آزمون بود (۲۳). دلیل این همسویی نیز استفاده مشترک از روش درمانی یکسان می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به مداخلاتی که در طی این ۸ جلسه در زمینه غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی و همچنین برنامه‌هایی برای کنترل هیجان اجرا شد. در زمینه کاهش اضطراب در خانواده‌های بیماران روانی مزمن موثر بوده است.

نتایج حاصل از تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر کاهش علائم جسمانی خانواده‌های بیماران روانی مزمن با پژوهش قاسمی و همکاران همسو بوده است. قاسمی و همکاران در یک مرکز مشاوره تعدادی از مراجعین که با پرسشنامه‌های مخصوص مشخص شد که از لحاظ سلامت روان و بهزیستی ذهنی پایین بودند. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر روی آن‌ها انجام شد. نتایج حاصل نشان داد که این نوع درمان بر روی افسردگی، نشانه‌های جسمانی سازی و بدکاری‌های اجتماعی تأثیر دارد؛ ولی بر روی اضطراب آن‌ها تأثیری نداشت همچنین این نوع درمان بر بهزیستی ذهنی بعد هیجانی (افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی) اثر داشته اما در بعد شناختی آزمودنی‌ها تأثیری ایجاد نکرد (۱۴).

یافته‌های حاصل از مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر عملکرد اجتماعی خانواده بیماران مزمن روانی با پژوهش‌های محققین همسو بوده است (۱۴، ۱۷، ۲۲). بدین‌صورت با توجه به نتایج به‌دست‌آمده برای عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) و با توجه به اینکه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر روابط اجتماعی تأکید خاصی دارد و یکی از بسترها و شرایط لازم رسیدن به رضایتمندی را در این بعد می‌داند و به مراجعان در این زمینه با توجه به مشکلاتی که داشتند، آموزش‌های لازم ارائه شد. مشاهده می‌شود تفاوت معنی داری بین دو گروه

پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت معنی دار نبود. با توجه به اینکه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی از ترکیبی از روانشناسی مثبت‌سلیگمن و شناخت درمانی بک است علاوه بر تأثیراتی که مانند شناخت درمانی بر روی طرحواره‌های منفی می‌گذارد باعث تقویت طرحواره‌های مثبت شده و در همان حین اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب را درمان می‌کند؛ بنابراین طبق نتایج حاصل می‌توان ادعا کرد که مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر کاهش افسردگی در خانواده‌های بیماران مزمن روانی موثر است.

نتایج حاصله تأثیر مثبت کیفیت زندگی درمانی بر کاهش اضطراب خانواده‌های بیماران روانی مزمن را نشان می‌دهد که با پژوهش‌های محققین همسو بود (۳، ۲۲، ۲۳). طغیانی در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان، بهزیستی ذهنی و عملکرد تحصیلی نوجوانان پسر به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی میزان سلامت روان آزمودنی‌های گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنی داری افزایش داده و این درمان میزان بهزیستی کل آزمودنی‌ها را نسبت به گروه گواه به‌طور معنی داری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است (۲۲).

فروستان نیز در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، کیفیت زندگی درمانی و ماساژ درمانی بر شدت درد، کیفیت درد، افسردگی و اضطراب و استرس در زنان مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی به این نتیجه رسید که هم درمان شناختی- رفتاری و هم درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث کاهش بر شدت درد، کیفیت درد، افسردگی و اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود؛ ولی نوع دیگر درمان (ماساژ درمانی) باعث کاهش شدت درد، کیفیت درد و افسردگی تنها در

نوع درمان روی خانواده‌های این بیماران در نظر داشته باشند تا به افزایش بهره‌وری این خانواده‌ها هم در مورد مراقبت از بیماران شان و هم در افزایش سلامت جسمی و روانی آن‌ها کمک نماید.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ۶۲۶۲۰۷۰۱۹۳۱۰۱۳ در دانشگاه آزاد واحد زنجان می‌باشد که بدین وسیله از تمام خانواده‌های بیماران روانی مزمن تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان شهرکرد و همچنین مسئولان محترم مراکز بهزیستی که در جریان این تحقیق به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

وجود دارد؛ درحالی که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت معنی دار نبود.

### نتیجه گیری:

بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان نتیجه‌گیری کرد: مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان خانواده‌های بیماران مزمن روانی موثر است. با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی روی سلامت روان خانواده‌های بیماران مزمن روانی لازم سازمان بهزیستی و سایر مراکز تخصصی که با بیماران مزمن سروکار دارند. تمهیداتی جهت ارائه خدمات روانشناختی بخصوص این

### منابع:

1. Mojaradkayani AH, Ghanbare Hashemabade GH. Assessing the effectiveness of educational interventions on mental group family practice patients with mood disorders, J Couns Psychoth Fami. 2011; 1(3): 399-412.
2. Amen DG, Routh LC. Healing anxiety and depression, Translated to Persian by: Fahame MB, Kavoshneya M, Mohamadkarem Khodapanaha MK. Tehran: Martyr Beheshti University Center Pub; 2003.
3. Emami Z, Kajbaf MB, The Effectiveness of quality of life therapy on anxiety and depression in female high school students. J Cogn Behav Sci. 2014; 4(2): 89-102.
4. Diener E, Seligman ME. Very happy people. Psychol Sci. 2002; 13(1): 81-4.
5. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. Am Psychol. 2000; 55(1): 5-14.
6. Frisch M. The Quality of Life Inventory: A cognitive-behavioral tool for complete problem assessment, treatment planning, and outcome evaluation. Behav Ther. 1993; 16: 42-4.
7. Frisch MB. Quality of Life Inventory (QOLI). J Consult Clin Psychol. 1994; 4: 92-101.
8. Frisch MB. Quality of life therapy and assessment in health care. Clin Psychol. 1998; 5(1): 19-40.
9. Frisch M. Use of the QoLI or quality of life inventory in quality of life therapy and assessment. Use Psychol Test Treat Plan Outcome Assess. 2004; 3: 749-98.
10. Yao G, Wu C-h, Yang C-t. Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. Soc Indic Res. 2008; 85(3): 483-98.
11. Wimberley DW. Quality of life trends in the Southern Black Belt, 1980-2005: a research note. J Rur Soci Sci. 2010; 25(1): 103-18.
12. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. USA: John Wiley & Sons; 2005.
13. Eid M, Larsen RJ. The science of subjective well-being: Guilford Press; 2008.

14. Ghasemi N, Kalantare M, Molavi H. Effectiveness of treatment on quality of life, well-being and health counseling centers [Thesis]. Isfahan: Isfahan University.
15. Kwon JS, CHOI JS. Social functioning and quality of life as measures of effectiveness in the treatment of schizophrenia. *World Psychiat*. 2009; 8(1): 35-6.
16. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 61.
17. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL. A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *Am J Transplant*. 2005; 5(10): 2425-32.
18. Sanjuán P, Ruiz Á, Pérez A. Life satisfaction and positive adjustment as predictors of emotional distress in men with coronary heart disease. *J Happiness Stud*. 2011; 12(6): 1035-47.
19. Grant GM, Salcedo V, Hynan LS, Frisch MB, Puster K. Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychol Rep*. 1995; 76(3): 1203-8.
20. Roshanfar AR, Mokhtari S, Padash Z. Effectiveness of educational based on quality of life therapy on perfectionism. *J Heal Syst Res*. 2013; 9(8): 886-95.
21. Taghavi M. Assessment of the Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. *J Psychology*. 2001; 5(3): 381-398.
22. Togyani M. The effect of treatment on quality of life, mental health and wellbeing of children and adolescents [Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2013.
23. Forodastan M, Asgari K, Abedi MR. Parative efficacy of cognitive therapy, massage therapy and quality of life therapy on pain, quality of pain, depression, anxiety and stress in women with chronic musculoskeletal pain [Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2013.



## The effect of quality of life therapy (QOLT) on mental health for the families of chronic psychotic patients

Kiani A<sup>1</sup>, Solati K<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Clinical Psychology Dept., Zanjan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Zanjan, I.R. Iran; <sup>2</sup>Clinical Psychology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 4/May/2015

Accepted: 17/July/2018

**Background and aims:** One of the important stresses in the family is the fact that a family member suffers from a mental illness. It not only has a negative effect on the patient, but also has a lot of psychological consequences on the patient's family. This research examines (studies) the effect of quality of life therapy (QOLT) on mental health for the families of chronic psychotic patients.

**Methods:** This is a semi-experimental research in pretest-posttest with the control group. The samples were 60 individuals from families who had chronic psychopathic patients, and were selected randomly from support center by Behzisti organization in Shahrekord. The subjects were divided into two groups containing 30 individuals in each group, randomly, and then they got homogenous according to demographic characteristics. The used tools were checklist about general health GHQ-28, performed before and after treatment on subject. The experimental group treated based on quality of life for 8 sessions and each session for 2 hours, but the control group received no treatment. The obtained data were analyzed using co-variance statistic test by SPSS.

**Results:** According to the results, quality of life therapy improves mental health in the families of chronic psychotic patients, that is, there is a significant difference between two groups in posttest and after intervention in physical signs, anxiety, insomnia, social insufficient interaction, and depression as mental health subscales ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to results, quality of life therapy can be used to empower mental health in the families of chronic psychotic patients.

**Keywords:** Quality of life therapy, Mental health, family, Chronic psychotic patients.

**Cite this article as:** Kiani A, Solati K. The effect of quality of life therapy (QOLT) on mental health for the families of chronic psychotic patients. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2018; 20(3): 51-58.

---

**\*Corresponding author:**

*Clinical Psychology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.*  
*Tel: 00989133810718, E-mail: kamal\_solati@yahoo.com*