بررسی اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فِریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان

علیرضا روشنفر[۱]، زهرا پاداش[۲]، سمانه مختاری[۳]، زهرا ایزدی خواه[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی افراد نقش تعیین‌کننده‌ای در رضایت آنان از زندگی ایفا می‌کند و رضایتمندی از زندگی عامل مؤثری در بهداشت روانی افراد جامعه می‌باشد. بنابراین شناخت روش‌ها و شیوه‌های آموزش کارآمد و مؤثری که بتواند در جهت افزایش کیفیت زندگی افراد مؤثر واقع شود گامی مهم و اساسی در ارتقا رضایتمندی و در نتیجه افزایش بهداشت روانی آنان محسوب می‌گردد.

لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فِرِش بر کیفیت زندگی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بوده، جامعه آماری این پژوهش افراد مراجعه کننده به ۳ مراکز مشاوره شهر اصفهان (مرکز مشاوره دولتی دانشگاه صنعتی، مرکز مشاوره بوستان، مرکز مشاوره الفبای زندگی) در سال ۱۳۹۱ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ افراد مراجعه کننده بود که از بین افراد در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. مراجعه کنندگان گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه در هشت هفته تحت آموزش به شیوه کیفیت زندگی درمانی قرار گرفتند و در پایان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF) بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و P>۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت زندگی افراد مؤثر بوده است (P<۰/۰۱). همچنین نتایج نشان داد آموزش کیفیت زندگی درمانی، نمرات افراد را در پس‌آزمون گروه آزمایش در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط افزایش داده است (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش تأییدکننده تأثیر مثبت آموزش رویکرد مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی افراد و افزایش‌دهنده رضایتمندی آنان از زندگی بود.

واژه‌های کلیدی: آموزش، روان درمانی، نظریه فِریش، کیفیت زندگی

ارجاع: روشنفر علیرضا، پاداش زهرا، مختاری سمانه، ایزدی‌خواه زهرا. **بررسی اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فِریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت: ۲۰۴۶-۲۰۵۵.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۲۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۸/۲۲**

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر مجلسی،گروه معارف ، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول) Email: alirezaroshanfar@Gmail.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده. دانشکده روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

کیفیت زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده و هست. در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را داشت. 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 (۱). کیفیت زندگی مفهومی پویا و وسیع‌تر از سلامتی است (۲).

پژوهشگران بر سه اصل در ارتباط با کیفیت زندگی اتفاق‌نظر دارند. ۱- کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و به قضاوت افراد راجع به کیفیت زندگی بستگی دارد، ۲- کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است به این معنی که فرآیندی وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخالت دارد، ۳- کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود (۳).

فریش (۴)، معتقد است کیفیت زندگی به شکل آشکار یا پنهان در نقطه مقابل کمیت قرار می‌گیرد و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که ممکن است عالی، رضایت‌آمیز و لذت‌بخش باشد. در واقع کیفیت زندگی مفهومی پویا و ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی متناسب با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق که در آن هستند تعریف می‌شود (۵). کیفیت زندگی سعی در کم کردن فاصله بین انتظارات و آرزوها و آن چیزی است که واقعاً اتفاق می‌افتد. یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فایق آمدن بر مشکلات بروز می‌کند، در واقع کیفیت زندگی به وسیله فرد، ارزیابی و توصیف می‌شود (۴) و این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همان معنی و مفهوم را نداشته باشد (۶). Wang وVan den، کیفیت زندگی را یک سازه بهزیستی روان‌شناختی کلی معرفی نموده‌اند که به وسیله احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، مشخص و اندازه‌گیری می‌شود. آنان تأکید کرده‌اند که بهزیستی روانی، سازه‌ای چند بعدی است و به صورت عاطفه (احساس مثبت)، شناخت (زندگی قابل درک و کنترل)، رفتار (علاقه به کار و فعالیت)، خودپنداره (توانایی اثبات خویش)، و روابط بین‌فردی (تعادل اجتماعی) بروز می‌کند (۷). رویکردهای گوناگونی جهت افزایش کیفیت زندگی افراد تدوین شده است که می توان که به رویکرهای آسیب‌شناسی و تشخیصی و رویکردهای بهزیستی ذهن و روانشناسی مثبت اشاره کرد (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳).

یکی از رویکردهایی که در حوزه رواشناسی مثبت می‌باشد و با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی (subjective well-being)، ارتقا رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی و ... در بافت زندگی تدوین شده است، درمان مبتنی برکیفیت زندگی است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت (action theory) Csikszentmihalyi با روان‌شناسی مثبت سلیگمن، توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است.

گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی -رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۶ حوزه اصلی زندگی می‌باشد که عبارتند از: ۱- بهداشت و سلامت جسمانی، ۲- عزت‌نفس، ۳- اهداف و ارزش‌ها، ۴- پول و مادیات، ۵- کار، ۶- بازی، ۷-یادگیری، ۸- خلاقیت، ۹- کمک به دیگران، ۱۰- عشق، ۱۱- دوستان، ۱۲- فرزندان، ۱۳- خویشاوندان، ۱۴- خانه و همسایه‌ها، ۱۵- جامعه، ۱۶- همسر. فریش معتقد است که مطالعه بهزیستی افراد و جوامع و ارتقا آن بزرگترین چالش علمی بشر بعد از افزایش و پیشرفت در زمینه تکنولوژی، پزشکی و ثروت است (۴). به همین دلیل درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی در افراد باشند 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 (۱۴).

این درمان مانند روان‌درمانی‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقا شادی و بهزیستی انسان‌ها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است و با تأکید مفرط بر بهبود بخشیدن به مجموع کیفیت زندگی به عنوان هدف اصلی تمام مداخلات، اصلاح آن را به دلیل اینکه؛ مردم تمایل دارند که زندگی آنان پاداش‌دهنده و سودمند باشد و فقط به دنبال چیره شدن و غلبه کردن بر مشکلات نیستند و اینکه بعضی از مواقع در حل کردن مشکل، نیاز نیست که فقط به خود مشکل توجه کنیم بلکه باید به توانمندی‌های هر فرد جدا از مشکل وی توجه کرد. زیرا بخش عمده‌ای از حل مشکل از توسعه و رشد توانمندی‌ها و پتانسیل‌ها انجام می‌پذیرد و در نهایت این نکته که بسیاری از مردم به دنبال جستجوی زندگی کامل هستند و به همین دلیل به دنبال متخصصانی هستند که به آنها در رسیدن به این هدف کمک کنند، برای افراد مهم و ضروری می‌داند (۴). در این مدل، درمان در کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی - رفتاری در ۵ مفهوم اصلی انجام می‌شود این پنج مفهوم به طور خلاصه CASIO (حروف اول پنج کلمه) نامیده می‌شود و عبارتند از: شرایط زندگی (circumstance)، نگرش‌ها (Attitude) یا چگونگی ادراک توسط شخص، استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم (standards of fulfillment)، ارزش‌ها (Importance)، رضایت کلی از زندگی (overall satisfaction) در دیگر حیطه‌های زندگی که دغدغه فرد نیست. CASIO پنج استراتژی برای ایجاد رضایت در ۱۶ حوزه است که بر اساس ایجاد رضایت‌مندی بین فاصله موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (۴). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی و احساس خودکارآمدی و بهزیستی ذهن افراد مبتلا به افسردگی (۱۵، ۱) و بر کیفیت زندگی، آشفتگی‌های خلقی و صمیمت اجتماعی بیماران مبتلا به سیروز کبدی (۱۶) تاثیر مثبت داشته است. پژوهش حاضر به دنبال افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با رویکرد جدید فریش به نام روان درمان مبتنی بر نظریه فریش با تمرکز بر ۱۶ حیطه اصلی زندگی افراد و با مدل پنج عاملی (CASIO) در مراجعان به مراکز مشاوره شهر اصفهان می‌باشد. اهمیت این پژوهش در این می‌باشد که می‌توان با استفاده از روان درمانی مبتنی بر نظریه فِریش، حیطه‌های ناراضی زندگی افراد را شناسایی کرد و با تغییر نگرش و زاویه دید آنها و تمرکز و سرمایه‌گذاری بر سایر حیطه‌های زندگی به افزایش رضایت از زندگی افراد کمک کرد. لذا هدف از این پژوهش آموزش روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه فریش بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت‌مندی مراجعان بود.

روش‌ها

این پژوهش، از نوع پژوهش های نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون است که در آن از گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش افراد مراجعه کننده به ۳ مراکز مشاوره شهر اصفهان (مرکز مشاوره دولتی دانشگاه صنعتی، مرکز مشاوره بوستان، مرکز مشاوره الفبای زندگی) در سال ۱۳۹۱ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود که از طریق اطلاعیه تبلیغاتی جهت بهبود کیفیت زندگی، از جلسات آموزش مطلع شده بودند و به صورت داوطلب در دوره آموزشی ثبت نام کرده بودند که از بین افراد ثبت نام شده با اعمال شرایط ورودی که عبارت بود از دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و شرایط سنی بین ۲۰ تا ۴۵، نداشتن مشکلات حاد روانی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی، نمونه ذکر شده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) قرار داده شدند. در روش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است و پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش تحت آموزش رویکرد روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در ۸ جلسه هفتگی هر جلسه ۲ ساعته قرار گرفتند و در پایان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد.

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به

ذکر است به دلیل ملاحظات اخلاقی گروه گواه در لیست انتظار آموزش قرار داشتند و پس از اجرای پژوهش گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. دلیل استفاده از این پرسش‌نامه به جهت همخوانی رضایت‌بخشی که در مطالعات مختلف نشان داده و نیز به دلیل کم بودن تعداد سؤلات و در نتیجه راحتی استفاده از آن بوده است همچنین به دلیل مقبولیت بالای پرسش‌نامه در جوامع مختلف و موارد استفاده فراوان از آن در پژوهش‌های گوناگون (۱۸) از این پرسش‌نامه جهت پژوهش حاضر استفاده شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردد و شامل ۲۶ ماده است که ۴ حوزه مرتبط با سلامت جسمانی (۶ سؤال شامل سؤالات ۳، ۴،۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷)، سلامت روان (۷ سؤال شامل سؤالات ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۸، ۱۹)، روابط اجتماعی (۳ سؤال شامل سؤالات ۲۰، ۲۱، ۲۲)، و سلامت محیط (۸ سؤال شامل سؤالات ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶) را ارزیابی می‌کند. ۲ سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت، سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ به هر سؤال با طیف لیکرت ۵ تایی (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۸ تا ۱۱۸ است. با توجه به نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه (جمع کلی نمرات) نمره بالاتر نشانه کیفیت زندگی بالاتر است (۱۸). مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از روایی افتراقی، روایی محتوایی، پایایی آزمون–آزمون مجدد خوبی برخوردار است (۵، ۱۷). این پرسش‌نامه توسط نجات و همکاران، از زبان اصلی به فارسی برگردان و با زبان اصلی از طریق ترجمه مجدد مطابقت داده شد. اعتبار پرسش‌نامه با اجرا بر روی ۱۱۶۷ نفر از روش آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ایی حاصل از آزمون مجدد در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمده است. روایی آزمون در پژوهش انجام شده معتبر گزارش شده است. و پرسش‌نامه روایی، پایایی و عوامل ساختاری قابل قبولی جهت اجرا در جامعه ایرانی را دارا می‌باشد (۱۸).

جدول ۱: سرفصل محتوایی جلسه‌های آموزش کیفیت زندگی

جلسه اول	**جلسه معارفه و آشنایی، بیان اهداف و معرفی دوره آموزشی، بحث درباره کیفیت زندگی و رضایت از آن، شادی،اجرای پیش‌آزمون، بازخورد**
جلسه دوم	مروری بر جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی، معرفی ابعاد آن، گفتگو درباره درخت زندگی، کشف مواردی از مشکلات افراد، خلاصه مطالب، بازخورد
جلسه سوم	مرور مطالب قبل، معرفی CASIO، شروع از بعد C به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در کیفیت زندگی افراد
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، بحث درباره CASIO معرفی A به عنوان استراتژی دوم و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، ادامه بحث درباره CASIO معرفی SIO به عنوان استراتژی‌های سوم، چهارم، پنجم، برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کار برای این اصول برای افزایش رضایت از زندگی
جلسه هفتم	مرور مطالب قبل، ادامه بحث درباره اصول کیفیت زندگی، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در آن حیطه
جلسه هشتم	بیان خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در طی جلسه‌های قبل، جمع‌بندی مطالب، آموزش تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون زندگی، اجرای پس آزمون

یافته‌ها

در این پژوهش در هر گروه ۱۶ نفر شرکت داشتند که از این ۱۶ نفر ۶ مرد و ۱۰ نفر زن بودند. همچنین در هر گروه ۹ متاهل و ۸ مجرد شرکت داشتند. دامنه سنی گروه ها بین ۲۰ تا ۴۵ سال(میانگین ۳۲/۸) بودند. هر دو گروه از نظر وضعیت تأهل و جنسیت با هم همسان شدند. همچنین سن و

تحصیلات مورد کنترل آماری قرار گرفت. داده ها با آمار توصیفی، جدول میانگین، انحراف معیار و با روش تحلیل کواریانس و تحلیل MANCOVA با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. فرضیه اول: آموزش روان درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان مرکز مشاوره موثر است. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های گروه آزمایش و گواه در پرسش نامه کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب در گروه آزمایش، میانگین ۷۸/۳۸، ۹۴/۹۳ و انحراف معیار ۸/۳۲، ۹/۶۰ و در گروه گواه، میانگین ۷۹/۳۷، ۸۲/۰۶ و انحراف معیار ۱۰/۰۲، ۱۲/۸۶ بدست آمد(جدول۱). نتایج آزمون T مستقل (جدول شماره۲) نشان داد بین دو گروه قبل از انجام برنامه آموزشی تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). همان طور که مشاهده می شود میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون بیشتر است. برای تعیین معنی داری این تفاوت با توجه به این که لازم است که پیش آزمون، سن و تحصیلات مهار شود از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. از آنجایی که از جمله پیش فرضها استفاده از این آزمون، همسانی واریانس ها، نرمال بودن و همگنی شیب ها است. در ادامه این پیش فرضها بررسی شدند (جدول۳).

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، پیش فرض تساوی واریانسها، نرمالیتی و همگنی شیب ها ی نمرات در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. بنایر این فرض صفر یعنی همگنی شیبها، نرمال بودن و همگنی واریانسها پذیرفته می شود و آزمون تحلیل کواریانس مقدور است.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کواریانس آمده است.همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، تفاوت معنی داری بین نمرات کیفیت از زندگی گروه آزمایش و گواه وجود دارد. بنابراین میتوان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر روان درمانی فریش بر کیفیت زندگی مراجعان تأثیر داشته و فرضیه مذکور پذیرفته می شود (P<۰/۰۵).

فرضیه دوم: آموزش روان درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی مراجعان موثر بوده است.

در جدول ۵ میانگین ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون آمده است. برای مشخص نمودن این که آموزش روان درمانی بر کدام ابعاد کیفیت زندگی تأثیر داشته است از آزمون MANCOVA استفاده شد تا بتوان پیش آزمون هر یک از ابعاد را کنترل نمود.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین نمرات گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون در ابعاد سلامت جسمانی(P<۰/۰۵)، سلامت روان (P<۰/۰۵)، روابط اجتماعی (P<۰/۰۵) و سلامت محیط (P<۰/۰۵) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش روان درمانی مبتی بر نظریه فریش بر این ابعاد تأثیر داشته است.

جدول ۱: میانگین وانحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در دوگروه آزمایش و گواه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۷۸/۳۸	۸/۳۲	۹۴/۹۳	۹/۶۰
گواه	۷۹/۳۷	۱۰/۰۲	۸۲/۰۶	۱۲/۸۶

N=۳۲

جدول ۲: نتایج آزمون t مستقل، مقایسه میانگین نمرات کیفت زندگی گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون

df	T	سطح معنی داری
۳۰	-۰/۳۰۷	۰/۷۶

جدول ۳: نتایج پیش فرض‌ها، آزمون لوین، همگنی شیب‌ها و آزمون شاپیرو

همگنی واریانس		همگنی شیب ها		آزمون شاپیرو	
آزمون لوین	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری	df	معنی‌داری
۰/۰۷۳	۰/۷۸۹	۱/۰۴۴	۰/۳۱	۱۶	۰/۲

جدول۴: نتایج تحلیل کواریانس نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۸۷۴/۳۶۲	۱	۲۸۷۴/۳۶۲	۸۴/۰۷۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۴	۱
عضویت گروهی	۱۵۴۹/۱۰۴	۱	۱۵۴۹/۱۰۴	۴۵/۳۰۹	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰	۱

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار
سلامت	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۸۱	۲/۴۰
		پس‌آزمون	۲۳/۰۰	۲/۸۵
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰/۰۰	۲/۲۵
		پس‌آزمون	۲۰/۶۲	۳/۲۰
سلامت روان	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۲۵	۲/۶۷
		پس‌آزمون	۲۴/۸۱	۲/۹۷
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰/۵۶	۳/۹۹
		پس‌آزمون	۲۱/۳۷	۴/۲۷
روابط اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۸/۸۷	۱/۹۶
		پس‌آزمون	۱۰/۹۳	۱/۲۸
	گواه	پیش‌آزمون	۸/۶۲	۲/۳۶
		پس‌آزمون	۹/۰۶	۲/۲۰
سلامت محیط	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۳/۹۳	۳/۴۳
		پس‌آزمون	۲۸/۲۵	۵/۸۴
	گواه	پیش‌آزمون	۲۳/۸۱	۳/۱۲
		پس‌آزمون	۲۴/۵۰۰	۳/۷۷

N=۳۲

جدول ۶ :نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش روان درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی

متغیر وابسته	ابعاد	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
سلامت	۵۴/۱۷۲	۱	۵۴/۱۷۲	۱۱/۲۶۵	۰/۰۰۲	۰/۲۸	۰/۹۰
سلامت روان	۱۱۱/۶۹۷	۱	۱۱۱/۶۹۷	۱۹/۱۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۹	۰/۹۸
روابط اجتماعی	۳۲/۲۵۸	۱	۳۲/۲۵۸	۱۸/۴۸۵	۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۹۸
سلامت محیط	۱۲۹/۷۲۷	۱	۱۲۹/۷۲۷	۲۸/۷۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۸۹

بحث

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش رواندرمانی مبتنی بر نظریه فِریش بر کیفیت زندگی مراجعان به مراکز مشاوره اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که آموزش روان‌درمان مبتنی بر نظریه فِریش بر کیفیت زندگی مراجعان مؤثر بوده است.

روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فِریش تلفیقی از رویکرد شناختی و روانشناسی مثبت است و در دو مورد از استراتژی‌های درمانی خود، یعنی تغییر نگرش (A) و تغییر اهداف و استانداردها (S)، با استفاده از تکنیک‌های شناختی به تغییر در شناخت‌ها و اسنادهای افراد پرداخته است. این در حالی است که پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که نگرش‌ها و باورهای اسنادی و نوع اهداف در احساس کیفیت زندگی مراجعان نقش اساسی دارد و با کیفیت زندگی مراجعان مرتبط است (۱۹، ۲۰). و به نظر می‌رسد این دو استراتژی تنها گوشه‌ای از این درمان می‌باشد. رویکرد فریش برای افزایش رضایت در زندگی به گونه‌ای است که فقط بر یک حیطه زندگی توجه نمی‌کند، بلکه با توجه به ۱۶ حیطه و ارایه راهکارهای شناختی به تغییر رضایت در این حیطه‌ها می‌پردازد. همچنین این رویکرد به چالش با این نوع تفکر می‌پردازد که افراد فقط در یک بعد به درمان بپردازند؛ چرا که رضایت انسان از زندگی تحت تأثیر ابعاد گوناگونی است و به سلامت روان و کیفیت زندگی افراد در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد.

در این پژوهش با تغییر اولویت‌ها و تقویت کردن رضایتمندی در حیطه‌هایی که قبلا مورد توجه نبوده‌اند به افزایش شادی و بهبود کیفیت زندگی و رضایت از زندگی پرداخته شد. همچنین با استفاده از اصول پذیرش و علاقه به جسم خویش، اصل کنترل خلق و خوی هیجانی خود، اصل سهمیه ناکامی، اصل فرا رفتن از طرح‌وارها و رفتارهای برخاسته از خانواده اصلی، اصل عادت‌های شادکامی، اصل شوخ طبعی، اصل نشخوارهای فکری، اصل خردورزی فردی، اصل توجه به نقاط مثبت خویش، اصل تفریحات سالم و چندین اصل دیگر که در هر کدام به ارایه راهکارهایی می‌پردازد به افراد کمک شد، با استفاده از تغییر در نگرش، عاطفه و شادیشان رضایت از زندگی‌شان افزایش یابد.

در این آموزش با استفاده از رویکردشناختی، به افراد کمک شد تا ارزیابی‌شناختی، از رضایت از زندگی داشته باشند و با برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی، بعد عاطفی زندگی خود را بهبود (۴) و با تمرین‌های رفتاری تغییرات شناختی و عاطفی را عملیاتی انجام دهند.

Rod و Mooney 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 (۲۱). به گونه‌ای که Ballew، نشان داد که فعالیت‌های معنوی می‌تواند تا حدود زیادی افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای بیماری مزمن را کنترل کند (۲۲). 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 مرحله پس آزمون افزایش داده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش Mitchel و همکاران (۲۳)، Seligman (۸)، قاسمی و همکاران (۱) همسو می‌باشد. گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد کل نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این عامل، را در بافت 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 مثمرثمر و مؤثر کار کنند و در جامعه خود نقش داشته باشند. 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 مولفه‌های کیفیت زندگی با سلامت روانی بر می‌گردد. چنانچه که در این پژوهش همسان با افزایش کیفیت زندگی، متغیرهای سلامت روان نیز افزایش یافتند. افراد با رویکرد شناختی، یاد می‌گیرند که با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد با آن ایده الی که مد نظر آنان است و رشد همه ابعاد زندگی میزان بهزیستی ذهنی و رضایت خاطر از زندگی و به دنبال آن سلامت روانی بالاتری را در خود ایجاد کنند.

از لحاظ نظری، کیفیت زندگی درمانی انسجام به هم‌پیوسته شناخت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی آرون تی‌بک و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه یافته‌های این پژوهش نشان داد که رویکرد مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی با تاکید و کار کردن بر جنبه‌های که افراد از دایره توجه خود خارج کرده‌اند قادر است کیفیت زندگی افراد را تغییر داده و میزان رضایت از زندگی را افزایش دهد و پیشنهاد می‌گردد از این روش در مراکز مشاوره درمانی برای افزایش و توسعه کیفیت و رضایتمندی افراد از زندگی با توجه به بافت فرهنگی جامعه ما استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد این روش با سایر روش‌های درمانی و در گروه‌های مختلف جهت مقایسه میزان کارایی این رویکرد در جامعه ایرانی اجرا و مقایسه شود.

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به جدید و نو بودن رویکرد مداخله‌ایی و آموزشی و بومی کردن رویکرد کیفیت زندگی با جامعه ما اشاره کرد. به دلیل جدید بودن متغیر آموزشی، پژوهش حاضر با محدودیت‌های تحقیقاتی فراوانی مواجه بود. همچنین به دلیل اینکه شرکت‌کنندگان از مراجعان ۳ مرکز انتخاب شده‌اند در تعمیم یافته‌های این پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان « بررسی کیفیت زندگی درمانی افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره ای شهر اصفهان » به شماره ۱۲۶۸۴ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر مجلسی به تصویب رسیده و با اعتبارات آن دانشگاه انجام یافته است که از مساعدت مسؤولین آن واحد دانشگاهی و همچنین مراکز مشاوره همکاری کننده در اجرای این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiee M. The effect of group therapy based on the quality of life on mental wellbeing and mental health. Clinical psychology 2011; 2(2): 23-34. [In Persian]
2. Abdolahi F, Mohammadpour A. The study of quality of life in elderly people resident at home and nursing homes in Sari city in 2005. Proceeding of the second congress of family pathology in Iran; 2006; Tehran, Shahidbeheshti faculty, Family research center. [In Persian]
3. Kibert G M. Quality of life as on outcome in EORI. Clinical trills. European journal of cance 1998; 4: 31-34.
4. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken: Wiley; 2006.
5. WHOQOL group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring And Generic Version of the Assessment. Field Trial Version; 1996.
6. Amin jafari A. The comparison of quality of life in dual-career families and single-earner families and presenting a model for dual-career Families in employers of Isfahan University. [MSc thesis]. Isfahan, Isfahan University, 2009. [In Persian]
7. Zanjanitabasi R. Primary Structure and norming of psychological wellbeing test. [MSc Thesis]. Tehran, Tehran University; 2004. [In Persian]
8. Seligman M E P, Rashid T, Parks A. Positive psychology. The Am psychology 2006: 61(8); 774.

9. Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, etal. Quality of Life and Treatment Outcome in Panic Disorder: Cognitive Behavior Group Therapy Effects in Patients Refractory to Medication Treatment. Psychother Psychosom 2006; 75(3):183-6.
10. Godfrin KA, Heeringen CV. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. Behav Res Ther 2010; 48(8):738-46.
11. Abedi MR, Vostanis PE. Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorder in Iran. Eur Chi Ado psychiatry 2010; 19: 605-13.
12. Slade M. Mental illness and wellbeing: the Central importance and positive psychology and recovery approaches. Heal Serv Res 2010; 10:26.
13. Diener E, Seligman MEP. Very happy people. Psychology Scie 2003; 13: 80-83.
14. Joseph S, Lindley AP. Positive therapy (A meta-theory for Psychological practice). USA: Rutledge Press; 2006.
15. Grant GM1, Salcedo V, Hynan LS, Frisch MB, Puster K. Effectiveness of quality of life therapy for depression. Psychol Rep 1995; 76 (3 Pt 2):1203-8.
16. Rodrigue JR1, 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.
17. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Am J Transplant 2005; 5(10):2425-32.
18. Nejat S, Montazeri A, Holakooei K, Mohammad K, Majdzadeh S. The standardizing of quality of life questionnaire of World Health Organization: Translation and validity of Iranian type. The magazine of health faculty and health research institute 2006; 4(4):1-12.
19. Brabbury TN, Fincham FD. Attributions and behavior in marital nitration. Journal of personality and social psychology 1992b; 63: 613-28.
20. Graham JM, Conoley CW. The role of marital attribution in the relationship between life stressors and marital quality. Personal Relationships 2006; 13(2): 231-41.
21. Rod JC, Mooney CH. The subjective wellbeing: A test of its convergent, discriminate art hand-day and factorial validity. Soc Indi Res 2005; 74: 445-76.
22. Ballew SH, Hannum SM, Gaines JM, Marx KA, Parrish JM. The Role of spiritual experience and activities in the relationship between chronic illness and psychological wellbeing. J Relig Health. 2012; 51(4): 1386-96.
23. Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick DA. Randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting wellbeing. Compu Hum Beha 2009; 25: 749-60.

The effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of clients in Isfahan

Alireza Roshanfar[1], Zahra Padash[2], Samaneh Mokhtari[3], Zahra Izadikhah[4]

Original Article

Abstract

Background: people's Quality of Life plays an important role in their life satisfaction and life satisfaction is an important factor in the mental health of the society. Therefore, knowing efficient and effective methods and techniques that can be effective in increasing the quality of life, is considered as an important step in improving individuals 'satisfaction and increasing their mental health. The aim of this study was investigating the effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of who referred to counseling centers in Isfahan.

Methods: This study was a semi experimental one with pretest, posttest and control group. The statistical population was the individuals who referred to 3 counseling centers (the counseling centers of Isfahan University of Technology, Boostan and alefabye zendegi) in autumn and winter of 2012. Research sample included 32 individuals who were selected from available samples and then allocated into two groups of experimental and control groups. The experimental groups were trained in quality of life therapy for 8 sessions in eight weeks. At the end, both groups had received posttest. The measurement instrument was World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire. Data were analyzed with Covariance and Mancova Analysis through SPSS-18.

Findings: The results showed that there were significant differences between the scores of quality of life in experimental and control groups in posttest. It means that quality of life therapy was effective on the referees 'quality of life (P<0/01).The results also revealed that quality of life therapy has increased the scores of both groups in posttest in physical health, psychological health, social relationships and environmental health dimensions (P<0/05)

Conclusion: This study indicated the efficacy of Quality of Life Therapy on quality of life. The results of this study confirmed the effectiveness of the psychotherapy based on Friesch's theory on increasing quality of life and life satisfaction.

Keywords: Training, Psychotherapy, Frisch's theory, Quality of life

Citation: Roshanfar A, Padash Z, Mokhtari S, Izadikhah Z. **The effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of clients in Isfahan.** J Health Syst Res 2014; Health Education supplement: **2046-2055.**

Received date: 19/08/2013 **Accept date: 14/10/2013**

1. Faculty in Majlesi of Azad Islamic University, Isfahan, Iran
2. Msc in Family Counseling, Department of psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
3. Msc in Counseling,. Department of psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
4. Assistant professor, Department of psychology, School of Educational Sciences and psychology Isfahan University, Isfahan, Iran