Effectiveness of Quality of Life Therapy on Life Satisfaction, Positive Affect, and Aggression in Patients with Spinal Cord Injuries

Hajar Jafari: M.A. in general psychology, department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Ilnaz Sajjadian*: Associate professor, department of clinical psychology, community health research center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Zahra Nikandish: Ph.D. student, department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Spinal cord injury is a debilitating condition that has numerous physical, psychological, and social impacts. This study aimed to assess the impact of quality-of-life therapy on life satisfaction, positive emotions, and aggression among spinal cord injury patients in Isfahan.

Methods: The research employed a semi-experimental approach with a pre and post-test design and a control group. The study's statistical population comprised all patients with spinal cord injuries who were referred to the welfare and rehabilitation centers of Isfahan in 2017. To conduct the study, thirty individuals with spinal cord injuries who met the entry criteria and expressed willingness to participate were selected using convenience sampling. They were then randomly assigned to either the experimental or control group, with fifteen individuals in each. Both groups completed research instruments, including the Life Satisfaction Questionnaire (Diener, 1985), Positive Affect (Watson et al, 1988), and Aggression (Buss & Perry, 1992), before and after the intervention, as well as one month after follow-up. The experimental group received quality-of-life therapy (Frisch, 2006) in eight ninety-minute sessions, while the control group did not receive any intervention.

Results: For data analysis, we used multiple-variable covariance. The findings showed the effect of treatment ($p<0.05$) on life satisfaction in the post-test, as well as on positive and aggressive attitudes in the post-test and follow-up stages.

Conclusions: According to the results, patients with spinal cord injury can benefit from treatment aimed at improving their quality of life, leading to improved life satisfaction and positive affect, as well as a reduction in their aggressiveness.

Keywords

Life Satisfaction, Positive Affect, Aggression, Quality of Life Therapy, Spinal Cord Injury Patients

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 30 May 2019
Accepted: 01 Dec 2023

Please cite this article as follows: Jafari H, Sajjadian I, and Nikandish Z. Effectiveness of quality of life therapy on life satisfaction, positive affect, and aggression in patients with spinal cord injuries. Quarterly Journal of Social Work. 2023; 12 (3); 5-16

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری بیماران آسیب نخاعی

هاجر جعفری: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایلناز سجادیان *: دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. i.sajjadian@khuisf.ac.ir
زهرا نیک اندیش: دانشجوی دکترای روانشناسی، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

واژگان کلیدی

رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، پرخاشگری، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بیماران آسیب نخاعی

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۰۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۰

چکیده

پیشگفتار: آسیب طناب نخاعی به‌عنوان یک اختلال ناتوان کننده، پیامدهای جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی ایجاد می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری در بیماران آسیب نخاعی شهر اصفهان انجام گردید.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین افراد دچار آسیب نخاعی مراجعه‌کننده به انجمن بیماران آسیب نخاعی در بهار ۱۳۹۸ که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، سی نفر به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل هر گروه پانزده نفر جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه، قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های رضایت از زندگی داینر۱۹۸۵، عاطفه مثبت واتسون و همکاران۱۹۸۸ و پرخاشگری باس و پری۱۹۹۲ پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فریش۲۰۰۶ قرار گرفتند، اما برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت.

یافته‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. یافته‌ها حاکی از تاثیر درمان ($p<۰/۰۵$) بر رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون و بر عاطفه مثبت و پرخاشگری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود.

پی‌آمد: بنابر یافته‌های پژوهش، برای افزایش رضایت از زندگی و عاطفه مثبت بیماران آسیب نخاعی و کاهش پرخاشگری آن‌ها می‌توان از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده نمود.

نحوه استناد به مقاله

هاجر جعفری، ایلناز سجادیان و زهرا نیک اندیش. اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری بیماران آسیب نخاعی . فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۲؛ ۱۲ (۳): ۱۶-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

دیباچه

آسیب طناب نخاعی به‌عنوان یک اختلال ناتوان کننده، پیامدهای جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی ایجاد کرده و می‌تواند روی همه شاخص‌های کیفیت زندگی تاثیر بگذارد [۱]طبق آمار اعلام شده از سوی معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید در حال حاضر هشتاد هزار معلول نخاعی در کشور وجود دارد که از این تعداد دو هزار نفر جانبازانی هستند که در جریان جنگ تحمیلی ایران و عراق دچار این ضایعه شده‌اند و بقیه را افرادی تشکیل می‌دهند که به دلایل مختلف از جمله سقوط از بلندی، تروما، سوانح اتومبیل، حوادث حین کار، خشونت و ورزش دچار این ضایعه شده‌اند.[۲] براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر حدود ده درصد از جمعیت جهان بالغ بر ششصد و پنجاه میلیون نفر دارای نارسایی‌های ذهنی، جسمی یا حسی بوده و به اصطلاح معلول می‌باشند که قریب هشتاد درصد آن‌ها در کشورهای توسعه نیافته و درحال توسعه سکونت دارند، حدود ده درصد معلولیت از سوی جامعه جهانی برای کشور ایران تخمین زده شده که با احتساب جمعیت هفتاد میلیونی آمار عمومی سال ۱۳۸۵، می‌توان بیان نمود که به‌طور تقریبی هفت میلیون نفر معلول در انواع مختلف ازجمله معلولیت‌های جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و همچنین ناشنوایی و نابینایی وجود دارند.[۳]

آسیب نخاعی یک رویداد ویرانگر و مادام العمر است و کمتر از یک درصد افراد بعد از ترخیص از بیمارستان بهبودی کامل را تجربه می‌کنند. پیچیدگی این‌رویداد و فقدان یک درمان موثر برای آن باعث می‌شود که آسیب نخاعی به‌عنوان یک مشکل جهانی مورد مطالعه قرار داده شود. میانگین سن آسیب دیدگی چهل سال است و هشتاد درصد از ضایعات نخاعی در مردان رخ می‌دهد. مقیاس اختلالات انجمن آسیب نخاعی آمریکاASIA این آسیب را این‌گونه تعریف می‌کند: صدمه یا ضربه به طناب نخاعی که منجر به فقدان عملکرد و از دست دادن حرکت و حس در زیر سطحی که نخاع آسیب دیده می‌شود.[٤] یکی از مهمترین مولفه‌هایی که در بیماران ضایعه نخاعی دستخوش تغییر می‌شود، احساس بهزیستی یا رضایتمندی از زندگی و به‌طور کلی کیفیت زندگی و عوامل روحی و روانی مربوط به آن است. کیفیت زندگی ساختار پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. بنابراین، افراد با ضایعه نخاعی به‌طور معمول نظرات متفاوت و منفی‌تری در مورد کیفیت زندگی خود دارند.[۵] بهزیستی روان‌شناختی به معنای خوب بودن، زندگی در محیطی غنی، ارزشمند بودن برای دنیا، غلبه کردن بر مشکلات زندگی و لذت بردن از زندگی تعریف شده است.[٦] ریف۱۹۹۵ بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند و به‌عنوان یک معیار مهم سلامتی و تندرستی در نظر می‌گیرد که شامل آگاهی از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه‌های وجودی فرد است و در بهبود سازگاری فرد با محیط و برخورداری از روابط بین فردی موفق نقش کلیدی دارد.[۷] افراد با بهزیستی بالا یا خوشبخت رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند و چالش‌های زندگی را می‌پذیرند، به‌کار و فعالیت علاقه دارند، به دیگران اعتماد می‌کنند، از تعامل اجتماعی خوبی برخوردار هستند و ارزیابی مثبتی نسبت به حوادث و وقایع پیرامون خود دارند، در حالی‌که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگیشان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند[٦] و به‌نظر می‌رسد بهزیستی در پیشگیری و بهبود شرایط جسمانی و بیماری‌ها نقش داشته و احتمالا منجر به افزایش امید به زندگی می‌شود. همچنین به‌نظر می‌رسد بهزیستی با برخی مولفه‌های حفاظت جسمانی رابطه مستقیم دارد که یکی از آن‌ها ظرفیت ایمنی است.[۸] احساس ذهنی بهزیستی، مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است. لذا بهزیستی ذهنی دارای دو شاخه شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی به معنای برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و عاطفه منفی می‌باشد. عاطفه مثبت نشان می‌دهد که یک شخص چه میزان احساس فاعلیت و هوشیاری می‌کند در حالی که عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد.[۹] از لحاظ تاریخی فیلسوف‌ها در نظریه‌های اخلاق به‌خصوص رویکردهای لذت‌گرایانه، به‌طور گسترده به مفهوم شادمانی و بهزیستی پرداخته‌اند. اما برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ داینر اصطلاح بهزیستی ذهنی و ساختارهای مرتبط با آن را به‌صورت روشمند در حوزه روانشناسی بررسی کرد و آن را جایگزین و مترادف شادمانی قرار داد.[۱۰] ناتوانی‌های جسمانی بر تمام ابعاد زندگی افراد تاثیر می‌گذارد و منجر به کاهش میزان شادمانی و کیفیت زندگی و افزایش استرس و افسردگی می‌شود. در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی، انتقال از یک زندگی مستقل به یک زندگی وابسته و محدودیت‌های فیزیکی ناشی از آن منجر به رنج از استرس عاطفی،

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

روحی، اقتصادی و محیطی آن‌ها شـده و مشـکلات خلقی متعددی را برایشـان ایجاد می‌کند. عملکرد روانی-اجتماعی و شغلی آن‌ها به‌علت از دست دادن فرصت‌های کاری ناشی از وجود آسیب نخاعی می‌تواند باعـث تغییر در درآمد، محل سـکونت، زندگی خانوادگی و ار دسـت رفتن فرصت‌های اجتماعی شـود. به‌طور کلی عوارض ناشی از آسیب نخاعی اغلب می‌تواند پیامدهای قابل توجهی را در بسیاری از جنبه‌های زندگی یک فرد و حتی خانواده وی داشـته باشد.[۱۱] یکی از عواطف منفی، پرخاشـگری اسـت. یک رفتار آسـیبزا در صورتی پرخاشگری محسـوب می‌شـود که از روی قصـد و عمد به‌منظـور صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام گرفته باشـد.[۱۲] با توجه به همراه بودن آسیب نخاعی با مشـکلات جسـمانی، روانی و اجتماعی و ضرورت توجه و شناخت عوامل موثر بر سلامتی و رفاه این افراد به‌عنوان بخش مهمی از افراد جامعه و افزایش رضایت از زندگی در این قشـر آسیب‌پذیر، یافتن راهکارهای موثر در کمک به توانبخشـی این بیماران احساس می‌گردد کـه از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی اسـت که از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این‌رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک مراجعان در شناسـایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های بارز زندگی آموزش داده می‌شـود و هدف از آن افزایش خـود مراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی می‌باشد، فریش معتقد است که مطالعه بهزیستی افـراد و جوامع و ارتقـا آن بزرگترین چالش علمی بشـر بعد از افزایش و پیشـرفت در زمینه تکنولوژی، پزشـکی و ثروت اسـت.[۱۳] به‌همین دلیـل درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی، گسـترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی در افراد باشد، زیرا در حقیقت شـادی و افسـردگی یا عاطفه مثبت و منفـی، دو قطب متضاد روی یک پیوسـتار نیستند و درمان خلق منفی ما را به‌صورت اتوماتیک به سوی شادی و رضایت از زندگی سوق نمی‌دهد.[۱۴]

مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگـی بر سلامت روان دختران نابینا،[۱۵] بر شـادکامی، رضایت از زندگـی و تنظیم خلق معتادان،[۱۶] کاهش خشم مبتلایان به سوگ پیچیده،[۱۷] افزایش بهزیسـتی روان‌شناختی و کاهش خودانتقادگـری در افراد مضطرب و افسـرده،[۱۸] به‌صـورت مداخلـه گروهی موثـر بر بهزیسـتی روان‌شـناختی و سلامت روان،[۱۹] بر بهزیسـتی ذهنی و سلامت روان زوجین ناسـازگار،[۲۰] عواطف مثبت و منفی زنـان سـالمند،[۲۱] انجام گرفته‌اسـت اما از این شـیوه درمانی در ارتباط با بیماران آسیب نخاعی استفاده نشـده بود. با توجه به همراه بودن آسـیب نخاعی با مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی و ضرورت توجه و شناخت عوامل موثر بر سلامتی و رفاه افراد آسیب‌دیده به‌عنوان بخش مهمی از افراد جامعه و افزایش رضایت از زندگی در این قشـر آسـیب‌پذیر، یافتن راهکارهای موثر در کمک به توانبخشی این بیماران احساس می‌گردد. لذا این پژوهش به‌دنبال بررسـی فرضیه‌های پیش‌رو اسـت: -درمـان مبتنـی بر بهبـود کیفیـت زندگی، بـر رضایـت از زندگی بیماران دچار آسـیب نخاعی موثر اسـت. -درمـان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر عاطفه مثبت بیماران دچار آسیب نخاعی موثر اسـت. -درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر پرخاشگری بیماران دچار آسیب نخاعی موثر است.

روش

روش پژوهش، نیمه‌تجربی از نوع طرح آزمایشـی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شـامل کلیه بیماران آسـیب نخاعی مراجعه‌کننده به مراکز بهزیسـتی وتوانبخشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود، که تعداد کل این بیماران ششـصد و چهل و پنج نفر بوده اسـت. متغیر مسـتقل درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است که فقط در گروه آزمایش اعمال شد و تاثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری گروه آزمایش نسـبت به گروه کنترل مورد مقایسـه قرارگرفت. برای انتخاب نمونه در ایـن پژوهش ابتدا از بین انجمن‌های موجود برای بیماران آسیب نخاعی در شهر اصفهان، یک انجمن به‌صورت در دسترس انتخاب و از بین مراجعه‌کنندگان آن در بهار و تابسـتان ۱۳۹۸، سـی نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه بودند و همکاری لازم جهت شـرکت در جلسـات درمانی را داشـتند به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل، پانزده نفر در هر گروه به‌طور تصادفی جایگذاری شـدند. بعد از مشخص شدن نمونه و قرار گرفتن افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل به‌صورت

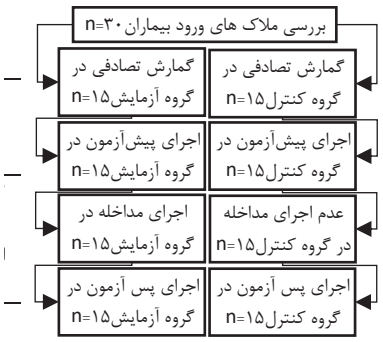
wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

تصادفی، آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش در سه مرحله روی بیماران دارای آسیب نخاعی اجرا گردید. مرحله اول قبل از مداخله روان‌شناختی یا پیش‌آزمون، مرحله دوم پس از مداخله روان‌شناختی یا مرحله پس‌آزمون و مرحله سوم چهل روز پس از پایان درمان یا دوره پیگیری. تعداد جلسات آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای بود که توسط پژوهشگر و بر اساس بسته درمانی فریش[۱۳] اجرا گردید. همچنین در روند اجرای پژوهش، کلیه بیماران آسیب نخاعی با رضایت آگاهانه و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، پرسشنامه‌های پژوهش در محل قابل اطمینان نگهداری می‌شد تا اسامی بیماران محفوظ بماند. در تمامی مراحل پژوهش به‌دلیل حساسیت و نارضایتی بیماران آسیب نخاعی، عکس‌برداری و فیلم‌برداری صورت نپذیرفت. ضمنا تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی و ابزارهای لازم به‌صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. به افراد لیست انتظار پس از اتمام پژوهش، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی اموزش داده شد.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: تمایل به شرکت در جلسات، گذشت حداقل چهار سال و حداکثر بیست سال از زمان معلولیت، نداشتن اختلالات حاد روانپزشکی همزمان و تحصیلات حداقل در حد سیکل را شامل می‌شد. **خروج:** همکاری ناکافی در انجام تکالیف جلسات و غیبت بیش از دو جلسه.

نمودار(۱): نمودار consort



ابزار پژوهش

مقیاس رضایت از زندگی: داینر و همکاران ۱۹۸۵ برای اولین بار این مقیاس را در نمونه‌ای شامل صد و هشتاد و شش دانشجوی دوره کارشناسی ارزیابی کردند، آن‌ها روایی همگرای این ابزار با سایر ابزارهای بهزیستی فعلی را رضایت‌بخش گزارش کردند.[۲۲] این مقیاس برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی در بعد شناختی بهزیستی ذهنی به‌کار گرفته شده است. دارای پنج ماده بوده و هر ماده هفت گزینه دارد که پاسخ دهندگان میزان رضایتمندی خود از یک یا کاملا مخالفم تا هفت یا کاملا موافقم نشان می‌دهند و برای همه گروه‌های سنی تهیه شده است. در ایران بیانی و همکاران۱۳۸۶ روایی و پایایی این مقیاس را مورد مطالعه قرار داده‌اند، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ هشتاد و سه صدم و به روش بازآزمایی شصت و نه‌صدم محاسبه گردید. همچنین در مطالعه آن‌ها این ابزار همبستگی مثبت و معناداری با فهرست شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با افسردگی بک نشان داد.[۲۳] پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، با استفاده از روش آلفای کرونباخ هشتاد و هفت صدم حاصل گردید.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس توسط واتسون و همکاران۱۹۸۸ معرفی شده است، این مقیاس ابزار خودسنجی بیست سوالی است که برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی طراحی شده است. هر خرده مقیاس ده آیتم دارد. آیتم‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای از یک برابر بسیار کم، به هیچ وجه تا پنج برابر بسیار زیاد از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ده تا پنجاه است. این مقیاس از ویژگی‌های مطلوب روانسنجی برخوردار است. ضرایب سازگاری درونی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت هشتاد و هشت صدم و برای خرده مقیاس عاطفه منفی هشتاد و هفت صدم است. در اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله هشت هفته‌ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت شصت و هشت صدم و برای خرده مقیاس عاطفه منفی هفتاد و یک صدم گزارش شده است.[۲۴] روایی این مقیاس در ایران توسط بخشی‌پور و دژکام۱۳۸۴ بر روی دویست و پنجاه و پنج دانشجوی دارای اضطراب و افسردگی به روش تحلیل عامل تاییدی بررسی و الگوی دو عاملی تایید شد.[۲۵] از لحاظ روایی نیز همبستگی‌های میان این خرده مقیاس‌ها با برخی ابزارهای سنجش که سازه‌های مرتبط با این عواطف را می‌سنجد مانند اضطراب و افسردگی نیز بالا گزارش شده است. برای نمونه همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک پنجاه و هشت صدم و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با این پرسشنامه سی و شش صدم

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

جدول(۱) چارچوب جلسات آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی[۱۳]

جلسه/// اهداف/// شرح جلسه/// تکنیک‌های به‌کاررفته درجلسه-(زمان و مدت هر جلسه نود دقیقه)
۱/// معارفه و بیان قواعد گروه/// معرفی مدل درمان، اخذ تعهد ارزیابی، توضیح قانون یخ‌شکن، بیان اطلاعات راجع به رضایت از زندگی، شادی، عاطفه مثبت و منفی و کنترل خشم، کمک به بیماران جهت تغییر رفتارها و شناخت‌ها و شروع فرآیند تغییر هدف، بیان تکلیف خانگی/// آشنایی با تکنیک‌های درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به مدلCASIO
۲/// ارزیابی و نگارش اهداف زندگی، مشخص کردن اهداف و اولویت‌ها/// بررسی نقش متغییرهای مربوط در سلامت روانی افراد، بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر درمورد جزییات جلسه قبل، ارزیابی پزشکی، تکلیف خانگی/// روش کیک شادمانی
۳/// ارزیابی کامل مساله/// بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر در مورد جزییات جلسه قبل، تعیین فهرست حیطه‌های رشد مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر، تنظیم آشفتگی‌ها، تعیین اولویت‌های درمان و طرح درمان، تکلیف خانگی/// آموزش و عرضه تکنیک BAT جهت تکمیل در منزل
۴/// بحث پیرامون اصول سه‌گانه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (غنای درونی، کیفیت زمان و معنا یابی)/// بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر درمورد جزییات جلسه قبل، تکلیف خانگی/// تکنیک اصول سه گانه، تکنیک مدیریت زمان
۵/// تدوین شیوه‌های پنج‌گانه رضایتمندی از زندگی/// بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر درمورد جزییات جلسه قبل، تکلیف خانگی
۶/// آموزش اصول سی‌گانه مهم شادمانی (اصل جستجوی مرگ خویش، سبک زندگی متعادل و...)/// بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر درمورد جزییات جلسه قبل، تکلیف خانگی
۷/// آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش جرات‌ورزی/// بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر درمورد جزییات جلسه قبل، توضیح پیرامون مباحث هیجانی در سه حیطه هیجانات منفی شامل اضطراب، افسردگی و خشم. آشنایی با ابزارهای بازسازی شناختی بین فردی، آموزش روش‌های کنترل خشم، تکنیک‌های خاص کنترل خشم وکاهش برانگیختگی، تکلیف خانگی/// تکنیک‌های مساله‌گشایی و روش‌های پیشگیری از عود
۸/// ادامه و حفظ اهداف درمانی، چگونگی استفاده از این موارد در تصمیمگیری‌های آینده/// بازنگری تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر در مورد جزییات جلسه قبل، پایان درمان، تکلیف خانگی

و نیز همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار سی و پنج صدم گزارش شده است.[۲۵] در این پژوهش از خرده مقیاس عاطفه مثبت استفاده شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر هفتاد و هشت صدم حاصل گردید و دارای پایایی بسیار خوبی می‌باشد.

پرسشنامه پرخاشگری: این پرسشنامه توسط باس و پری۱۹۹۲ تدوین شد.[۲۶] این پرسشنامه شامل سی ماده می‌باشد. چهارده ماده عامل خشم و هشت ماده عامل تهاجم و هشت ماده عامل کینه‌توزی را می‌سنجد. جواب هر سوال چهار گزینه‌ای است و آزمودنی به یکی از گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همی‌شه پاسخ می‌دهد و ضرایب بازآزمایی به‌دست آمده بین نمره‌های آزمودنی در دو نوبتشصت و چهار صدم، هفتاد و نه‌صدم و ضریب آلفای کرونباخ هشتاد و هفت صدم بوده است. در ایران خصوصیات روانسنجی این مقیاس توسط زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن به‌دست آمده است.[۲۷] پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر هشتصد و نود و هفت هزارم حاصل گردید و دارای پایایی بسیار خوبی می‌باشد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش به وسیله نرم افزار SPSS22، در دو سطح توصیفی از جمله فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد؛ و استنباطی تحلیل شامل کوواریانس و واریانس چندمتغیره انجام گردید. میانگین سن در گروه آزمایش برابر باسی و دو و دو دهم سال و در گروه کنترل سی و سه و هشت دهم سال و تحصیلات در گروه آزمایش یازده و دو دهم سال و در گروه کنترل یازده و چهل و هفت صدم سال بود. با توجه یافته‌های به‌دست آمده، از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و تحصیلات هیچ یک رابطه معنی‌داری با متغیرهای پژوهش نشان نداده است و همه سطوح معنی‌داری از پنج صدم بیشتر است. در نتیجه در بررسی فرضیه‌ها نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت‌شناختی نیست. همچنین یافته‌های توصیفی رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری، در جدول شماره دو آمده است.

در جدول شماره دو میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری درگروه‌های آزمایش و کنترل نشان داده شده است . طبق جدول مزبور با مقایسه میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل مشاهده می‌شود، در همه متغیرهای پژوهش گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بهبود بیشتری نسبت به مرحله پیش‌آزمون نشان داده‌اند. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

است که در صورت نامساوی و کمتر از چهل نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تایید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. بر این اساس و با توجه به این که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بود، باید پیش فرض‌های لازم رعایت می‌گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض‌ها در ادامه آمده است. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. به‌این منظور از آزمون کلموگروف- اسمیرنف استفاده گردید و نتایج حاکی از آن بود که توزیع نمرات در متغیرهای رضایت از زندگی در گروه آزمایش برابر دو دهم، گروه کنترل برابر دو دهم، عاطفه مثبت در گروه آزمایش برابر صد و پنجاه و شش هزارم، گروه کنترل برابر دو دهم و پرخاشگری در گروه آزمایش برابر صد و یک هزارم ، گروه کنترل برابر دو دهم همسان با جامعه بوده $p>0/05$ و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است. جهت بررسی برابری پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای رضایت از زندگی $box'sM=7/647$ ،$f=2/352$ ،$p=0/07$، عاطفه‌مثبت $box'sM=32/94$ ،$f=10/13$ ،$p=0/001$، وپرخاشگری $box'sM=37/731$ ،$f=8/528$ ،$p=0/001$،

جدول(۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری در مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری یک ماهه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۳/۲	۱/۶۹	۱۸/۰۷	۲/۳۷	۱۱	۲/۵۹
	کنترل	۱۰/۵۳	۱/۹۵	۱۱/۰۶	۲/۶۵	۱۱/۲	۲/۰۴
عاطفه مثبت	آزمایش	۲۵/۵۲	۳/۶۶	۳۰/۶	۳/۵۴	۲۸/۲۷	۵/۷۷
	کنترل	۲۷/۳۳	۷/۱۸	۲۸/۷۳	۵/۴	۲۸	۴/۸۱
پرخاشگری	آزمایش	۴۶/۷۳	۱۱/۵۴	۳۳/۲	۷/۷۴	۳۳/۲۶	۱۱/۰۰۳
	کنترل	۷۳/۴۸	۱۲/۹۱	۴۶/۸	۱۱/۳۵	۴۵/۸	۱۰/۲۴

به‌دست آمد. همچنین جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد و سطح معنی‌داری برای متغیرهای رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون $f=0/051$، $p=0/823$، عاطفه مثبت $f=0/008$، $p=0/931$ و پرخاشگری $f=2/713$، $p=0/111$ به‌دست آمد که نشان می‌دهد پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون در جامعه رد نشده و باقی مانده است، لذا این پیش‌فرض تایید می‌گردد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه دو گروه در کلیه متغیرهای پژوهش در جدول شماره سه آمده است.

براساس یافته‌های به‌دست آمده در جدول شماره سه، میانگین نمرات رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری $p=0/001$ دارد. لذا فرضیه فرعی اول پژوهش تایید می‌شود. نتایج نشان داده است که نزدیک به پنجاه و شش و شش دهم درصد از تفاوت‌های فردی در افزایش رضایت از زندگی در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین نتایج نشان داده است که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نیز معنی‌دار $p=0/001$ شده است. به‌عبارت دیگر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رضایت از زندگی در گروه آزمایش شده است. توان آماری نود و نه و نه دهم درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون عالی است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. همچنین میانگین نمرات عاطفه مثبت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. لذا نتایج نشان داده است که نزدیک به پنجاه و هفت و نه دهم درصد از تفاوت‌های فردی در افزایش عاطفه مثبت در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین نتایج نشان داده است که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نیز دراین متغیر معنی‌دار $p=0/001$ شده است. به‌عبارت دیگر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش عاطفه مثبت در گروه آزمایش شده است. توان آماری صد درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون عالی است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است و میانگین نمرات پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری $p=0/001$ دارد. لذا فرضیه فرعی سوم پژوهش تایید می‌شود. نتایج نشان داده است که نزدیک به هشتاد و سه درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود پرخاشگری در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین نتایج نشان داده است که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نیز معنی‌دار $p=0/001$ شده است. به‌عبارت دیگر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث بهبود پرخاشگری در گروه آزمایش شده است. توان آماری صد درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

عالی اســت علاوه بر این، حجم نمونه بــرای آزمایش این فرضیه کافی بوده اســت. نتایج آزمون تحلیل تک متغیری برای مقایسه دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری و یا بررســی تفاوت دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به شکل مجزا در جدول شماره چهار آمده است.

براســاس نتایــج به‌دســت آمــده در جدول شــماره چهــار، میانگین نمــرات رضایــت از زندگــی دو گــروه آزمایــش و کنتــرل در مرحله پس‌آزمونمعنی‌دار۰/۰۰۱=p است. اما تفاوت میانگین نمرات دو گروه در مرحله پیگیری معنی‌دار به‌دست نیامده است. به‌عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نمرات رضایت از زندگی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون را بهبود داده اســت. میزان تاثیر این مداخلات بر بهبود رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون برابر با چهل و نه و یک دهم درصد است. اما تاثیر درمان در بهبود رضایت از زندگی در این گروه تنها پنج درصد به‌دســت آمده اســت که این مقدار جزیی و معنی‌دار نیســت. همچنیــن میانگین نمرات عاطفــه مثبت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحلــه پس‌آزمون۰/۰۰۱=p و پیگیری۰/۰۰٤=p معنی‌دار اســت. به‌عبارت دیگــر می‌توان گفت درمــان مبتنی بر بهبود کیفیــت زندگی نمرات رضایت از زندگــی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را بهبود داده اســت و میانگین نمرات پرخاشگری دو گــروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمــون۰/۰۰۱=p و پیگیری ۰/۰۰۱=p معنی‌دار است. به‌عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نمرات پرخاشــگری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را بهبود داده است. میزان تاثیر این مداخلات بر بهبود پرخاشــگری در مرحلــه پس‌آزمون برابر با هشتاد و سه درصد و در مرحله پیگیری پنجاه و نه و هشت دهم درصد است.

جدول(۳) نتایج مقایسه دو گروه در نمرات رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون رضایت از زندگی	۰/۶۵۸	۶/۷۵۴	۲	۲۶	۰/۰۰۴	۰/۳۴۲	۰/۸۸۳
گروه	۰/۴۳۴	۱۹/۹۳۲	۲	۲۶	۰/۰۰۴	۰/۵۶۶	۰/۹۹۹
پیش‌آزمون عاطفه مثبت	۰/۰۶۸	۱۷۷/۱۱۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲	۱/۰۰۰
گروه	۰/۴۲۱	۱۷/۸۶۴	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون پرخاشگری	۰/۱۶۱	۶۷/۸۱	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰۰
گروه	۰/۱۶۹	۶۴/۱۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱	۱/۰۰۰

جدول(٤) نتایج تحلیل تک‌متغیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
رضایت از زندگی	پس‌آزمون	۱۱۳/۴۴۳	۱	۱۱۳/۴۴۳	۲۶/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۰/۹۹۸
	پیگیری	۷/۲۵۷	۱	۷/۲۵۷	۱/۴۱۶	۰/۲۴۴	۰/۰۵	۰/۲۰۹
عاطفه مثبت	پس‌آزمون	۴۰/۶۰۶	۱	۴۰/۶۰۶	۲۶/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶	۰/۹۹۹
	پیگیری	۲۲۰/۵۶۲	۱	۲۲۰/۵۶۲	۹/۷۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶۶	۰/۸۵۴
پرخاشگری	پس‌آزمون	۲۱۴۲/۵۶۴	۱	۲۱۴۲/۵۶۴	۱۳۲/۹۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۸۱۴/۰۴۲	۱	۲۸۱۴/۰۴۲	۴۰/۲۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۱/۰۰۰

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و پرخاشگری بیماران دچار آســیب نخاعی انجام شــد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش میانگین نمرات رضایت از زندگی بیماران دارای آســیب نخاعی موثر بوده اســت. این پژوهش با یافته‌های رســتمی، ابوالقاســمی و نریمانی[۲۰] مبنی بر اثربخشــی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش بهزیســتی ذهنی زوجین ناســازگار و پژوهش رجبــی، دهقــان، ریاحی و الهیاری[۱٦] مبنی براثربخشــی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شــادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان مرد شهر اهواز همسویی دارد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اذعان داشت این درمان یک الگوی دوراهه برای حل نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها و اصول و مهارت‌هایی برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها عرضه می‌کند و مراجعان را قادر می‌ســازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف از این مدل و اصول‌ها اســتفاده کنند. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با اســتفاده از رویکرد شــناختی و رفتاری اقدام به تغییر شــناخت‌ها و معیارها و با استفاده از روانشناســی مثبت به‌جایگزینی تفکرمثبت به‌جای تفکر قدیمی می‌پردازد. علاوه بر این درمان مبتنی بر کیفیت زندگی حیطه بازی و تفریح را یکی از بیست و شش حیطه خود معرفی می‌کند و دستکاری در آن را مهم می‌داند و این حیطه را در زندگی مراجعان پر رنگ می‌نماید. شادی و رضایت دو مشخصه اصلی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است. در واقع کیفیت زندگی به‌عنوان یک تجربه شناختی، با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیاز یک تجربه احساســی که با شــادی تظاهر می‌یابد، نشان داده می‌شود. در تبین کاهش سطح رضایت از زندگی در دوره پیگیری می‌توان دلایل مختلفی را ذکر کرد از جمله این‌که پس‌آزمون، بلافاصله پس از اجرای آخرین جلسه در گروه اجرا شــد و این درحالی اســت که این حالت در مرحله پیگیری وجود نداشته اســت. ضمن آن‌که در گروه بودن یک رابطه عمیق، با صفا و توام با صمیمیت را به‌وجود می‌آورد که اعضا اکراه دارند به پایان رساندن آن را ببینند و در مقابل

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

ترک گروه مقاومت نشان می‌دهند و نسبت به افراد خارج از گروه بعد از اتمام دوره اطمینان کمتری دارند. قابل توجه است که در دوره پس‌آزمون و بعد از برگزاری دوره درمان با هم بودن این گروه و در جریان قرار گرفتن در یک سطح درمان خود باعث افزایش رضایت از زندگی در این افراد گردیده است که این بیانگر کاربردی بودن تکالیف خانگی است. کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چند جانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد. بنابراین، به‌نظر می‌رسد برای بهبود آن لازم است که مداخله طولانی مدت و همه جانبه‌صورت گیرد که نه تنها بر بعد روانی بیمار، بلکه بر ابعاد جسمانی، اجتماعی و محیطی نیز تمرکز نماید.[۱۳] در درمان بهبود کیفیت زندگی به‌منظور افزایش رضایت از زندگی در سه حیطه مهم این درمان شامل غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی کار شد. حیطه غنای درونی شامل: با عادت‌های ناسالم به چالش بپردازد، آن را کنترل، تنظیم و ریشه کن کند؛ حیطه کیفیت زمان شامل فرصت تنها ماندن را در مکان آرام و بدون سرو صدا به‌منظور ایجاد آرامش و تمرکز برای خود فراهم کند، احساسات، اهداف و ارزش‌های خود را درک کند، برنامه‌ریزی روزانه جهت حل یا کنترل مشکلات فردی داشته باشد؛ و حیطه معنایابی شامل: تشکیل خانواده، جستجوی مهارت شغلی یا تفریحی، مبارزه با آرمان‌های مهم و حتی دنبال کردن باور یا فلسفه معنوی مثل آزاد اندیشی طبیعت نگر است.با این‌رویکرد درمانی در حیطه رضایت از زندگی شرکت کننده‌ها تشویق شدند تا با افزایش یا کاهش معیارهای موفقیت و رضایتمندی در حیطه‌های ارزشمند زندگی، به اهداف و معیارهای واقعگرایانه، چالش‌آمیز و در عین حال مناسب و راحت دست یابند. تکنیک خوب- اما نه خیلی عالی به شرکت کننده‌ها آموزش داده شد که همان‌طور که مشخص است موثر واقع گردید. تکنیک دیگر موثر در حیطه افزایش رضایت از زندگی تکنیک تقویت رضایتمندی در سایر حیطه‌ها بود، شادمانی و رضایتمندی کلی حاصل رضایتمندی در حیطه‌های ارزشمند و خاص زندگی است، پس با افزایش رضامندی از هریک از حیطه‌های مهم یا همه حیطه‌های مهمی که حتی مورد توجه فوری نیستند یا قبلا مورد توجه نبوده‌اند می‌توان رضایتمندی کلی را تقویت نمود.

لازم به‌ذکر است این درمان بر افزایش رضایت از زندگی در مرحله پیگیری از ثبات برخوردار نبوده است. یکی از عوامل مرتبط با یافته 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.[۲۸] 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 تقریبا افراد خیلی زود به حالت عادی خود بر می گردند.[۲۹] همچنین عوامل فرهنگی نیز می‌تواند نقش مهمی را در میزان رضایت از زندگی افراد خصوصا در هنگام بیماری داشته باشد.[۳۰] برحسب موارد متفاوت ذکر شده در بالا، می‌توان نتیجه گرفت که ژنتیک و به‌دنبال آن شخصیت تاثیر به‌سزایی در قضاوت‌های افراد در مورد بهزیستی ذهنی یا رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و منفی دارد. به‌همین دلیل مداخلات روان‌شناختی، تنها بخشی از واریانس افراد در میزان بهزیستی ذهنی را تبیین می‌کند.[۲۸] در پژوهش حاضر نیز اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر میزان افزایش رضایت از زندگی در مرحله پیگیری در طول زمان از ثبات برخوردار نبوده است. همچنین درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عاطفه مثبت در بیماران آسیب نخاعی موثر بوده است. این پژوهش با یافته‌های پژوهش ضابط و مومنی،[۲۱] مبتنی بر اثربخشی درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی برعواطف مثبت و منفی زنان سالمند همسویی دارد. در تبیین اثر بخشی این نوع درمان بر عاطفه مثبت می‌توان گفت این راهبردها به‌منظور تقویت و بهبود شادمانی، مبتنی بر واقعیت آزمایی یا میزان هماهنگی و تناسب درک فرد با واقعیت عینی شرایط مطرح می‌شود. هدف این است که درک درستی از موقعیت و تفسیر مثبت از آن واقعیت صورت گیرد و شرکت کننده یاد می‌گیرد احترام به خود را همواره حفظ کند. با آموزش اصول سی‌گانه مهم شادمانی شامل اصل جستجوی مرگ خویش، سبک زندگی متعادل و... از شرکت کننده‌ها خواسته شد تا براساس همخوانی اصول با خود، آن‌ها را برگزینند. ضمن آن‌که در انتخاب و به‌کارگیری به‌صورت تکالیف خانگی نبایستی فشار و تنشی برای شرکت‌کننده به‌وجود آید. رواندرمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با استفاده از اصول خود از جمله اصل پذیرش و علاقه به جسم خویش، اصل سهمیه

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

ناکامی، اصل فرا رفتن از طرحواره‌ها و رفتارهای برخاسته از خانواده، 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 به افراد در مطالعه حاضر، کمک کرد تا با استفاده از تغییر در نگرش، عاطفه و شادی به افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی خود بپردازند.[۱۳] کیفیت زندگی درمانی، علاوه بر کار بر روی اسنادها به عرضه راهکارها و اصولی برای افزایش شادی وحل مساله می‌پردازد. همچنین با استفاده از روانشناسی مثبت و اصول آن به‌جایگزینی تفکر مثبت به‌جای تفکر قدیمی می‌پردازد. با در نظر گرفتن مطالبی که ذکر شد و همچنین بیان این نکته که شناخت‌ها، شادی و عاطفه مثبت و منفی با کیفیت زندگی در ارتباط هستند، می‌توان تبیین نمود که رواندرمانی مثبت‌گرا مبتنی بر کیفیت زندگی، بر روی عاطفه مثبت بیماران آسیب نخاعی موثر بوده است. یافته‌های پژوهش حاکی از اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر پرخاشگری در بیماران آسیب نخاعی بود. براساس یافته‌های به‌دست آمده، رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نمرات پرخاشگری، معنی‌دار به‌دست آمد و با کنترل این رابطه، میانگین نمرات پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. لذا فرضیه اصلی سوم پژوهش تایید شد. این پژوهش با یافته‌های پژوهش یوسف پور، آهی، نصری و آهنگری[۱۷] که به‌منظور بررسی اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش خشم مبتلایان به سوگ پیچیده انجام شد، همسویی دارد. یافته‌های پژوهش محققین نشان داد که این درمان تا حد زیادی در کاهش خشم این بیماران موثر بود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان نمود که آموزش روش‌های شناختی موجود در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، برای کنترل خشم از قبیل ثبت افکار و کار روی طرحواره‌های ذهنی و آموزش دادن در مواردی که مساله‌های مربوط به احترام به خویشتن و طرحواره‌های مفنی فردی است، از تکنیک تغییر طرحواره‌ها وکنترل هیجانی همراه با درمان‌های مربوط به احترام به خویشتن، به‌منظور درمان مساله‌های کنترل خشم استفاده شد و چارچوب بحث درباره مساله‌ها را براساس انطباق و پیشگیری از پرخاشگری مجدد مراجع در آینده تنظیم گردید. مواردی از قبیل کاهش برانگیختگی، برنامه آرامش بخشی، تنفس ذهن‌آگاهانه، برنامه‌های تفریحی، تمرین‌های منظم ورزشی، بازسازی شناختی و فلسفه زندگی، پروراندن شوخ طبعی دوستانه، آموزش همدلی، تکنیک جستجوی بینش، اصول شادکامی و دستور المعل جدید برای زندگی، مهارت‌های اجتماعی و آموزش جرات‌ورزی، کاربرد بهبود بخشیدن کیفیت زندگی در روابط، ایجاد آگاهی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، مساله گشایی، راه حل‌های پنج‌گانه، تکنیک عقیده نفر دوم یا شخص دیگر، تغیر دادن توجه از طریق فهرست فعالیت‌های بازی و سایر تکنیک‌های سرگرمی، پیشگیری از عود، ایفای نقش در مورد موقعیت‌های برانگیزاننده خشم با توجه به یادداشت‌های مربوط به عادت‌ها، تدوین فهرست موارد عود اضطراری. همچنین کار بر روی نگرش‌ها و برطرف کردن خطاهای شناختی و سعی در بازسازی باورهای ناسالم و خودآگاه ساختن فرد نسبت به افکار خودآیند، نقش به‌سزایی در بهبود وضعیت روانی و کاهش پرخاشگری معلولین دارد. به‌خصوص که نقش معلولیت و اثرگذاری آن بر ایجاد طرحواره‌های نقص و شرم، خود موجب ایجاد تفکرات ناکارآمد و پرخاشگری بیشتر خواهد شد. البته که این تفکرات درطول زندگی یک فرد معلول تایید خواهد شد. این تایید موجب کاهش سطح روانی معلولان و افزایش سطح اختلال روانی و پرخاشگری می گردد.

راهبست‌ها(محدودیت‌ها): این پژوهش صرفا بر روی بیماران آسیب نخاعی شهر اصفهان انجام گرفته است، از این‌رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد. دوره پیگیری به‌دلیل محدودیت زمانی بعد از یک ماه انجام گرفت. اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با هیچ درمان دیگری به‌صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفت.

پیشنهاها: انجام این پژوهش برروی جوامع دیگر، همچنین با توجه به این‌که مزیت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با رواندرمانی‌های گذشته، پیشگیری از برگشت نشانه‌ها می‌باشد دوره بلند مدت‌تر حداقل دو الی شش ماه برای ارزیابی دوام نتایج صورت گیرد. از دیگر درمان‌های روان‌شناختی مثبت‌نگر جهت مقایسه اثربخشی بر روی بیماران آسیب نخاعی استفاده گردد.

سپاسگزاری: این پژوهش دارای کد تصویب ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۲۲۰۸۲ از معاونت

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان می‌باشـــد. به این وسیله از تمامی کسانی که ما را در این زمینه یاری نمودند، به ویژه مسولین محترم دانشگاه، مراکز بهزیستی و توانبخشـــی شـــهر اصفهان و تمامی بیماران آسیب نخاعی که بی‌دریغ در روند اجرای این پژوهش محققین را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

تضاد منافع: نویســـندگان گواهی می کنند که هیچ نوع تضاد منافعی چه نویسندگان با یکدیگر و چه با افرادی خارج از تیم نویسندگان و چه با سازمان‌ها و... وجود ندارد.

منابع

References:

1. Khodayarian M, Vaezi AA, Jalalpour S, Jalalpour T, Haji Hosseini H. The survey of quality of life of spinal cord injured people in Yazd in 2014. Military Caring Sciences Journal. 2015;1(2):88-98. http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.mcs.1.2.88
2. Nazari S, Farsi Z, Jafarkhani M. Factors affecting on quality of life in patients suffering from spinal cord injuries caused by natural and/or man-made disasters: A qualitative meta-synthesis study. Ebnesina Journal. 2020;22(1):46-57. https://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-788-en.html
3. Farahani Nia M, Maleki M, Khayeri F, Haghani H. Factors associated with quality of life in people with lower limb amputations. Iran Journal of Nursing. 2012;25(75):32-44. https://ijn.iums.ac.ir/article-1-1236-en.html
4. Lima R, Monteiro A, Salgado AJ, Monteiro S, Silva NA. Pathophysiology and therapeutic approaches for spinal cord injury. International Journal of Molecular Sciences. 2022;23(22):13833. https://doi.org/10.3390/ijms232213833
5. Khazaeli K, Hoseini E, Nasir AH, Amarloui M, Ganji MK. Relationship between level of injury and quality of life in spinal cord injury (SCI) patients. Payesh (Health Monitor). 2019;18(1):45-51. https://payeshjournal.ir/article-1-1001-en.html
6. Alam S, Rizvi K. Psychological well-being among bank employees. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2012;38(2):242-7. https://www.researchgate.net/publication/288424833_Psychological_well-being_among_bank_employees
7. Langove N, Isha ASN. Interpersonal conflict and turnover intention: The mediating role of psychological well-being. Advanced Science Letters. 2017;23(8):7695-8. http://dx.doi.org/10.1166/asl.2017.9555
8. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. Anuario de Psicologia Clinica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology, 5, 15-27. 2009. https://www.researchgate.net/publication/228460254_Psychological_well-being_and_health_Contributions_of_positive_psychology
9. Emami Sigaroudi A, Kheiri M, Farmanbar R, Atrkar Roushan Z. Subjective well-being and related factors among students of Guilan University of Medical Sciences (GUMS). Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2014;2(1):27-36. http://journal.ihepsa.ir/article-1-113-en.html
10. Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542–575. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2162125
11. Halvorsen A, Pettersen A, Nilsen S, Halle KK, Schaanning EE, Rekand T. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Norway in 2012–2016: a registry-based cross-sectional study. Spinal Cord. 2019;57(4):331-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30573770/
12. Torshizi M, Saadatjoo S. Relationship between aggression and demographic characteristics secondary school students in Birjand. Modern Care Journal. 2012;9(4). [Persian] https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=5lx3d0sAAAAJ&citation_for_view=5lx3d0sAAAAJ:d1gkVwhDpl0C
13. Frisch M.B. Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. John Wiley & Sons Ltd. 2006. https://psycnet.apa.org/record/2005-15399-000
14. Joseph S, Linley PA. Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice: Routledge; 2006. https://psycnet.apa.org/record/2006-11810-000
15. Khademi M.J, Abedi M.R. The effectiveness of quality of life psychotherapy on blind girls' mental health in Isfahan. Knowl Res Appl Psychol. 2016;16(4):32-44. [Persian] https://sanad.iau.ir/en/Journal/jsrp/Article/890762
16. Rajabi S, Dehghani Y, Riahi F, Allahyari F. The efficacy of group quality of life therapy on happiness, life satisfaction and emotional regulation of Ahvaz men addicts. Jundishapur Scientific Medical Journal. [Persian] 2015;14(5):494-503. https://jsmj.ajums.ac.ir/article_47177.html?lang=en
17. Narges Y, Ahi Gh, Maryam N. Investigation of the effect of psychotherapy based on life quality im-

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

provement on the anxiety of those suffering from complicated grief. 2015. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2015; 22 (2) :145-153 [Persian] http://journal.bums.ac.ir/article-1-1831-en.html
18. Neff K.D, Tóth-Király I, Knox MC, Kuchar A, Davidson O. The development and validation of the state self-compassion scale (long-and short form). Mindfulness. 2021;12:121-40. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01505-4
19. Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. British Journal of Clinical Psychology. 2018;57(2):240-54. https://doi.org/10.1111/bjc.12162
20. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. The effectiveness of quality of life therapy on quality of life in maladjustment couples. Pajouhan Scientific Journal. 2016;15(1):19-27. [Persian] https://doaj.org/article/7f65d1081d9b4e108fe1f02c5148741a
21. Zabet M, Momeni K, Karami J. The effectiveness of quality of life therapy on positive and negative affect in elderly women. Aging Psychology. 2015;1(2):73-80. [Persian] https://doaj.org/article/621a6f6f4284405d91bad8a9856c6c59
22. Diener E, Emmons R.A, Larsen R.J, Griffin S. The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment. 1985;49(1):71-5. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa4901_13
23. Bayani A.A, Koocheky A.M, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. 2007. [Persian] https://sanad.iau.ir/en/Journal/jip/Article/1054841
24. Watson D, Clark L.A, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. Journal of Personality and Social Psychology. 1988;54(6):1063. https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063
25. Bakhshipourroudsari A, Dejkam M. Positive and negative Affect scale confirmatory factor analysis. Journal of Psychology. 2005;9(4):351-365. [Persian] https://www.sid.ir/paper/54494/en
26. Buss A.H, Perry M. The aggression questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 1992;63(3):452. https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452
27. Zahedifar S, Najarian B, Shokrkon H. Construction and validation of a scale for the measurement of aggression. Journal of Educational Scinces. 2000;7(1):73-102. [Persian] https://education.scu.ac.ir/article_16084.html?lang=en
28. Ghasemi N, Kajbaf M, Rabie M. Effectiveness of group therapy based on subjective well-being, quality of life and mental health. Journal of Clinical Psychology. 2011;3(2):23-35. [Persian] https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2051
29. Phillips D. Quality of life: Concept, policy and practice: Routledge; London, UK. 2006.https://doi.org/10.4324/9780203356630
30. Grossi E, Tavano Blessi G, Sacco PL, Buscema M. The interaction between culture, health and psychological well-being: Data mining from the Italian culture and well-being project. Journal of Happiness Studies. 2012;13:129-48. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-011-9254-x

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]