

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال چهارم، شماره دوم، پیاپی (۷)، پاییز و زمستان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۲

صص: ۸۹-۱۰۲

اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر علایم اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه

زهرا امامی^{۱*}، محمد باقر کجباف^۲

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

emamizohre@yahoo.com

۲- دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

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

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی کیفیت زندگی درمانی (QOLT) بر اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه است. روش پژوهش نیمه‌تجربی با گروه‌های آزمایش و گواه و پیگیری (۴۵ روزه) بود. روش نمونه‌گیری، تصادفی ساده بود. از بین ۱۵۰ نفر که به پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی پاسخ دادند، ۴۸ نفر نمره بالا دریافت کردند؛ یعنی ۲۴ نفر افسردگی بالا و ۲۴ نفر اضطراب بالا داشتند. سپس هر کدام از گروه‌های ۲۴ نفره به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند و مداخله درمانی؛ یعنی ۸ جلسه کیفیت زندگی درمانی روی دو گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش بیانگر آن است که کیفیت زندگی درمانی، میزان اضطراب و افسردگی گروه‌های آزمایش را نسبت به گروه‌های کنترل در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری ($p < 0/0005$) کاهش داده است. واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی درمانی، اضطراب، افسردگی، دانش‌آموزان مقطع متوسطه

مقدمه

کراپلین^۳، افسردگی را جزو بیماری‌های عاطفی طبقه‌بندی کرد.

بر اساس مطالعاتی که در اروپا و ایالات متحده آمریکا انجام شده، برآورد شده است که بین ۹ تا ۲۶ درصد زنان و ۵ تا ۱۲ درصد مردان در طول زندگی خود یک بیماری افسرده‌ساز عمده داشته‌اند.

همچنین، برآورد شده است که بین ۴/۵ تا ۹/۳ درصد زنان و ۲/۳ تا ۳/۲ درصد مردان در برهه‌ای از زمان به این اختلال دچار هستند، بنابراین، زنان دو برابر بیشتر از مردان به افسردگی دچار می‌شوند.

اضطراب و افسردگی از جمله اختلالاتی هستند که همه جوانب زندگی فرد را در بر می‌گیرند و کیفیت زندگی فرد را پایین می‌آورند.

کیفیت زندگی درمانی^۴ (QOLT) رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است. فریش^۵ (۲۰۰۶)، با ترکیب رویکردشناختی رفتاری آرون تی بک و روان‌شناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، تن آرامی و مراقبه، کیفیت زندگی درمانی را ارائه داد. کیفیت زندگی درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند.

در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود.

نظریه کیفیت زندگی بیشتر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت از زندگی بر اساس

اضطراب و افسردگی از عمده مشکلات بهداشت عمومی هستند که به سطح همه‌گیر نزدیک می‌شوند و بر اساس اعلام مؤسسات ملی بهداشت، هر سال ۳۸ میلیون نفر را مبتلا می‌سازند. افزون بر آن، دو برابر این عده (۷۶ میلیون نفر) نیز از بیماری‌های مرتبط با اضطراب و افسردگی، در مراحل از زندگی خود رنج می‌برند. زیان حاصل از این بیماری‌ها به لحاظ آلام فردی، مصائب خانوادگی، شکست‌های تحصیلی، عاطفی، از دست دادن بهره‌وری شغلی و مرگ متفاوت است (آمن و روث^۱، ۲۰۰۳). چنانچه اختلال‌های مرتبط با اضطراب و افسردگی درمان نشوند، به سقوط فرد در می‌خوارگی و اعتیاد به مواد مخدر کمک می‌کنند.

اضطراب مفهومی است چند بعدی و دارای سطوح مختلف که عنوان پدیده‌ای بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی جلوه‌گر می‌شود. اضطراب یک علامت هشداردهنده است و باید خاطر نشان ساخت که اندکی اضطراب برای ادامه بقا و حفظ فرد از خطرهای تهدیدکننده و حراست از خود لازم است، اما با این‌که نوعی عامل انگیزشی محسوب می‌شود، وقتی از حد می‌گذرد، عامل اغتشاش و فروریختگی سازمان رفتارها می‌گردد. بنابراین، اضطراب ممکن است ما را از مسیر زندگی خارج کند؛ به‌گونه‌ای که مهار زندگی را از دست بدهیم (آلن^۲، ۱۹۹۵).

افسردگی از زمان باستان، به عنوان شایع‌ترین نوع نابسامانی عاطفی شناخته شده است. در سال ۱۸۹۶،

^۳ Kraepelin

^۴ quality of life therapy

^۵ Frisc

^۱ Amen & Routh

^۲ Allen

این هفده حوزه اصلی که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند: ۱- اهداف و ارزش‌ها و زندگی معنوی ۲- عزت نفس ۳- بهداشت و سلامت جسمی؛ ۴- پول یا استانداردهای زندگی؛ ۵- کار؛ ۶- بازی و تفریح؛ ۷- یادگیری؛ ۸- اخلاقیت؛ ۹- کمک؛ ۱۰- عشق؛ ۱۱- دوستان؛ ۱۲- فرزندان؛ ۱۳- اقوام و بستگان؛ ۱۴- همسر؛ ۱۵- خانه؛ ۱۶- همسایگان؛ ۱۷- جامعه.

کیفیت زندگی درمانی به صورت گروهی و انفرادی قابل اجراست. ابتدا از فرد می‌خواهند که از میان هفده حوزه، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند و سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمریناتی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی شده است (فریش، ۲۰۰۶).

تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثر بخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که عابدی و وستانیس^۱ (۲۰۱۰) به منظور «ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواس - اجبار در ایران» انجام دادند، ۴۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به (OCD)^۲ به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و مادران گروه آزمایش در طی ۴ هفته و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای از مزایای درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بهره‌مند شدند.

نتایج نشان داد که این درمان (QOLT) باعث کاهش نشانه‌های (OCD) و اضطراب و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا به

شناخت سرچشمه می‌گیرد؛ درست مثل هنگامی که استانداردها و ملاک‌های انسان برای کار رضایت بخش تحقق یافته است و فرد احساس شادی، ایمنی و آسایش می‌کند.

هدف کیفیت زندگی درمانی (QOLT) عبارت است از: افزایش خود مراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی. در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیشمندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش، ۲۰۰۶).

این رویکرد یک مدل پنج راهه به نام CASIO در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرح و نقشه‌ای برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناسی مثبت برای مددجویان مشخص می‌کند. مدل (CASIO) برای افزایش رضایتمندی و شادی تشکیل شده است از: شرایط عینی یک حوزه یا شرایط زندگی (C). نگرش نسبت به ادراک حوزه‌ها (A). استانداردهایی برای تحقق این حوزه‌ها (S). اهمیتی که برای شادکامی کلی نسبت به یک حوزه قائل می‌شود (I). رضایتمندی یک شخص در دیگر حوزه‌های مهم، که فرد فعلاً به آن اهمیت نمی‌دهد (O).

رضایت مردم از زندگی بر چگونگی ارضای نیازها، اهداف و آرزوهای آنان در عرصه‌های مهم زندگی استوار است. سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هفده حوزه اصلی از زندگی است که از توسعه معنویت و خود پنداره شروع تا همسایگان، اجتماع و این‌که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد.

¹ Vostanis

² obsessive- compulsive disorder

بوده است. در مورد نشانه‌های جسمی‌سازی و اضطراب، تنها در مرحله پس‌آزمون، اثرگذار بوده است. در مورد بهزیستی ذهنی، یافته‌ها نشان می‌دهد که این مداخله بر افزایش بهزیستی ذهنی کلی آزمودنی‌ها در هر دو مرحله تأثیرگذار بوده است، اما بر کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی، تنها در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است. همچنین، بر افزایش عاطفه مثبت آزمودنی‌ها در هر دو مرحله اثرگذار بوده است.

رودریگو و همکاران^۱ (۲۰۱۰)، در پژوهشی با عنوان «مداخله روان‌شناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناراحتی روانی در بزرگسالان منتظر پیوند کلیه» به مقایسه اثر بخشی سه نوع درمان پرداختند. ۶۲ نفر بیمار در لیست انتظار پیوند کلیه به سه گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (QOL)، درمان حمایتی (ST)^۲ و مراقبت‌های معمولی (SC) تقسیم شدند. در مورد هر یک از درمان‌ها میزان کیفیت زندگی، ناراحتی روانی و صمیمیت اجتماعی بیماران قبل و بعد از درمان ارزیابی شد.

نتایج بیانگر آن بود که افراد گروه (QOL) نمره‌های بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و صمیمیت اجتماعی، نسبت به دو گروه SC, ST به دست آوردند. هر دو گروه ST, QOL در مقایسه با گروه SC ناراحتی روانی کمتری را نشان دادند.

(OCD) شد. همچنین، میزان کیفیت زندگی مادران هم به‌طور کلی افزایش معناداری یافت. همچنین، طغیانی (۱۳۹۰) در پژوهش دیگری به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان، بهزیستی ذهنی و عملکرد تحصیلی نوجوانان پسر پرداخت.

نتایج پژوهش بیانگر آن است 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 معناداری افزایش داده است ($P < 0/05$). همچنین، نتایج نشان داد که این درمان میزان بهزیستی کلی آزمودنی‌های گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است ($P < 0/05$). از سوی دیگر، پاداش (۱۳۸۹)، به بررسی کیفیت زندگی درمانی بر رضایت زناشویی زنان و مردان متأهل شهر اصفهان پرداخت و نشان داد که کیفیت زندگی درمانی بر رضایت زناشویی زنان و مردان متأهل مؤثر بوده است و در پژوهشی که قاسمی (۱۳۸۸)، با عنوان «بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روانی افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره» روی یک نمونه ۲۴ نفری (که به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شده بودند) و ده جلسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی روی گروه آزمایش انجام داد؛ نتایج زیر حاصل شد: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان سلامت روانی آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است و در زیر مقیاس‌های افسردگی و بدکارکردی اجتماعی، اثر این روش درمانی در هر دو مرحله از ثبات برخوردار

¹ Rodrigue & etal

² standard car

علایم اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه پرداخت.

روش پژوهش

این پژوهش، در گروه پژوهش‌های نیمه تجربی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴۵ روزه) بود. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بود که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تاثیر آن بر نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مقایسه شد. سیمای کلی طرح پژوهش در جدول (۱) قرار گرفته است.

گران و همکاران^۱ (۱۹۹۵)، «اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را بر افراد افسرده» بررسی کردند. در این مطالعه، ۶۰ بیمار افسرده داوطلب را که به اختلال دیگری مبتلا نبودند، با استفاده از دو روش کتاب درمانی و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، مورد مداخله قرار دادند. پس از پایان جلسات درمان، مشخص شد که افسردگی هر دو گروه، کاهش یافته بود و همچنین، یک افزایش معناداری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی همه بیماران، در انتهای درمان مشاهده شد. همه آزمودنی‌ها به جز یک نفر، این پیشرفت درمانی را در مرحله پیگیری نیز نشان دادند. بر اساس پژوهش‌های پیشین، این تحقیق به تعیین میزان اثر بخشی کیفیت زندگی درمانی بر

جدول ۱. طرح کلی پژوهش

گروه‌ها	مراحل گروه	حجم نمونه	پیش‌آزمون	اعمال متغیر مستقل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	پس‌آزمون
اضطراب	آزمایش (A)	۱۲	T1	X	T2
	گواه (A)	۱۲	T1	-	T2
افسردگی	آزمایش (D)	۱۲	T1	X	T2
	گواه (D)	۱۲	T1	-	T2

به‌منظور اجرای این پژوهش، یکی از دبیرستان‌های دخترانه شهر دهقان (دبیرستان امام خمینی (ره)) انتخاب شد. از بین دانش‌آموزان این مدرسه، تعداد ۱۵۰ نفر از پایه‌های مختلف تحصیلی انتخاب شدند و این دانش‌آموزان به پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب کنترل پاسخ دادند. از بین این دانش‌آموزان ۲۴ نفر که نمره‌های اضطراب بالا و ۲۴ نفر که نمره‌های

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر دهقان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ تشکیل می‌دادند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۵ تا ۱۸ سال بود. برای تعیین حجم نمونه، ابتدا به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین سه دبیرستان شهر دهقان یک دبیرستان انتخاب شد.

¹ Grant & etal

۲- پرسشنامه اضطراب کتل

این آزمون شامل ۴۰ سؤال با پاسخ‌های سه گزینه‌ای است که در سال ۱۹۵۷ کتل تهیه کرده است. اعتبار این آزمون که از طریق اجرای مجدد و به دفعات متعدد انجام گرفته، بالاتر از ۷۰ درصد بوده است. در نمره‌گذاری آزمون بر اساس جدول نمره‌گذاری به پاسخ‌ها نمره‌های ۰ و ۱ و ۲ داده می‌شود. مجموع ۲۰ سؤال اول اضطراب پنهان و مجموع ۲۰ سؤال دوم اضطراب آشکار و مرضی را نشان می‌دهد. نمره کل اضطراب از مجموع نمره‌های اضطراب پنهان و آشکار به دست می‌آید. این مقیاس در سال ۱۳۶۸ توسط منصور و دادستان در آزمودنی‌های ایرانی هنجاریابی شد. اعتبار این آزمون که از طریق اجرای مجدد آن و به دفعات متعدد انجام گرفته، همیشه بالاتر از ۷۰٪ بوده است. جلسات درمانی

شرح جلسات درمانی به صورت مختصر در جدول زیر آورده شده است.

افسردگی بالا داشتند، انتخاب شدند. از بین هر دو دسته دانش‌آموزان ۱۲ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۲ نفر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند؛ به این معنا که دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل بود که این بسته درمانی روی گروه‌های آزمایش اعمال شد.

بزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه افسردگی بک^۱

این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین، این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند.

ضریب همسانی درونی این تست بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد.

در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام گرفت، پایایی آن در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شد (کاوپانی، موسوی، ۱۳۸۰).

همچنین، ساردویی (۱۳۷۳)، پرسشنامه افسردگی بک را در دبیرستان‌های شهر تهران هنجاریابی و پایایی آن را ۰/۷۸ و تایید همسانی درونی آن را ۰/۸۶ گزارش کرد.

¹ Beck Depression Questionnaire

جدول ۲. سرفصل محتوای جلسات درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی
جلسه دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی درمانی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، معرفی حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی که کیفیت کلی زندگی فرد را تشکیل می‌دهند، کشف موارد مشکل آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی CASIO به عنوان پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C به عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در ابعاد شانزده‌گانه کیفیت زندگی
جلسه چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی A به عنوان استراتژی دوم در ابعاد شانزده‌گانه کیفیت
جلسه پنجم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی S به عنوان استراتژی سوم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی
جلسه ششم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، معرفی I به عنوان استراتژی چهارم و کاربرد این اصل برای افزایش رضایت
جلسه هفتم	مروری بر بحث جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط، معرفی O به عنوان استراتژی پنجم
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش CASIO در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی و کاربرد CASIO در حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی

نتایج پژوهش

همچنین، نتایج بررسی آزمون لوین نشان داد که

با توجه به سطح معناداری آزمون لوین (مقدار sig بزرگتر از ۰/۰۵) پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار بوده و لذا با توجه به احتمال بالای تساوی واریانس‌ها (بیشتر از ۵ درصد) می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه اول

برای آزمون فرضیه‌ها، ابتدا پیش‌فرض نرمالیتی و سپس پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون‌های کالموگروف - اسمیرنوف نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن برای تمام فرضیه‌ها برقرار بوده و لذا با توجه به احتمال بالای نرمال بودن توزیع (بیشتر از ۵ درصد) می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب

شاخص آماری منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان
پیش‌آزمون	۳/۱۶۹	۱	۳/۱۶۹	۳/۷۵۰	۰/۰۶۶	۰/۱۵۱	۰/۴۵۵
گروه	۶۸/۲۱۱	۱	۶۸/۲۱۱	۸۰/۷۱۰	<۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۴	۱/۰۰۰

فرضیه اول: کیفیت زندگی درمانی بر میزان اضطراب دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پس‌آزمون تاثیر دارد. براساس اطلاعات جدول، کیفیت زندگی درمانی بر

آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است.

به عبارت دیگر، کیفیت زندگی درمانی بر کاهش اضطراب تاثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۷۹/۴ درصد این تغییرات یا بهبود ناشی از تاثیر مداخله یا آموزش کیفیت زندگی درمانی است. شایان ذکر است، با توجه به این که توان آماری ۱ است، می‌توان گفت حجم نمونه نیز کفایت می‌نماید.

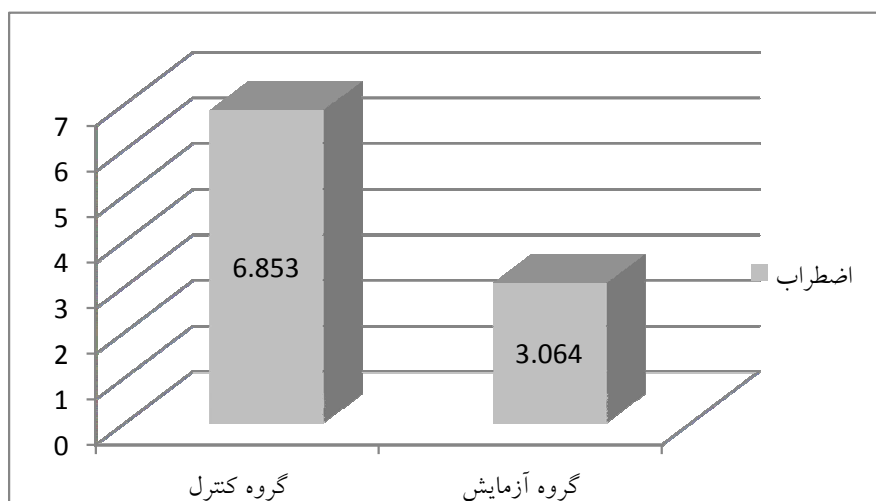
میزان اضطراب دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است؛ به بیان دیگر، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش با توجه به مداخله (کیفیت زندگی درمانی) بر متغیر وابسته (اضطراب)، معنادار بوده ($p < 0/0005$)؛ لذا فرضیه ۱ تایید شد.

همچنین، می‌توان گفت، تفاوت بین نمره‌های دو گروه کنترل و آزمایش، بیان‌کننده این مطلب است که میزان اضطراب دانش‌آموزان مقطع متوسطه پس از کیفیت زندگی درمانی در مرحله پس‌آزمون در گروه

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار اضطراب و میانگین تعدیل شده و انحراف معیار اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

گروه کنترل				گروه آزمایش			
میانگین	انحراف معیار	میانگین ت	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین ت	انحراف معیار
۳/۲۵	۱/۰۵۵	۶/۸۵۳	۰/۲۸۲	۶/۶۷	۰/۲۸۲	۳/۰۶۴	۰/۲۸۲

نمودار ۱. میانگین‌های تعدیل شده اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل (پس‌آزمون)



نتایج تحلیل کواریانس فرضیه دوم

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب در مرحله پیگیری

شاخص آماری	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان
منبع تغییرات	مجذورات	۱	۱/۱۴۱	۰/۹۰۶	۰/۳۵۲	۰/۰۴۱	۰/۱۴۹
پیش‌آزمون	۱/۱۴۱	۱	۱/۱۴۱	۰/۹۰۶	۰/۳۵۲	۰/۰۴۱	۰/۱۴۹
گروه	۵۷/۳۱۶	۱	۵۷/۳۱۶	۴۵/۳۱۶	< ۰/۰۰۰۵	۰/۶۸۴	۱/۰۰۰

لذا فرضیه ۲ تایید شد. همچنین، می‌توان گفت تفاوت بین نمره‌های دو گروه کنترل و آزمایش، بیان‌کننده این مطلب است که میزان اضطراب دانش‌آموزان مقطع متوسطه پس از کیفیت زندگی درمانی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی درمانی بر کاهش اضطراب تاثیر داشته است.

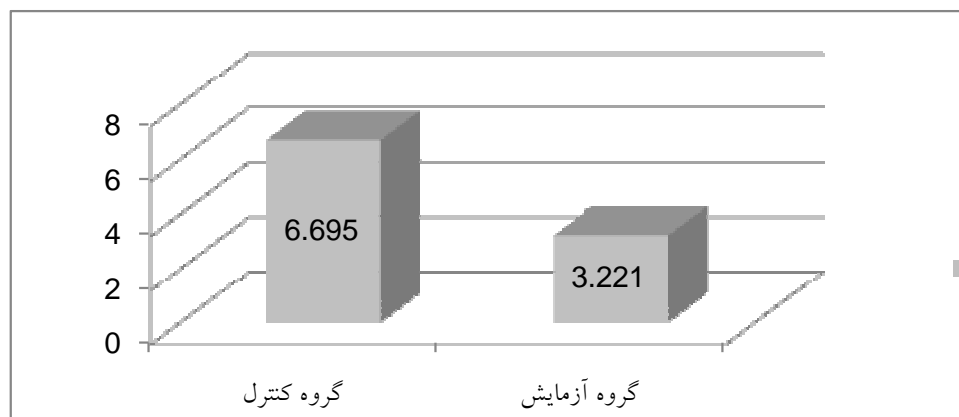
فرضیه دوم: کیفیت زندگی درمانی بر میزان اضطراب دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پیگیری تاثیر دارد.

اطلاعات جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) را نشان داد. بر اساس اطلاعات جدول، کیفیت زندگی درمانی بر میزان اضطراب دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پیگیری تاثیر داشته ($p < 0/0005$)؛ به بیان دیگر، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش با توجه به مداخله (کیفیت زندگی درمانی) بر متغیر وابسته (اضطراب)، معنادار است؛

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار اضطراب و میانگین تعدیل شده و انحراف معیار اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل مرحله پیگیری

گروه کنترل				گروه آزمایش			
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۳/۲۳	۱/۳۷۱	۶/۵۸	۰/۲۴۵	۶/۶۹۵	۰/۷۹۳	۳/۲۲۱	۰/۲۴۵

نمودار ۲. میانگین‌های تعدیل شده اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل (پیگیری)



نتایج تحلیل کواریانس فرضیه سوم

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۲۷/۵۷۴	۱	۲۷/۵۷۴	۲/۶۶۸	۰/۱۱۷	۰/۱۱۳	۰/۳۴۴
گروه	۹۶۰/۵۲۷	۱	۹۶۰/۵۲۷	۹۲/۹۵۰	< ۰/۰۰۰۵	۰/۸۱۶	۱/۰۰۰

پس‌آزمون تاثیر دارد. اطلاعات جدول (۷) نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) را نشان

فرضیه سوم: کیفیت زندگی درمانی بر میزان افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله

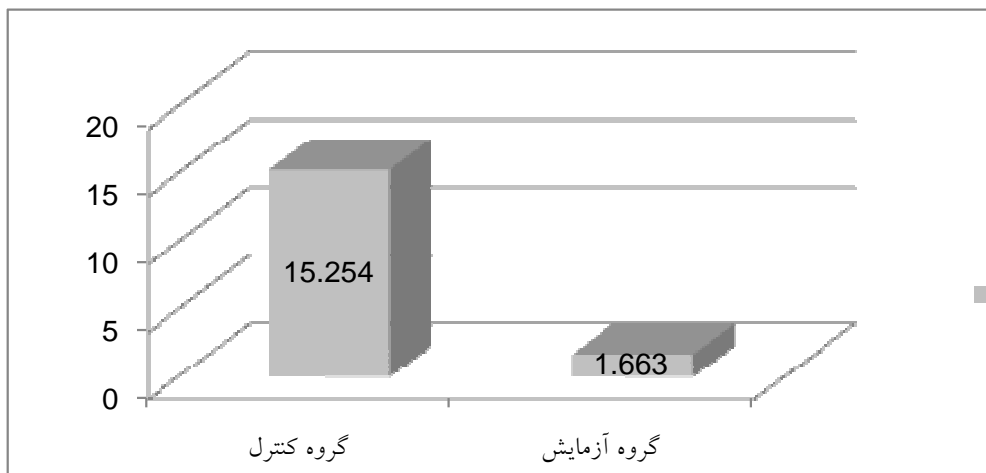
دو گروه کنترل و آزمایش، بیان‌کننده این مطلب است که میزان افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه پس از آموزش کیفیت زندگی درمانی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی درمانی بر کاهش افسردگی تاثیر داشته است.

داده است. بر اساس اطلاعات جدول، کیفیت زندگی درمانی بر میزان افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته ($P < 0/0005$). به بیان دیگر، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش با توجه به مداخله (کیفیت زندگی درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی)، معنادار بوده؛ لذا فرضیه ۳ تایید شده است. همچنین، می‌توان گفت، تفاوت بین نمره‌های

جدول ۸. میانگین و انحراف معیار و میانگین تعدیل شده و انحراف معیار افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل مرحله پس‌آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۲/۰۸	۱/۶۶۳	۱۴/۸۳	۰/۹۶۳
۴/۱۰۸	۰/۹۶۳	۱۵/۲۵۴	۲/۳۱۴
۰/۹۶۳			

نمودار ۳. میانگین‌های تعدیل شده افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل (پس‌آزمون)



نتایج تحلیل کواریانس فرضیه چهارم

جدول ۹. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی در مرحله پیگیری

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان
پیش‌آزمون	۲۰/۹۲۲	۱	۲۰/۹۲۲	۱/۶۲۵	۰/۲۱۶	۰/۰۷۲	۰/۲۲۹
گروه	۸۴۳/۰۲۶	۱	۸۴۳/۰۲۶	۶۵/۴۶۹	< ۰/۰۰۰۵	۰/۷۵۷	۱/۰۰۰

اطلاعات جدول (۹) نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) را نشان داده است. براساس اطلاعات جدول، کیفیت زندگی درمانی بر میزان

فرضیه چهارم: کیفیت زندگی درمانی بر میزان افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پیگیری تاثیر دارد.

گروه کنترل و آزمایش، بیان‌کننده این مطلب است که میزان افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه پس از کیفیت زندگی درمانی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی درمانی بر کاهش افسردگی تاثیر داشته است.

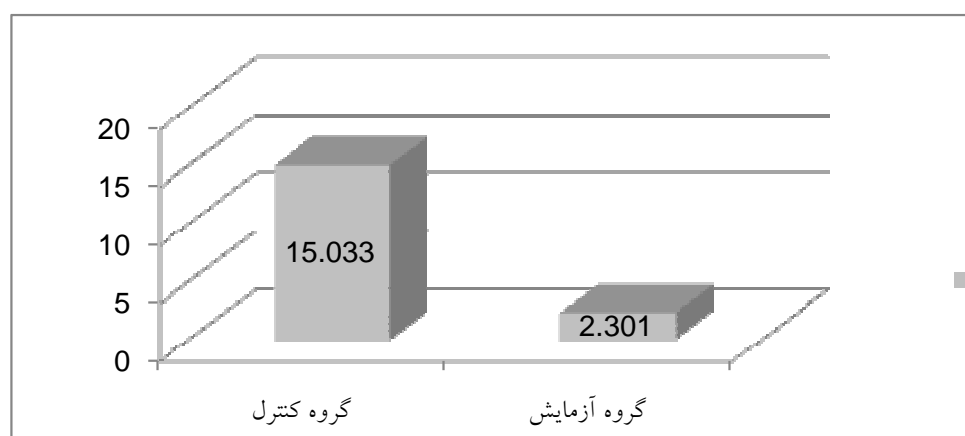
افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مرحله پیگیری تاثیر داشته ($P < 0/0005$).

به بیان دیگر، تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش با توجه به مداخله (کیفیت زندگی درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی)، معنادار بوده لذا فرضیه ۴ تایید شد. همچنین، می‌توان گفت تفاوت بین نمره‌های دو

جدول ۱۰. میانگین و انحراف معیار و میانگین تعدیل شده و انحراف معیار افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل مرحله پیگیری

گروه کنترل		گروه آزمایش	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۲/۶۷	۲/۳۰۱	۱۴/۶۷	۱/۰۷۵
۱۵/۰۳۳	۴/۰۵۳	۱/۰۷۵	۳/۱۷۲

نمودار ۴. میانگین‌های تعدیل شده افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل (پیگیری)



در این رویکرد اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعین در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش نیلفروشان (۱۳۸۴)، دهقانی (۱۳۸۷) و محسنی (۱۳۸۸) همسوست. نیلفروشان، محسنی و دهقانی به بررسی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی در گروه‌های متفاوت پرداختند. دلیل همسویی نتیجه این پژوهش با سایر پژوهش‌ها به این علت است که اصل تمامی این روش‌های درمانی شیوه‌شناختی است،

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر در فرضیه اول با یافته‌های طغیانی (۱۳۹۰) و قاسمی (۱۳۸۸) همسوست. دلیل این همسویی استفاده مشترک از روش درمانی یکسان است. همان‌طور که می‌دانید، افراد افسرده و مضطرب رضایتمندی کمتری از زندگی دارند. هدف در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از رضایتمندی که قابل تغییر است، تقویت کنند؛ به‌طوری‌که به شادکامی و موفقیت بیشتر دست یابند.

بعد معنوی است، افزایش معنویت در افراد باعث افزایش سلامت روان و کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود. نتایج پژوهش‌های موریرا - المدیا (۲۰۰۵)، اژدری‌فر (۱۳۸۹)، خدایاری‌فر (۱۳۸۷) همسو با این یافته است. یکی از عوامل بسیار مؤثر بر شادی مذهب است. افرادی که از نظر مذهبی فعالیت بیشتری دارند؛ مثلاً در اماکن مذهبی بیشتر فعالیت می‌کنند، شادمان‌ترند. میزان احساس نزدیکی به خداوند و ایمان قلبی تأثیر به‌سزایی در شادمانی افراد دارد.

نتایج پژوهش حاضر در فرضیه چهارم با نتایج پژوهش طغیانی (۱۳۹۰)، قاسمی (۱۳۸۸)، بارگ - اسچا و همکاران (۲۰۰۰) و گرانت (۱۹۹۵) همسویی دارد.

یکی از خصوصیات بارز افراد افسرده خلق پایین و نداشتن احساس خوب از خود است. نظریه کیفیت زندگی بر این فرض استوار است که مراجعانی که شادمانی خود را به حداکثر می‌رسانند، فواید بیشماری را به دست می‌آورند. احساس خوب داشتن خود تقویت‌کننده است و یکی از خدمات بزرگ این درمان، ایجاد احساس خوب در افراد از طریق پایین آوردن انتظارات و توقعات است. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در پیشگیری از عود نیز نقش دارد؛ درست همان‌گونه که کار روی طرحواره‌ها و نیز آموزش کنترل تفکر، امروزه در برنامه‌های پیشگیری از عود در شناخت درمانی به‌کار برده می‌شود.

همان‌طور که می‌دانیم، کیفیت زندگی درمانی در حقیقت ترکیب درمان شناختی - رفتاری و روان‌شناسی مثبت است.

پژوهش‌های متعدد به رابطه دو سویه بین اضطراب، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی اشاره کرده‌اند که همزمان با افزایش رضایت از زندگی، میزان اضطراب نیز کاهش یافته است. این یافته با پژوهش منین (۲۰۰۷) همسوست. او در پژوهش خود نشان داد که افراد با اضطراب، اختلال بیشتری را در بدکارکردی اجتماعی و مسئولیت‌پذیری نسبت به خانواده و خانه پیدا می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به افراد دیگر نشان می‌دهند.

نتایج پژوهش حاضر در فرضیه دوم با نتایج پژوهش طغیانی (۱۳۹۰) و معصومی (۱۳۹۰) همخوانی دارد، ولی با پژوهش قاسمی (۱۳۸۸) همخوانی ندارد. شاید بتوان گفت این ناهمخوانی به علت گروه‌های سنی متفاوتی باشد که این درمان روی آن‌ها اجرا شده است. پژوهش حاضر و پژوهش طغیانی هر دو روی نوجوانان اجرا شده است، ولی پژوهش قاسمی روی افراد متأهل اجرا شده است.

نوربرگ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان "کیفیت زندگی و هم‌ابتلائی به اختلال افسردگی و اضطراب" نشان داد افرادی که اختلال اضطراب اساسی داشتند، از میزان کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم بر خوردار بودند.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش در فرضیه سوم با نتایج پژوهش‌های طغیانی (۱۳۹۰)، قاسمی (۱۳۸۸)، معصومی (۱۳۹۰)، جواهری (۱۳۸۹)، و شلمن (۲۰۰۴) همسوست. از آنجا که یکی از مؤلفه‌های مهم در حیطه‌های کیفیت زندگی درمانی

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، با سایر روش‌های درمانی در حوزه روان‌شناسی مثبت، خصوصاً بهزیستی درمانی مقایسه و ارزیابی شود. همچنین، پژوهش‌هایی با استفاده از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای سایر گروه‌های بالینی و در جمعیت‌های خاص، مانند: سالمندان، معترضان و بازنشستگان و یا افراد یک سازمان خاص انجام شود و اجرای این پژوهش به صورت جداگانه بر روی مقاطع مختلف تحصیلی و حتی پایه‌های تحصیلی گوناگون پیشنهاد می‌شود. می‌توان بسته درمانی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را به صورت کتاب، جزوه، بروشور، لوح فشرده و ... تهیه کرد و در اختیار نوجوانان قرار داد.

منابع

آمن، دنیل جی. روث، لیزا سی. (۱۳۸۸). *درمان اضطراب و افسردگی*. ترجمه محمدباقر فهامی، محمد کاوش‌نیا و محمدکریم خداپناهی. تهران: مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. احمدی، جمشید. (۱۳۶۹). *رفتار درمانی - مقدمات و اصول اضطراب و افسردگی*. شیراز: مرکز نشر دانشگاه شیراز.

بلاک برن، ا. (۱۳۸۰). *مقابله با افسردگی و شیوه‌های درمان آن*. ترجمه گیتی شمس. تهران: رشد. بلاک برن، م و دیویدسون، ک. ام. (۱۳۷۴). *شناخت درمانی افسردگی و اضطراب*. ترجمه حسن توزنده جانی. مشهد: آستان قدس رضوی. پاداش، ز. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر*

اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.
جان بزرگی، مسعود. نوری، ناهید. (۱۳۸۸). *شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنیدگی*. تهران: سمت
خانی آبادی، ژ. (۱۳۷۹). *بررسی حالات افسردگی، اضطراب و خصومت دانش‌آموزان شاهد و غیر شاهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان
طغیانی، م. (۱۳۹۰). *اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان و بهزیستی ذهنی نوجوانان پسر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی: دانشگاه اصفهان.
فریش، مایکل بی. (۱۳۸۹). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی*. ترجمه اکرم خمسه. تهران: ارجمند.
قاسمی، ن. (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
ماری بلک برن، ایوی. دیویدسون، کیت ام. (۱۳۷۴). *شناخت درمانی اضطراب و افسردگی*. ترجمه حسن توزنده جانی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 19 (7), 605-13.
Barge- Schaapveld. A. C. M, Berkof. N. (2000). Quality of life in depression: daily lik Determinantes and variability. *Psychiatry Research*. 88 (3). 173-189
Frisch, MI, B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press.

- Grant, G.M, Salced, V., Hynan L.S, et al. (1993). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Report*, 1203-8.
- Kimweli. D. M.S; stilweli, W.E. (2002). Community subjective well - being personality traits and quality of life therapy. *Social Indicators research*, 60, 1.
- Kratzt, F & Weyne, B. (2007). *Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder*.
- Möller-Leimkühler.A.M. (2007). Subjective well- being and male depression in male adolescents. *Journal of Affective Disorder*, 98 (2): 65-73.
- Norberg, M, M., Diefenbach, G.J., & Tolin, D.F. (2007). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorder. article in press*.
- Rodrigue, J. R., Moher, A. B., & Widows, M.R.(2006). A randomized evaluation of quality of life therapy with patiants awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5 (10): 2425-2432.

The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression in Female High School students

*** Z. Emami**

master of educationa in psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

M. b. Kajbaf

assistant professor of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract:

The purpose of the present study was to determine the effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on anxiety and stress of female high-school students in Dehaghan. The study was a semi-experimental study with experimental-control groups and a follow-up (45 days). From among 150 respondents who answered the items of anxiety and depression questionnaires, 48 respondents who received the highest scores were selected and assigned into two groups (each group included 24 subjects). Then these subjects in each group were divided into two 12 subjects experimental and control groups and 8 sessions of quality of life therapy interventions was administered to experimental groups. The results of analysis of covariance showed that quality of life therapy had significantly decreased the degree of anxiety and depression in experimental groups as compared to the control groups in posttest and follow-up stage. ($p < 0.0005$).

Keywords: quality of life therapy, anxiety, depression, high school students