

بررسی اثربخشی رفتار درمانی شناختی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان صنعت نفت شهر تبریز

حمید پورشریفی^۱، مجید محمود علیلو^۲، پونه حسن نژاد وایانی^۳

^۱ دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

چکیده

هدف از پژوهش مقاله بررسی اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان صنعت نفت شهر تبریز می‌باشد. روش پژوهش، تحقیق شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری در این تحقیق بازنشستگان صنعت نفت شهر تبریز می‌باشد. نمونه‌های پژوهش عبارت بود از گروه آزمایش متشکل از ۳۰ نفر که آموزش گروهی شناختی - رفتاری را برای افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی در طول ۸ جلسه هفتگی دریافت کردند و گروه کنترل متشکل از ۳۰ نفر که این آموزش را در دوره مطالعه دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد (OHI) و کیفیت زندگی SF36 استفاده شد؛ و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس و آزمون t گروه‌های وابسته استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایشی ($M = 109/53$) بالاتر از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل ($M = 101/34$) و نیز میانگین نمرات شادکامی شرکت کنندگان گروه آزمایشی در پس‌آزمون ($M = 73/97$) بالاتر از شادکامی گروه کنترل در پس‌آزمون ($M = 66/34$) می‌باشد. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی در زیرمقیاس‌های سلامت روانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، سرزندگی، مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بالاتر از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل بود؛ اما میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی در زیرمقیاس‌های مؤلفه سلامت عمومی و مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی تفاوت چندانی با میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل ندارد. مداخلات شناختی - رفتاری گروهی باعث افزایش شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

کلمات کلیدی: مداخلات شناختی - رفتاری، شادکامی، کیفیت زندگی، بازنشستگان، صنعت نفت

مقدمه

با پیشرفت علم و فناوری و وفور امکانات رفاهی و مواد غذایی مردم در مقایسه با سال های گذشته از امکانات رفاهی بیشتری برخوردار شده اند، طوریکه دیگر کمتر کسی از گرسنگی و کمبود امکانات اصلی و روزمره زندگی رنج می برد؛ اما با وجود پیشرفت و رفاه مادی، ناراحتی های عصبی بیشماری همچون اضطراب، بی هدفی، خشم، ضعف روحیه، افسردگی و هزاران ناراحتی دیگر بوجود آمده انسان ها را در عصر حاضر درگیر خود کرده است. تا جایی که بنابر نظر متخصصان بیش از نیمی از ناراحتی های جسمی بیمارانی که به مراکز درمانی مراجعه می کنند، منشا روانی دارد (حمایت طلب، بزازان و لحمی، ۱۳۸۲). پیری عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان و ارگانسیم بدن که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می آید و تغییراتی را در ساختمان و عمل اعضاء مختلف بدن بوجود می آورد که سفید شدن مو، چین و چروک پوست، ریزش مو، کاهش قدرت دید، نقصان شنوایی، خمیدگی، کندی در تحرک، کاهش قدرت عضلانی، اختلال و آشفته گی در حافظه و ادراک، اختلال در جهت یابی، کاهش ظرفیت و کار آیی ریه ها و سیستم قلبی و عروقی از آن جمله اند (حلم سرشت، ۱۳۷۱). به نظر می رسد که سالمندی و بازنشستگی بر کیفیت زندگی و سلامت روان افراد تاثیر منفی می گذارد. روان شناسان گام های بسیاری در جهت بهبود این علائم برداشته اند ولی پس از ظهور جنبش روان شناسی مثبت، نظریه پردازان و محققان به جای توجه صرف به تجارب یا ادراک های منفی به بررسی سازه هایی چون خودکنترلی، معنویت، شادی، خوش بینی، امید و آثار مثبت این سازه ها بر سلامت روان، پرداختند (اسنایدر و مک کالوف، ۲۰۰۰).

در سال ۲۰۰۲ میلادی، مارتین سلیگمن با بیان نظریه شادکامی که به مفهوم "اودایمونیا" ارسطو شباهت بسیاری دارد، گام بزرگی را در جهت تعریف شادکامی برداشت. ارسطو شادکامی را در خوب بودن، نیکی کردن و زندگی در سایه آن می دانست و سلیگمن به پیروی از این جمله، شادکامی حقیقی را رسیدن به فراخنای شناسایی و رشد توانایی (کنجکاوی، نیروی حیاتی و قدردانی) در بازی، کار و عشق بیان کرده است. لاک شادکامی را مبتنی بر تعداد وقایع لذتبخش تعریف می کند (کامپتون، ۲۰۰۲). جامع ترین و در عین حال عملیاتی ترین تعریف شادمانی را وینهوون (۱۹۸۸) ارائه می دهد. به نظر او شادکامی به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی اش اطلاق می گردد. به عبارت دیگر شادکامی به این معناست که فرد چقدر زندگی خود را دوست دارد (سلیگمن، ۲۰۰۴).

مبانی نظری

شادکامی

شادکامی نگرشی است که افراد را در رویارویی با رویدادهای دشوار درمقابل افتادن در گرداب بی تفاوتی، ناامیدی و افسردگی مقاوم می سازد. ما در رویارویی با دیگران علائم عاطفی ارسال می کنیم و این علائم بر افرادی که با ما هستند تاثیر می گذارند، هر قدر از نظر اجتماعی زیرکتر باشیم بر علائم روحی خود کنترل بیشتری خواهیم داشت. مردم در نگاه خود به شادکامی دوبرداشت دارند: الف) ممکن است حالات هیجانی مثبتی را عنوان نمایند ب) شادکامی را راضی بودن از زندگی به طور کلی و یا بیشتر جنبه های آن بدانند بنابراین به نظر می رسد که شادکامی دو جزء اساسی، عاطفی و شناختی دارد. شادکامی متضاد افسردگی نیست، اما نبود افسردگی شرط لازم برای رسیدن به شادکامی است. همچنین شادکامی به عنوان یکی از حالت های روحی خوب، توانایی فکر کردن به صورت انعطاف پذیر و دارای پیچیدگی بیشتر را افزایش می دهد. افرادی که در حالت روحی خوبی قرار دارند هنگام برنامه ریزی یا تصمیم گیری در معرض این سوگیری ادراکی هستند و باعث می شود در تفکرات خود وسیع تر و مثبت تر عمل کنند (علی پور و نوربالا، ۱۳۷۸؛ آلان، ۲۰۰۴؛ آرگایل، ۲۰۰۲).

کیفیت زندگی

بررسی و اندازه گیری سطح سلامت از مباحث مهم بهداشتی است. سلامتی، مفهومی گسترده بوده و دارای ابعاد چندگانه است. امروزه توجه به استفاده از ابزارهایی که سلامت را در تمامی ابعاد بسنجند، در جامعه و پژوهش های اپیدمیولوژیک مورد توجه بسیار قرار گرفته است. تعریف های ارائه شده از کیفیت زندگی که در جهت استفاده در مراقبت های بهداشتی و درمانی مفید هستند را می توان به پنج حوزه تقسیم کرد که شامل: زندگی عادی، خوشحالی و ارضا، دستیابی به اهداف فردی، مفید

بودن به حال جامعه و میزان ظرفیت طبیعی است. به عبارتی دیگر می‌توان کیفیت زندگی را رابط بین وضعیت سلامت شخص از یک سو و توانایی در دنبال کردن اهداف زندگی (به عنوان ارزش‌هایی جهت ارتقا زندگی جسمی) از سوی دیگر دانست؛ بنابراین برآورده شدن نیازها و اولویت‌های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد (اورلی، ۱۹۹۲؛ منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴).

درمان شناختی - رفتاری

اصطلاح رفتاردرمانی شناختی برای نخستین بار در ادبیات علمی در دهه ۱۹۷۰ به کار رفت و در مدت زمان کوتاهی، به یک روان درمانی پیشرو تبدیل شد. درمان شناختی - رفتاری متکی بر مدل‌های دربرگیرنده عوامل شناختی و رفتاری است. این درمان نتیجه سیر تکوینی رفتاردرمانی است که توسط پالوف پایه‌گذاری و به وسیله واتسون، ماورر، آیزنگ و پوپر توسعه یافت (کلارک، دیوید و کریستوفر، ۲۰۰۸، به نقل از شجاع‌الدینی، کاظمی، علی‌پور و اورکی، ۱۳۹۱). این شیوه درمانی تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است؛ به همین سبب، نام آن را رفتاردرمانی شناختی نامیده‌اند. در این نوع شیوه درمانی به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد. برای این کار، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. در جنبه‌هایی از درمان، به طور عمده تأکید بر جنبه رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است (شجاع‌الدینی و همکاران، ۱۳۹۱).

تعریف کیفیت زندگی

کیفیت زندگی یعنی میزان برتری و امتیاز در زندگی در ارتباط با برخی معیارهای مقایسه‌ای که اکثر مردم در یک جامعه خاص آن را مطرح می‌کنند (فرهنگ انگلیسی آکسفورد، ۱۹۸۹، به نقل از فریش، ۱۳۸۹). میزان یا درجه یا سطح بهترین شیوه زندگی یا زندگی خوب می‌تواند زیاد یا کم باشد و در طیف خوب بد قرار گیرد (وین‌هاون، ۱۹۸۴).

کیفیت زندگی و رضایت مندی از زندگی به عنوان بخشی از شادکامی

در میان بسیاری از پژوهندگان نظریه شناختی عواطف و هیجانات به طور کلی و سلامت ذهنی به طور اختصاصی، توافقی وجود دارد که در تایید نظریه تلفیقی شناختی - عاطفی یا تعریف سلامت ذهنی بر اساس مطالعات متعدد و از جمله مطالعات تحلیل عامل و مطالعات بین فرهنگی است (کلارک، ۲۰۰۳؛ بک، ۱۹۷۶). برحسب این دیدگاه و نظریه کیفیت زندگی؛ سلامت ذهنی و اساس بهزیستی و سعادت‌مندی و سلامت با شادمانی فردی مترادف است. شادمانی فردی نیز به نوبه خود سه جز دارد: رضایت‌مندی از زندگی، عواطف و هیجانات مثبت و عواطف و هیجانات منفی. در شادمانی یا سلامت ذهنی خوب، رضایت‌مندی بالا است و میزان زیادی از عواطف مثبت، در مقایسه با تجربه عاطفی منفی، در آگاهی وجود دارد؛ یعنی تجربه آگاهانه فرد بیشتر از تجارب عاطفی مثبت، در مقایسه با عواطف منفی، تشکیل‌شده است (دینر، ۱۹۸۴؛ دینر و همکاران، ۲۰۰۰).

کیفیت زندگی فراتر از توانایی کارکردی

توانایی کارکردی یعنی مهارت‌های رفتاری ادراک شده، به عبارت دیگر یعنی توانایی ادراکی بیماران یا مراجعان در مورد عملکرد موثر و موفقیت آمیزشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی روزانه. در نظریه کیفیت زندگی از دیدگاه روان شناختی، اختلال‌های کارکردی خاص به کاهش یا تضعیف و از میان بردن خشنودی و کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود و یا ممکن است تأثیری نداشته باشد.

شادکامی

شادمانی احساسی است که همه خواهان آن هستند اما تعداد کمی از ما به آن دست می‌یابیم. نشانه مشخص چنین احساسی، قدردانی، احساس درونی، احساس رضایت و علاقه به خود و دیگران است. عادی‌ترین حالت ذهنی همه، حالت خشنودی و شادی است.

دیدگاه لذتی

تاریخچه طولانی این دیدگاه به قرن چهارم قبل از میلاد می‌رسد. برخی از فیلسوفان یونان، هدف از زندگی را تجربه لذت و به حداکثر رساندن آن دانسته‌اند. از نظر آنان شادکامی، کل لحظات لذت بخش زندگی فرد است. افراد دیگری از جمله هابز، دی سد و بتهام از این رویکرد پیروی کرده‌اند. هابز معتقد بود که شادکامی دنبال کردن موفقیت آمیز امیال ذاتی انسان است. بتهام نیز ادعا داشت که برای ساختن یک جامعه خوب، کوشش افراد برای به حداکثر رساندن لذت علائق فردی، مهم می‌باشد (ریان، ۲۰۰۱، به نقل از عابدی، ۱۳۸۱).

پیشینه پژوهشی

در تحقیقی که توسط محقق و همکاران (۱۳۸۷) انجام گرفته است، نیازهای سلامتی سالمندان مستمری بگير مورد بررسی قرار گرفته است. با پیشرفت علم پزشکی، امید به زندگی افزایش یافته و جوامع را با افزایش جمعیت روبرو ساخته است. برنامه ریزی جهت هرگونه خدمات، نیازمند شناخت نیازهای واقعی سالمندان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی نیازهای سلامتی سالمندان سازمان تامین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری طراحی شد. یافته‌ها نشان داد نمره کیفیت زندگی کل سالمندان تامین اجتماعی بالاتر از بازنشستگی کشوری است (هر چند از نظر آماری معنی دار نیست) و تنها در بعد عملکرد ذهنی - روانی تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد. نتایج نشان می‌دهد که مهمترین نیاز سالمندان مربوط به درآمد (۵۱/۷٪) آنها می‌باشد. همچنین وضعیت سلامت سالمندان بیانگر آن است که مهمترین مشکلات سالمندان به ترتیب مربوط به مشکلات قلبی - عروقی، عضلانی - اسکلتی و شنوایی - بینایی بود. توزیع وسایل کمکی نیز نشان داد که دندان مصنوعی، عینک و توالف فرنگی بیشترین وسایل مورد استفاده سالمندان است. در این مطالعه پایین بودن وضعیت اقتصادی سالمندان نشان می‌دهد که این قشر جامعه نیازمند حمایت‌های بیشتر سازمان‌های اجتماعی و رفاهی می‌باشد. در مجموع اکثر سالمندان مشکلات سلامتی بسیاری را مطرح کردند که توجه برنامه ریزان سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی را در جهت کمک به سالمندان طلب می‌کند.

رستمی، غفرانی، رمضان زاده، کاظم نژاد (۱۳۸۷) تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی در دوران یائسگی در منطقه شهرستان ری را مورد مطالعه قرار داد. نمونه‌های مورد پژوهش، خانم یائسه ۴۵-۵۵ سال بودند که از طریق رابطین بهداشت مراکز، جهت شرکت در تحقیق معرفی گردیدند. پس از انجام آزمون اولیه (Pre-test) و تجزیه تحلیل اطلاعات، برنامه آموزشی مناسب طراحی گردید که به صورت چهار جلسه آموزش انجام گرفت. یافته‌های به دست آمده نشان دهنده تغییرات معنادار در نمرات آگاهی، نگرش و ابعاد جسمی، روحی - اجتماعی و جنسی کیفیت زندگی خانم بودند ($Pv < 0.00001$) تنها در بعد وازوموتور کیفیت زندگی، تغییرات آماری معناداری مشاهده نشد.

سالار، احمدی و فقیه زاده (۱۳۸۲) به مطالعه اثر بخشی برنامه مشاوره بر کیفیت زندگی سالمندان پرداختند. تعداد نمونه‌های مورد مطالعه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با روش تخصیص تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند و سپس الگوی مشاوره مراقبت پیگیر در گروه آزمایش در طول چهارماه بکار گرفته شد و گروه شاهد طبق روند جاری مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها نشان داد که میانگین امتیاز مربوط به ابعاد روان‌شناختی کیفیت زندگی قبل از مطالعه در نمونه‌های گروه آزمایش ۴۳،۲ و در گروه شاهد ۴۵،۲ بوده که این میزان پس از مداخله در نمونه‌های آزمایش به ۵۷،۲ افزایش و در گروه شاهد به ۴۲،۲ کاهش یافته است. میانگین ابعاد جسمی کیفیت زندگی قبل از مداخله در نمونه‌های گروه شاهد ۴۰،۷ و در گروه آزمایش ۳۷،۲ بوده که این میزان پس از بکارگیری الگو در گروه شاهد به ۴۰،۶ کاهش و در گروه آزمایش به ۵۵،۷ افزایش

یافت. همچنین امتیاز کیفیت کل زندگی قبل از مداخله در گروه شاهد ۴۲،۲ و در گروه آزمایش ۴۰،۶ بود و پس از مداخله این امتیاز در گروه شاهد به ۴۱،۴ کاهش و در گروه آزمایش به ۵۶،۵ افزایش یافت. آزمون آماری تی مستقل نشان دهنده تفاوت آماری در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه می‌باشد که حاکی از تاثیر مثبت الگوی مشاوره مداوم می‌باشد. لطفی و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران روده تحریک پذیر پرداختند. در این مطالعه شبه آزمایشی، درمان بر روی ۱۵ بیمار، طی ۸ جلسه ۲ ساعته هفتگی اجرا شد. آزمون تحلیل واریانس درون گروهی حاکی از بهبود کیفیت زندگی و اضطراب بیماران بود.

سلیمانی و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی تأثیر ۱۲ هفته تمرینات ایروبیک و ورزش در آب بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان غیرورزشکار میانسال پرداختند. جامعه آماری این تحقیق زنان میانسالی بودند که برای اولین بار در کلاس های ایروبیک و ورزش در آب شرکت کرده و در دسترس بودند. از میان آن ها ۶۹ نفر به صورت داوطلب در این تحقیق شرکت کردند. نتایج نشان داد تمرینات ایروبیک و ورزش بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان میانسال تأثیرگذار بوده است.

قاسمی و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان شادی سالمندان به صورت تجربی پرداختند. جامعه آماری در پژوهش حاضر سالمندان زن ساکن در آسایشگاه صادقیه شهر اصفهان بودند. تعداد جامعه آماری ۱۳۵ نفر بود. شرایط گروه نمونه بدین صورت بود که اعضا از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار باشند و اینکه تمایل به شرکت در تحقیق داشته باشند. سپس مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج پژوهش نشان داد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر منجر به افزایش شادکامی سالمندان شد.

گیل و همکاران (۲۰۱۴) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر روی کیفیت زندگی ۱۶۸ بیمار مبتلا به جسمانی سازی در ۲۵ مرکز درمانی مورد بررسی قرار دادند. در طی این درمان ۱۲ ماهه میزان کیفیت زندگی بیماران تغییر معناداری نمود. دیفن باخ، ابراموویتز، نربرگ و تولین (۲۰۰۷) درمان شناختی-رفتاری و تاثیرات آن را بر کیفیت زندگی بیماران وسواسی مورد مطالعه قرار دادند. این محققان بیان داشتند که اثربخشی مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر علائم وسواس واضح است؛ اما در این مطالعه این درمان بر بعد نقص در عملکرد کیفیت زندگی ۷۳ بیمار وسواسی پرداخته است. نتایج حاکی از اثربخشی معنی دار CBT بر کیفیت زندگی اجتماعی، خانوادگی و شغلی و در نهایت وسواس بود.

عیسی زادگان، شیخی، حافظ نیا (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سبک و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری هیپرتانسیون نشان دادند که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری موجب تغییر در نمره سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است. یکی دیگر از یافته های این پژوهش نشان داد میانگین نمرات سبک زندگی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرده است.

زارع بهرام آبادی، وفائی بانه، قادری، تقوایی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان دادند که رفتاردرمانی شناختی در بیماران دیابتی می تواند کیفیت زندگی کلی و ابعاد سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی و سلامت روانی را ارتقا دهد ولی روی ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی و عملکرد جسمانی و درد جسمانی تاجر معناداری ندارد.

رجبی، ستوده، خجسته مهر (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان تاثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خشنودی زناشویی در زنان نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری گروهی، به گونه ای معنادار، در کاهش افسردگی و افزایش خشنودی زناشویی موثر است.

شجاع الدینی، کاظمی، علیپور، اورکی (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی با عنوان تاثیر رفتار درمانی شناختی بر نشانه های افسردگی و اضطراب بیماران دچار سکت قلبی نشان دادند که در مقایسه میانگین نمره افسردگی و اضطراب بین دو گروه قبل از درمان تفاوت دیده نشد؛ اما طبق آزمون آماری T میانگین نمره افسردگی پس از مداخله در گروه شاهد بیشتر از گروه درمان بود. هم

چنین میانگین نمره اضطراب در گروه شاهد پس از مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه آزمون داشته است. گروه دریافت کننده رفتار درمانی شناختی نشانه های اضطراب و افسردگی کمتری داشتند.

هدایتی، طباطبایی، محمدی آریا، رباط جزئی، لچینانی، روستایی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مصون سازی در برابر استرس بر میزان شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان نشان دادند که آموزش مصون سازی در برابر استرس در گروه آزمایش بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی تاثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد سالمندانی که آموزش مصون سازی در برابر استرس را دریافت نمودند، شادکامی و کیفیت زندگی بالاتری در مقایسه با گروهی که این آموزش را دریافت نکردند، گزارش کردند؛ بنابراین ضرورت آموزش مصون سازی در برابر استرس برای گروه های سالمندان که نسبت به استرس آسیب پذیر هستند، ضروری بنظر می رسد.

شمسی پور دهکردی، عبدلی، مدبری (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان اثربخشی فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آستئوآرتریت نشان دادند که بین ابعاد کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، مشکلات جسمانی، مشکلات روانی، نشاط و شادابی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدن و سلامت عمومی) در دو گروه سالمندان فعال و غیرفعال مبتلا به آستئوآرتریت، تفاوت از نظر آماری معنادار است.

اهداف تحقیق

هدف کلی: تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان صنعت نفت شهر تبریز

اهداف اختصاصی

- ۱- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی بازنشستگان
- ۲- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری گروهی بر شادکامی بازنشستگان
- ۳- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان
- ۴- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازنشستگان
- ۵- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بازنشستگان
- ۶- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی خستگی یا نشاط کیفیت زندگی بازنشستگان
- ۷- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی درد بدنی کیفیت زندگی بازنشستگان
- ۸- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل جسمانی
- ۹- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل عاطفی
- ۱۰- تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر مولفه ی سلامت روانی کیفیت زندگی بازنشستگان.

فرضیه های تحقیق

۱. مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب بهبودی کیفیت زندگی بازنشستگان می شود.
۲. مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش شادکامی بازنشستگان می شود.
۳. مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب افزایش مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان می شود.
۴. مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب افزایش مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازنشستگان می شود.
۵. مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبود مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بازنشستگان می شود.
۶. مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش مؤلفه سرزندگی کیفیت زندگی بازنشستگان می شود.
۷. مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب کاهش مؤلفه درد بدنی کیفیت زندگی بازنشستگان می شود.
۸. مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل جسمانی می شود.

۹. مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل عاطفی می‌شود.

۱۰. مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش مؤلفه سلامت روانی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

متغیرهای تحقیق

در این پژوهش، مداخلات شناختی - رفتاری گروهی با دو سطح آرایه یا عدم آرایه مداخله به عنوان متغیر مستقل و شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

طرح تحقیق

روش این پژوهش، تحقیق شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. نوع تحقیق به دلیل بررسی اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان صنعت نفت شهر تبریز، کاربردی است. از این رو، طبق جدول ۱ برنامه مداخله از پیش طراحی شده به گروه آزمایش ارائه و نتایج اثرات مداخله با گروه کنترل مقایسه شد. نتایج و یافته‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۱: نحوه اجرای مداخله در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	R	T1	×	T2
گواه	R	T1	-	T2

روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیق شبه آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد ابتدا از طریق اطلاعیه ای در صندوق بازنشستگان شرکت نفت تبریز جهت حضور در کلاس داده شد. از افراد داوطلب در صورتیکه ملاک‌های ورود یعنی دامنه حداقل سن ۴۵ و حداکثر ۷۰، تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی برخوردار بودند، بر ثبت نام به عمل آمد. در نهایت از افراد متقاضی دارای ملاک‌های ورود، تعداد ۶۰ نفر با روش تصادفی ساده به ۲ گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مرحله اول هر دو گروه به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و شادکامی پاسخ دادند، سپس متغیر مستقل یعنی آموزش گروهی شناختی - رفتاری برای گروه آزمایشی اعمال گردید. پس از اجرای متغیر مستقل مجدداً هر دو گروه توسط ابزارهای مورد استفاده در پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و دو گروه مذکور در نمرات بدست آمده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقایسه شدند. لازم به ذکر است که برای لحاظ مسائل اخلاقی، برای افراد گروه کنترل دوره آموزشی پس از اتمام جمع‌آوری داده‌ها برگزار شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

اطلاعات جمع‌آوری شده، از طریق برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی مانند میانگین، میانه و نما استفاده شد؛ و در نهایت، نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و آزمون t گروه‌های وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بررسی فرضیه‌های پژوهش

قبل از اینکه به بررسی فرضیه‌ها بپردازیم لازم است توضیح مختصری در رابطه با یک شرط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس ارائه دهیم. یک شرط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس این است که تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش که در اینجا نمرات پیش‌آزمون است معنادار نباشد و به عبارت دیگر شیب رگرسیون در شرایط مختلف آزمایش یکسان باشد. SPSS آزمون را انجام می‌دهد که به وسیله آن یکسانی شیب رگرسیون برای هر یک از شرایط متغیر مستقل بررسی

می‌شود؛ بنابراین هنگام بررسی هر یک از فرضیه‌ها، قبل از اجرای تحلیل کوواریانس همگنی ضرایب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون معناداری تعامل بین نمرات پیش آزمون و شرایط آزمایشی در هر یک از فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌ها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	معناداری
فرضیه اول	۱	۱۴۱/۰۵	۲/۷۳	۰/۱۰
فرضیه دوم	۱	۲۲۴/۳۵	۶/۵۳	۰/۰۱
فرضیه سوم	۱	۱۴/۳۳	۳/۱۸	۰/۰۸
فرضیه چهارم	۱	۵/۴۳	۲/۹۰	۰/۰۹
فرضیه پنجم	۱	۳/۷۰	۵/۴۷	۰/۰۲
فرضیه ششم	۱	۲۳/۳۱	۶/۸۱	۰/۰۱
فرضیه هفتم	۱	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۴۶
فرضیه هشتم	۱	۳/۳۵	۴/۰۴	۰/۰۴۹
فرضیه نهم	۱	۶/۱۲	۹/۱۲	۰/۰۰۴
فرضیه دهم	۱	۳۷/۹۴	۷/۷۳	۰/۰۱

همانطور که در جدول نشان داده شده است تعامل نمرات پیش آزمون و شرایط آزمایشی در فرضیه‌های دوم، پنجم، ششم، هشتم، نهم و دهم معنادار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$)؛ بنابراین این فرضیه‌ها پیش شرط لازم برای تحلیل کوواریانس را تأمین نمی‌کنند. به همین دلیل برای بررسی آن‌ها از آزمون t گروه‌های وابسته استفاده گردیده است. تعامل نمرات پیش آزمون و شرایط آزمایشی در فرضیه‌های اول، سوم، چهارم و هفتم معنادار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$). لذا برای بررسی آن‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

بررسی فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب بهبودی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت میانگین کیفیت زندگی بازنشستگان در شرایط پیش آزمون

و پس آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۱۵۰۹۷/۴۵	۱	۱۵۰۹۷/۴۵	۲۸۳/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۸۴
گروه	۱۴۴۲/۷۲	۱	۱۴۴۲/۷۲	۲۷/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۳
خطا	۲۹۸۰/۵۷	۵۶	۵۳/۲۲			
کل	۶۷۵۸۵۷	۵۹				

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد پس آزمون کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	۲۹	۱۰۱/۳۴	۱۸/۸۷
گروه آزمایش	۳۰	۱۰۹/۵۳	۱۶/۷۲

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری که در جدول ۳ ارائه شده است، F محاسبه شده برای متغیر گروه برابر با ۲۷/۱۱ می‌باشد که با درجه آزادی ۱ در سطح اطمینان بالاتر از ۰/۹۹ ($P = ۰/۰۰۱$) و خطای کمتر از ۰/۰۱ ($\alpha < ۰/۰۱$) از لحاظ آماری معنادار است؛ بنابراین میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی گروه‌های کنترل و آزمایشی متفاوت می‌باشد و همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند ($M = ۱۰۹/۵۳$; $S.D = ۱۶/۷۲$) بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آن‌ها صورت نگرفته است ($M = ۱۰۱/۳۴$; $S.D = ۱۸/۸۷$) می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. در کل با توجه به توضیحات فوق می‌توان گفت که فرضیه اول پژوهش تأیید شده است.

فرضیه دوم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی شادکامی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۵ و جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون شادکامی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۹	۶۷/۸۳	۱۷/۴۲
	پس آزمون	۲۹	۶۶/۳۴	۱۷/۸۱
گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۶۵/۴۷	۱۸/۵۷
	پس آزمون	۳۰	۷۳/۹۷	۱۸/۰۹

جدول ۶: نتایج آزمون t دو گروه وابسته برای بررسی تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون شادکامی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین‌ها	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری t
کنترل	۱/۴۸	۰/۷۲	۲/۰۶	۲۸	۰/۰۴۸
آزمایش	-۸/۵۰	۱/۵۰	-۵/۶۵	۲۹	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است میانگین شادکامی شرکت کنندگان گروه آزمایش در پس آزمون ($M = ۷۳/۹۷$; $SD = ۱۸/۰۹$) بالاتر از پیش آزمون ($M = ۶۵/۴۷$; $SD = ۱۸/۵۷$) می‌باشد و همانطور که در جدول ۶ نشان داده شده است میزان تفاوت این دو میانگین در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) دو دامنه، $df = ۲۹$ ، $t = -۵/۶۵$ ، در رابطه با نتایج گروه کنترل نیز هرچند تفاوت میانگین شادکامی در پیش آزمون ($M = ۶۷/۸۳$; $SD = ۱۷/۴۲$) و پس آزمون ($M = ۶۶/۳۴$; $SD = ۱۷/۸۱$) معنادار می‌باشد ($P = ۰/۰۴۸$) دو دامنه، $df = ۲۸$ ، $t = ۲/۰۶$ ، اما این تفاوت در خلاف جهت فرضیه پژوهشی است یعنی میانگین شادکامی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند نه تنها در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است بلکه کاهش جزئی نیز نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که

فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی شادکامی بازنشستگان می‌شود.

فرضیه سوم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب افزایش مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت میانگین مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان در شرایط پیش آزمون و پس آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۳۶۰/۴۶	۱	۳۶۰/۴۶	۷۶/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸
گروه	۴/۰۰۱	۱	۴/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۳۶	۰/۰۱۵
خطا	۲۶۲/۳۹۵	۵۶	۴/۶۹			
کل	۱۵۸۱۸	۵۹				

جدول ۸: میانگین و انحراف استاندارد پس آزمون مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	۲۹	۱۵/۳۴	۳/۴۷
گروه آزمایش	۳۰	۱۶/۷۰	۳/۱۴

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری که در جدول ۷ ارائه شده است، F محاسبه شده برای متغیر گروه برابر با $۰/۸۵$ می‌باشد که با درجه آزادی ۱ از لحاظ آماری معنادار نیست ($P = ۰/۳۶$)؛ بنابراین تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان گروه‌های کنترل و آزمایش وجود ندارد و همانطور که در جدول ۸ نشان داده شده است میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند ($M = ۱۶/۷۰$; $S.D = ۳/۱۴$) تفاوت چندانی با میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آن‌ها صورت نگرفته است ($M = ۱۵/۳۴$; $S.D = ۳/۴۷$) ندارد؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی تأثیری بر مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان ندارد. در کل با توجه به توضیحات فوق می‌توان گفت که فرضیه سوم پژوهش تأیید نشده است.

فرضیه چهارم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب افزایش مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت میانگین مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازنشستگان در شرایط پیش آزمون و پس آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۷۷۹/۲۲	۱	۷۷۹/۲۲	۴۰۳/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۸۸
گروه	۶/۱۳	۱	۶/۱۳	۳/۱۷	۰/۰۸	۰/۰۵

خطا	۱۰۸/۲۷	۵۶	۱/۹۳		
کل	۳۹۳۳۰	۵۹			

جدول ۱۰: میانگین و انحراف استاندارد پس آزمون مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	۲۹	۲۵/۳۸	۳/۸۴
گروه آزمایش	۳۰	۲۵/۶۷	۴/۰۵

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری که در جدول ۹ ارائه شده است، F محاسبه شده برای متغیر گروه برابر با ۳/۱۷ می‌باشد که با درجه آزادی ۱ از لحاظ آماری معنادار نیست ($P = ۰/۰۸$)؛ بنابراین تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان گروه‌های کنترل و آزمایش وجود ندارد و همانطور که در جدول ۱۰ نشان داده شده است میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند ($M = ۲۵/۶۷$; $S.D = ۴/۰۶$) تفاوت چندانی با میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آن‌ها صورت نگرفته است ($M = ۲۵/۳۸$; $S.D = ۳/۸۴$) ندارد؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی تأثیری بر مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازنشستگان ندارد. در کل با توجه به توضیحات فوق می‌توان گفت که فرضیه چهارم پژوهش تأیید نشده است.

فرضیه پنجم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبود مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۱۱ و جدول ۱۲ ارائه شده است.

جدول ۱۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی گروه

کنترل و آزمایش

گروه‌ها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۹	۷	۱/۶۹
	پس آزمون	۲۹	۶/۶۹	۱/۶۷
گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۶/۴۷	۲/۱۶
	پس آزمون	۳۰	۷/۴۷	۱/۵۹

جدول ۱۲: نتایج آزمون t دو گروه وابسته برای بررسی تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه عملکرد

اجتماعی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین‌ها	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری t
کنترل	۰/۳۱	۰/۱۴	۲/۲۰	۲۸	۰/۰۳۶
آزمایش	-۱	۰/۲۲	-۴/۵۵	۲۹	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۱۱ نشان داده شده است میانگین مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی شرکت کنندگان گروه آزمایش در پس آزمون ($M = ۷/۴۷$; $SD = ۱/۵۹$) بالاتر از پیش آزمون ($M = ۶/۴۷$; $SD = ۲/۱۶$) می‌باشد و همانطور که در جدول ۱۲ نشان داده شده است میزان تفاوت این دو میانگین در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) دو دامنه،

۲۹، $df = ۴/۵۵$ ، $t = -۴/۵۵$). در رابطه با نتایج گروه کنترل نیز هرچند تفاوت میانگین مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی در پیش آزمون ($M = ۷$ ؛ $SD = ۱/۶۹$) و پس آزمون ($M = ۶/۶۹$ ؛ $SD = ۱/۶۷$) معنادار می‌باشد ($P = ۰/۰۳۶$) دو دامنه، $۲۸ = df$ ، $t = ۲/۲۰$) اما این تفاوت در خلاف جهت فرضیه پژوهشی است یعنی میانگین مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند نه تنها در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است بلکه کاهش جزئی نیز نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پنجم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبود مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

فرضیه ششم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش مؤلفه سرزندگی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۱۳ و جدول ۱۴ ارائه شده است.

جدول ۱۳: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه سرزندگی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۹	۱۵/۰۷	۳/۹۵
	پس آزمون	۲۹	۱۵/۱۴	۳/۷۶
گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۱۴/۲۷	۴/۳۵
	پس آزمون	۳۰	۱۶/۸۰	۳/۲۳

جدول ۱۴: نتایج آزمون t دو گروه وابسته برای بررسی تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه سرزندگی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین‌ها	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری t
کنترل	-۰/۰۷	۰/۲۹	-۰/۲۴	۲۸	۰/۸۱
آزمایش	-۲/۵۳	۰/۵۲	-۴/۹۱	۲۹	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۱۳ نشان داده شده است میانگین سرزندگی شرکت کنندگان گروه آزمایش در پس آزمون ($M = ۱۶/۸۰$ ؛ $SD = ۳/۲۳$) بالاتر از پیش آزمون ($M = ۱۴/۲۷$ ؛ $SD = ۴/۳۵$) می‌باشد و همانطور که در جدول نشان داده شده است میزان تفاوت این دو میانگین در سطح کمتر از $۰/۰۰۱$ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) دو دامنه، $df = ۲۹$ ، $t = -۴/۹۱$). در رابطه با نتایج گروه کنترل تفاوت میانگین سرزندگی در پیش آزمون ($M = ۱۵/۰۷$ ؛ $SD = ۳/۹۵$) و پس آزمون ($M = ۱۵/۱۴$ ؛ $SD = ۳/۷۶$) معنادار نیست ($P = ۰/۸۱$) دو دامنه، $df = ۲۸$ ، $t = -۰/۲۴$) یعنی میانگین سرزندگی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه ششم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی مؤلفه سرزندگی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

فرضیه هفتم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب کاهش مؤلفه درد بدنی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۱۵ ارائه شده است.

جدول ۱۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت میانگین مؤلفه درد بدنی کیفیت زندگی بازنشستگان در شرایط پیش آزمون و پس آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۱۴۱/۰۱	۱	۱۴۱/۰۱	۱۴۵/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۷۲
گروه	۱۶/۴۹	۱	۱۶/۴۹	۱۶/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۲۳
خطا	۵۴/۳۸	۵۶	۰/۹۷			
کل	۳۴۴۷	۵۹				

جدول ۱۶: میانگین و انحراف استاندارد پس آزمون مؤلفه درد بدنی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	۲۹	۶/۹۰	۱/۷۸
گروه آزمایش	۳۰	۷/۹۰	۱/۹۲

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری که در جدول ۱۵ ارائه شده است، F محاسبه شده برای متغیر گروه برابر با ۱۶/۹۸ می‌باشد که با درجه آزادی ۱ در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹٪ ($P = ۰/۰۰۱$) و خطای کمتر از ۰/۰۱ ($\alpha < ۰/۰۱$) از لحاظ آماری معنادار است؛ بنابراین میانگین نمرات پس آزمون درد بدنی کیفیت زندگی گروه‌های کنترل و آزمایشی متفاوت می‌باشد و همانطور که در جدول ۱۶ نشان داده شده است میانگین نمرات پس آزمون درد بدنی کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند ($M = ۷/۹۰$; $S.D = ۱/۹۲$) بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آن‌ها صورت نگرفته است ($M = ۶/۹۰$; $S.D = ۱/۷۸$) می‌باشد (نمرات درد بدنی به صورت معکوس نمره گذاری شده است و افزایش نمره در این مقیاس به معنی کاهش درد بدنی است)؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه درد بدنی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. در کل با توجه به توضیحات فوق می‌توان گفت که فرضیه هفتم پژوهش نیز تأیید شده است.

فرضیه هشتم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل جسمانی می‌شود.

نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۱۷ و جدول ۱۸ ارائه شده است.

جدول ۱۷: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی به

دلایل جسمانی در گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۹	۵/۷۹	۱/۵۹
	پس آزمون	۲۹	۵/۷۶	۱/۶۶
گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۶/۲۰	۱/۷۷
	پس آزمون	۳۰	۶/۹۷	۱/۴۳

جدول ۱۸: نتایج آزمون t دو گروه وابسته برای بررسی تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی به دلایل جسمانی در گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین‌ها	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری t
کنترل	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۲۲	۲۸	۰/۸۳
آزمایش	-۰/۷۷	۰/۲۱	-۳/۶۰	۲۹	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۱۷ نشان داده شده است میانگین محدودیت ایفای نقش شرکت کنندگان گروه آزمایش به دلایل جسمانی در پس آزمون ($M = ۶/۹۷$; $SD = ۱/۴۳$) بالاتر از پیش آزمون ($M = ۶/۲۰$; $SD = ۱/۷۷$) می‌باشد و همانطور که در جدول ۲۸ نشان داده شده است میزان تفاوت این دو میانگین در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) دو دامنه، $df = ۲۹$ ، $t = -۳/۶۰$. در رابطه با نتایج گروه کنترل تفاوت میانگین محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی در پیش آزمون ($M = ۵/۷۹$; $SD = ۱/۵۹$) و پس آزمون ($M = ۵/۷۶$; $SD = ۱/۶۶$) معنادار نیست ($P = ۰/۸۳$) دو دامنه، $df = ۲۸$ ، $t = ۰/۲۱۵$ یعنی میانگین محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه هشتم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل جسمانی می‌شود.

فرضیه نهم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل عاطفی می‌شود.

نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۱۹ و جدول ۲۰ ارائه شده است.

جدول ۱۹: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی به

دلایل عاطفی در گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۹	۵/۲۸	۱/۱۳
	پس آزمون	۲۹	۵/۲۱	۱/۱۸
گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۱/۲۶	۴/۸۳
	پس آزمون	۳۰	۰/۶۹	۵/۷۳

جدول ۲۰: نتایج آزمون t دو گروه وابسته برای بررسی تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی به دلایل عاطفی در گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین‌ها	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری t
کنترل	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۳۷	۲۸	۰/۷۱
آزمایش	-۰/۹۰	۰/۲۴	-۳/۷۳	۲۹	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۱۹ نشان داده شده است میانگین محدودیت ایفای نقش شرکت کنندگان گروه آزمایش به دلایل عاطفی در پس آزمون ($M = ۵/۷۳$; $SD = ۰/۶۹$) بالاتر از پیش آزمون ($M = ۴/۸۳$; $SD = ۱/۲۶$) می‌باشد و همانطور که در جدول ۲۰ نشان داده شده است میزان تفاوت این دو میانگین در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) دو دامنه،

۲۹ = df، $t = -۳/۷۳$). در رابطه با نتایج گروه کنترل تفاوت میانگین محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی در پیش آزمون ($M = ۵/۲۸$ ؛ $SD = ۱/۱۳$) و پس آزمون ($M = ۵/۲۱$ ؛ $SD = ۱/۱۸$) معنادار نیست ($P = ۰/۷۱$) دو دامنه، $df = ۲۸$ ، $t = ۰/۳۷$ یعنی میانگین محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه نهم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل عاطفی می‌شود.

فرضیه دهم: مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش مؤلفه سلامت روانی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. نتایج بررسی این فرضیه در جدول ۲۱ و جدول ۲۲ ارائه شده است.

جدول ۲۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه سلامت روانی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	شرایط	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۹	۲۱/۱۷	۴/۰۹
	پس آزمون	۲۹	۲۰/۹۳	۴/۴۰
گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۱۹/۷۰	۵/۳۶
	پس آزمون	۳۰	۲۲/۳۰	۴/۳۱

جدول ۲۲: نتایج آزمون t دو گروه وابسته برای بررسی تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه سلامت روانی کیفیت زندگی گروه کنترل و آزمایش

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین‌ها	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری t
کنترل	۰/۲۴	۰/۳۰	۰/۷۹	۲۸	۰/۴۴
آزمایش	-۲/۶۰	۰/۵۹	-۴/۴۲	۲۹	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۲۱ نشان داده شده است میانگین سلامت روانی شرکت کنندگان گروه آزمایش در پس آزمون ($M = ۲۲/۳۰$ ؛ $SD = ۵/۳۶$) بالاتر از پیش آزمون ($M = ۱۹/۷۰$ ؛ $SD = ۵/۳۶$) می‌باشد و همانطور که در جدول ۲۲ نشان داده شده است میزان تفاوت این دو میانگین در سطح کمتر از $۰/۰۰۱$ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) دو دامنه، $df = ۲۹$ ، $t = -۴/۴۲$. در رابطه با نتایج گروه کنترل تفاوت میانگین سلامت روانی در پیش آزمون ($M = ۲۱/۱۷$ ؛ $SD = ۴/۰۹$) و پس آزمون ($M = ۲۰/۹۳$ ؛ $SD = ۴/۴۰$) معنادار نیست ($P = ۰/۴۴$) دو دامنه، $df = ۲۸$ ، $t = ۰/۳۷$ یعنی میانگین سلامت روانی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه دهم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش مؤلفه سلامت روانی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی بازنشستگان صنعت نفت شهر تبریز پرداخته است. نتایج تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی نشان داد که میانگین سنی گروه کنترل ۵۷/۳۴ با انحراف استاندارد ۶/۲۶ و میانگین سنی گروه آزمایش ۵۳/۸۷ با انحراف استاندارد ۶/۰۶ می‌باشد. توزیع جنسیت در هر دو گروه آزمایش و کنترل مشابه می‌باشد. همچنین گروه‌های مطالعه از نظر سطح تحصیلات و وضعیت تاهل در سطح مشابهی می‌باشند.

نتایج تحلیل در بخش آزمون فرضیه‌ها نشان می‌دهد: میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند، بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آنها صورت نگرفته است؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. میانگین شادکامی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند نه تنها در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است بلکه کاهش جزئی نیز نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی شادکامی بازنشستگان می‌شود.

همچنین میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند، تفاوت چندانی با میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آنها صورت نگرفته است، ندارد؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی تأثیری بر مؤلفه سلامت عمومی کیفیت زندگی بازنشستگان ندارد.

میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند، نیز تفاوت چندانی با میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آنها صورت نگرفته است، ندارد؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی تأثیری بر مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازنشستگان ندارد. همچنین میانگین مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند نه تنها در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است بلکه کاهش جزئی نیز نشان می‌دهد. می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پنجم پژوهش نیز تأیید شده است و درمان شناختی رفتاری موجب بهبود عملکرد اجتماعی افراد سالمند گشته است. همچنین میانگین سرزندگی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه ششم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث بهبودی مؤلفه سرزندگی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود.

در ادامه نتایج تحلیل نشان دادند میانگین نمرات پس آزمون درد بدنی کیفیت زندگی گروه آزمایشی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار گرفته‌اند، بالاتر از میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای روی آنها صورت نگرفته است؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه درد بدنی کیفیت زندگی بازنشستگان می‌شود. میانگین محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه هشتم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل جسمانی می‌شود.

میانگین محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه نهم پژوهش نیز تأیید شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش مؤلفه محدودیت ایفای نقش کیفیت زندگی بازنشستگان به دلایل عاطفی می‌شود. همچنین نتایج نشان داد میانگین سلامت روانی افرادی که تحت مداخلات شناختی رفتاری گروهی قرار نگرفته‌اند در پس آزمون افزایش پیدا نکرده است. می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه دهم پژوهش نیز تأیید شده است.

در ادامه فرضیه‌های هر بخش بصورت اختصاصی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج همسو-ناهمسوبودن آنها بررسی می‌گردد.

یافته‌های این مطالعه فرضیه پژوهش، «مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب بهبودی کیفیت زندگی مولفه های آن در بازنشستگان می‌شود.» را بطور معنی داری تأیید می‌کند. نتایج این مطالعه با پژوهشهای باقری، معماریان و الحانی (۱۳۸۲)، اکبرزاده، طوسی، زارع و شریف (۱۳۹۱)، باقریان، عطاران، کی پور و خیر آبادی (۱۳۸۷) در زمینه اثر بخشی انواع درمانهای شناختی و رفتاری بر کیفیت زندگی همسو است.

سالار، احمدی و فقیه زاده (۱۳۹۲) بیان می‌دارند جمعیت سالمندان در جهان رو به فزونی است و فرایند سالمندی و تحلیل سیستمهای متعدد بدن اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. این فرایند تحلیلی بر کیفیت زندگی افراد اثربخش است و بنابراین ضروری است اقدامات مناسب در جهت حفظ و ارتقا سطح سلامت این قشر به عمل آید. آنها در مطالعه خود به بررسی روند کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان و تاثیربکارگیری الگوی مراقبت پیگیر بر این روند پرداختند. نتایج بدست آمده حاکی از تاثیر الگوی مشاوره مراقبت مداوم می‌باشد و از آنجا که مسائل و مشکلات مربوط به سالمندی اصولاً پیشرونده بوده و با گذشت زمان بیشتر می‌گردد، لذا بکارگیری الگوهای خود مراقبتی دائم از اهمیت خاصی برخوردار است و این تاثیر در مطالعه به خوبی مشهود است.

مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است، در حالیکه مطالعات نشان داده است که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد. از آنجا که افراد سالمند به علت مشکلاتی چون اختلال بینایی، ضایعه اسکلتی، عضلانی، هیپوتانسیون وضعیتی، عدم تعادل در راه رفتن و مصرف داروها و غیره مستعد سقوط مکرر می‌باشند، نیازمند توجه و رعایت الگوی مراقبتی موثر در پیشگیری از حوادث می‌باشند. مطالعه ای دیگر روی بیماران سالمند دارای ضایعه تنفسی نشان می‌دهد سالمندانی که از بیماری مزمن ریه رنج می‌برند، همواره دارای اختلال جدی در کیفیت زندگی خود می‌باشند و استفاده از واکسیناسیون و مراقبتهای بهداشتی مناسب در ارتباط با بیماریهای تنفسی سالمندان تاثیر بسزایی روی رضایت آنها از کیفیت زندگی دارد (فلکر، کاتون و هدریک^۱، ۲۰۰۱). فقدان خدمات مراقبت در منزل با تسهیلات طولانی مدت باعث شده هزینه های پزشکی سالمندان به ۴۶ درصد برسد که دولت ژاپن مصمم شده است با آموزش سالمندان و افراد خانواده کیفیت زندگی آنها را افزایش داده و از بستری غیر ضروری سالمندان در بیمارستانها بکاهد (تامیا^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به اینکه تغییرات فیزیولوژیک زیادی در سنین سالمندی رخ می‌دهد که منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد و اقدامات مشاوره ای نقش قابل توجهی در بهبود کیفیت زندگی آنها دارد.

امروزه از موضوعات قابل بحث در تحقیقات بالینی، ارزیابی کیفیت زندگی است که به اهمیت استفاده از آن در بررسی و شناخت مشکلات افراد در هر مرحله از زندگی، بخصوص سالمندی، توجه خاصی شده است. آگاهی درباره کیفیت زندگی سالمندان به گروه بهداشتی و پزشکی کمک خواهد نمود تا اقدامات لازم در جهت ارتقای کیفیت زندگی این قشر از افراد جامعه انجام دهند.

ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذی قیمتی را در اختیار متخصصان بهداشت سالمندی قرار می‌دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی -درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد.

از طرفی بهبود کیفیت خدمات براساس نظر و درخواست سالمندان سبب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و همچنین مشارکت موثر در انجام مداخلات بهداشتی -درمانی، اجتماعی و زندگی می‌گردد. این موضوع به صورت چرخه ای منتج به افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌گردد. همچنین عواملی نظیر ارتقاء اطلاعات و آگاهی پیرامون جنبه های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (رستون، مام، ویکلند و هنستد، ۱۹۹۹؛ برونر و همکاران، ۲۰۰۰).

کمک های مشاوره روانی به افرادی که دچار مشکلات روانی اجتماعی و خانوادگی شده اند یکی از اهداف بهداشت روانی است، زیرا مشاوره مقاومت فرد را در برابر پیامدهای زاینبار و یا عوارض درمانهای صورت گرفته بیماری افزایش می‌دهد. برآیند

^۱Felker B, Katon W, Hedrick

^۲Tamiya

حاصل از مشاوره با بیماران باعث کاهش تنش های روانی آنان شده؛ به طوری که راهنمایی و یاری دیگران را برای سازگاری با هیجانات خود لازم دانسته اند (رمضانی، ۱۳۸۰).

دهقان و باقری (۱۳۸۵) در مطالعه خود با عنوان اثر بخشی درمان تن آرامی بر کیفیت زندگی بیان داشتند که مقایسه قبل و بعد نشان داد که پس از مداخله تغییر معنی داری در میانگین نمره کیفیت کلی زندگی دو گروه ایجاد نشده است اما نمرات بیشتر حیطه های اصلی کیفیت زندگی در گروه آزمایش به صورت معنی داری افزایش یافت. این یافته می تواند نشانگر تأثیر مثبت روش های تن آرامی بر درک دانشجویان از سلامت جسمی، تعاملات اجتماعی و رفاه محیطی خود باشد. چنانچه نتایج نشان می دهند، در حالی که درک از کیفیت کلی زندگی در گروه مداخله تفاوت معنی داری با قبل از مداخله نداشته است، نمرات بیشتر حیطه های کیفیت زندگی به غیر از حیطه روانی و اعتقادی به صورت معنی داری بهبود یافته اند. این یافته احتمالاً نشان می دهد که درک کلی دانشجویان از کیفیت زندگی به ویژه با وضعیت روانی و اعتقادی آنها ارتباط دارد، زیرا نمرات این دو حیطه نیز تفاوت معنی داری را با قبل از مداخله نشان نمی دهند. نتایج این مطالعه، در زمینه اثربخشی متفاوت درمان ها بر مولفه های کیفیت زندگی با مطالعات ترازاسکا (۱۹۹۴)، لوئیس و همکاران (۲۰۰۲)، کارلسون، اسپسا، پتال و گودی (۲۰۰۳) همسواست.

یافته های این مطالعه فرضیه پژوهش، «مداخلات شناختی رفتاری گروهی موجب بهبودی شادکامی بازنشستگان می شود.» را بطور معنی داری تأیید می کند. نتایج این مطالعه با پژوهشهای قاسمی، عابدی و باغبان (۱۳۸۸).

یکی از وقایع اجتناب ناپذیری که در زندگی آدمی رخ می دهد پدیده سالمندی است و از مهمترین مسائل جامعه چگونگی برخورد با این پدیده است. در همه جوامع بشری سالمندان تعداد قابل توجهی از جمعیت را شامل می شوند. لذا هر اقدامی در جهت بهینه کردن شرایط زندگی آنها می تواند مشکلات اجتماعی را کاهش داده و در کنار آن مشکلات خانواده نیز کاهش یابد. اغلب مشکلاتی که سالمندان با آن روبه رو هستند مشکلات جسمی و ناتواناییهای حرکتی و مشکلات روحی و روانی است از جمله مسائل روحی که سالمندان با آن مواجه می شوند ناامیدی و افسردگی است، روان شناسان گام های بسیاری در جهت بهبود این علائم برداشته اند ولی پس از ظهور جنبش روان شناسی مثبت، نظریه پردازان و محققان به جای توجه صرف به تجارب یا ادراک های منفی به بررسی سازه هایی چون خودکنترلی، معنویت، شادی، خوش بینی و آثار مثبت این سازه ها بر سلامت، امید پرداختند (اسنایدر و مک کالوف، ۲۰۰۰).

بایلی و اسنایدر (۲۰۰۷) بیان داشتند که محققان به طور کلی پی بردند که سالمندان امید و شادی کمتری را تجربه می کنند؛ اما چانگ و اسنایدر (۲۰۰۲) پی بردند که تفاوت معناداری در نمرات امید سالمندان و افراد میانسال و جوان تر نیست. بایلی و اسنایدر (۲۰۰۷) اظهار می دارند که سطح امید با میزان رضایت از زندگی و شادی نیز رابطه دارد و در افراد مسن، افرادی که متارکه کرده اند، طلاق گرفته اند یا بیوه هستند پائین تر از افراد دیگر است.

آیروینگ و همکاران (۱۹۹۸) نیز نشان دادند که آموزش امید می تواند منافع روان شناختی مختلفی برای افراد داشته باشد و همچنین مؤلفه شادی را در آنها افزایش دهد. جونز و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود عوامل شناختی و روان شناختی را که با شادکامی افراد سالمند رابطه دارند را مورد بررسی قرار دادند. پژوهش های قبلی نشان می دهند که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی بالا تأثیر عمده ای بر شادکامی افراد سالمند دارند.

کلاسنر^۳ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که یک درمان گروهی متمرکز بر تعیین هدف، مشتمل بر افزایش تولید گذرگاهها و عامل با استفاده از فعالیت های مناسب برای رسیدن به اهداف معقول و بحث در مورد فرایندها و تکالیف خانگی هفتگی، می تواند برای بزرگسالان افسرده سودمند باشد. در این تحقیق ناامیدی، اضطراب و افسردگی شرکت کنندگان به طور معناداری کاهش یافت و میزان امید و شادکامی و سرزندگی به طور معناداری افزایش یافت.

در تحقیقات لوپز و کر^۴ (۲۰۰۶) نشان داده شده است که آموزش گروهی می تواند در توسعه و افزایش حس خوش بینی، شادی و امید در سالمندان تأثیر بسزایی داشته باشد نتایج این تحقیق نشان می دهد که سالمندان حاضر در جلسات گروهی احساس شادمانی بیشتری در مقایسه با زمانی که در جلسات حضور نداشته اعلام نمودند.

پیشنهادات پژوهشی

- با توجه به محدودیتهای پژوهشی پیشنهادات زیر ارائه می گردد.
- از آمودنیهای داوطلب و علاقه مند به شرکت در جلسات استفاده گردد.
- در مطالعات آینده از آمودنیهای با تحصیلات بالایی استفاده گردد.
- سلامت جسمانی سالمندان بطور دقیق مورد بررسی قرار گرفته و در صورت امکان مشکلات احتمالی رفع گردد.
- در طی برنامه های درمانی، بیماری برخی از اعضای گروه درمان، روند جلسات را با مشکل مواجه میکرد.
- برخی مواد ابزارها برای آمودنی ها قابل درک نبود.
- درمان در محیطی آرام و قابل دسترس به آمودنیها برگزار گردد.

منابع

۱. احمدی، فضل اله؛ غفرانی پور، فضل اله؛ عارفی، سید حسن؛ عابدی، حیدرعلی؛ فقیه زاده، سقراط (۱۳۸۱). بررسی تاثیر الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر. مجله روانشناسی، سال ششم، شماره ۱، ص ۹۴-۸۵.
۲. آرگایل، م (۱۳۸۲). روانشناسی شادی. ترجمه: مسعود گوهری؛ حمیدطاهر نشاط دوست؛ حسن پالاهنگ؛ فاطمه بهرامی و مهرداد کلانتری (۲۰۰۰). انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
۳. اردبیلی، یوسف (۱۳۷۹) بازنشستگی. تهران: انتشارات کویر تامپسن، لارسن (۱۹۷۹) سالمندی و خردمندی، ابعاد اقتصادی بازنشستگی «بخش عمومی» ترجمه زهره کسای. تهران: انتشارات موسسه پژوهش تامین اجتماعی.
۴. اسلامی، رضا؛ هاشمیان، پیمان؛ جراحی، لیدا؛ مدرس غزنوی، مرتضی (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۵۶، شماره ۵، ص ۳۰۶-۳۰۰.
۵. اعرابی، حسین (۱۳۸۹). تغییر سبک زندگی پس از بازنشستگی الزامی است. فصلنامه خبری پژوهشی آموزشی و اطلاع رسانی قاصدمحبت، شماره ۱۷، ص ۸-۹.
۶. احدی، حسن؛ باقری، نسرین (۱۳۹۱). تعیین سهم عوامل موثر بر شادکامی دانشجویان، مجله اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، دوره ششم، شماره ۲۴، ص ۷۸-۶۹.
۷. باقری، حسین؛ معماریان، ربابه؛ الحانی، فاطمه (۱۳۸۲). میزان تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاههای بیمارستانهای امام خمینی (ره) و شریعتی تهران. مجله پژوهشی حکیم، دوره ششم، شماره چهارم، ص ۹۵-۸۹.
۸. دانای سیج، زهرا؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ دهقانی فیروزآبادی، محمد؛ شریف زاده، غلامرضا (۱۳۸۹). اثرات دارودرمانی با و بدون رفتاردرمانی شناختی بر درمان افسردگی پس از سکتة مغزی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره هفدهم، شماره چهارم، ص ۲۳۹-۲۳۲.
۹. درویش پور کاخکی، علی؛ عابد سعیدی، ژیل؛ دلاور، علی؛ سعیدالذاکرین، منصوره (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، دوره ۳۳، شماره ۳، ص ۱۷۳-۱۶۲.

۱۰. دهقان نیری، ناهید؛ ادیب حاج باقری، محسن (۱۳۸۵). تأثیر تن آرامی بر استرس و کیفیت زندگی دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشجویی. فصلنامه علمی پژوهشی فیض ۱۰ (۲)، ص ۵۸-۵۰.
۱۱. دانایی فرد، حسن؛ خائف الهی، احمدعلی؛ خدانشناس، لیلا سادات (۱۳۹۱). فهم جوهره تجربه بازنشستگی کارمندان در بخش دولتی. مجله اندیشه مدیریت راهبردی، سال ششم، شماره دوم، ص ۱۷۶-۱۵۳.
۱۲. زاهدی اصل، محمد جواد (۱۳۸۱). بازنشستگی ویژگی‌ها و مسائل آن از دیدگاه تامین اجتماعی و ارتباط سازمان با بازنشستگان. نشریه اقتصاد موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی تهران، شماره یازدهم، ص ۲۳۴-۲۰۷.
۱۳. سالار، علیرضا؛ احمدی، فضل اله؛ فقیه زاده، سقراط. تاثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. مجله طبیب شرق، ۴(۵)، ۲۷۳-۲۶۱.
۱۴. سالاری لک، شاکر؛ گرگین کرجی، لیدا؛ امیری، سعیده (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن شهرستان کامیاران. مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره اول، ص ۲۹-۲۴.
۱۵. شریف، فرخنده؛ زارع، نجف؛ طوسی، منیره؛ اکبرزاده، مرضیه (۱۳۹۱). تاثیر آموزش تن آرامی به مادران باردار بر کیفیت زندگی و شدت اندوه بعد از زایمان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۷(۲)، ص ۹۳-۸۲.
۱۶. شجاع الدینی، فرزانه؛ کاظمی، مجید؛ علی پور، احمد؛ اورکی، محمد (۱۳۹۱). تاثیر رفتار درمانی شناختی و اضطراب بیماران دچار سکت قلبی. فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد، دوره دوم، شماره ۴، ص ۵۵-۴۸.
۱۷. عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ نیا، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر سبک و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون. مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۴، شماره ۸، ص ۵۹۲-۵۸۳.
۱۸. عابدی، حیدرعلی؛ محمدی، محمدحسن؛ پاک نژاد، فتنه (۱۳۸۰). وضعیت زندگی روزمره به دنبال بازنشستگی در اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره سوم، شماره ۴، صص ۸-۱.
۱۹. علی پور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره های ۱ و ۲.
۲۰. کجباف، باقر (۱۳۹۲). ماهنامه علمی تخصصی صدای جمهوری اسلامی ایران. سال ۱۱، شماره ۷۰، ص ۲۹-۲۲.
۲۱. کیانپور قهفرخی، فاطمه؛ هومن، فرزانه؛ ایزدی مزیدی، سکینه؛ احمدی، وحید (۱۳۹۰). رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی و رضایت از بازنشستگی در سالمندان بازنشسته. مجله سالمندی ایران، سال ششم، شماره بیست و یکم، ص ۴۸-۴۰.
۲۲. کار، آلان (۲۰۰۴). روان شناسی مثبت، ترجمه: حسن پاشاشریفی و جعفر نجفی زند، انتشارات سخن، چاپ اول، پاییز، ۱۳۸۵.
۲۳. کیا، ارسلان (۱۳۹۱). ب مثل بازنشستگی. مجله شاهد جوان، شماره ۶۵، ص ۱۱-۱۰.
۲۴. موسایی، میثم، (۱۳۸۳). آثار اجتماعی و روحی بازنشستگی هیئت‌علمی: مورد مطالعه در دانشگاه تهران. ویژه نامه مدیریت، شماره ۳۶، ص ۱۸۰-۱۵۷.
۲۵. مرتضوی، سعید؛ شیرازی، علی؛ مرتضوی، لیلا (۱۳۹۰). تاملی بر فعالیت‌ها و نگرش‌های بازنشستگان دانشگاهی. مجله چشم انداز مدیریت دولتی، شماره ۶، ص ۷۳-۵۹.
۲۶. محقق، کمال سیدحسین؛ سجادی، حمیرا؛ زارع، حسین؛ بیگلریان، اکبر (۱۳۸۷). بررسی نیازهای سلامتی سالمندان مستمری بگير سازمان تامین اجتماعی و بازنشستگی کشوری. مجله سالمندی ایرانی، دوره سوم، شماره ۷، صص ۱۵-۸.
۲۷. معین، محمد (۱۳۷۱). فرهنگ فارسی. تهران: انتشارات امیر کبیر.
۲۸. منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانی نیا، مریم سادات (۱۳۸۴). پرسشنامه SF36. ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه، ۵۶، ۴۹-۵، پیش.

۲۹. نشاط دوست، حمید؛ کلانتری، مهرداد؛ مهربانی، حسینعلی؛ پالاهنگ، حسن؛ نوری، نرگس السادات؛ سلطانی، ایرج (۱۳۸۸). تعیین عوامل موثر در شادکامی کارکنان شرکت فولاد مبارکه. مجله جامعه شناسی کاربردی، سال بیستم، شماره ۱، ص ۱۱۸-۱۰۵.
۳۰. نجفی، محمد؛ عرفان، آرزو (۱۳۹۱). بررسی کمی و کیفی رابطه بین معنویت، شادکامی و توانمندی حرفه ای اساتید. مجله دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان، سال هفتم، شماره ۲، ص ۲۲-۱.
۳۱. هاوتون، کیت؛ کرک، سالکوس؛ کیس، کلارک (۱۳۸۹). رفتار درمانی شناختی راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. ترجمه: حبیب اله قاسم زاده (۱۹۴۲). گروه روان پزشکی (بیمارستان روزبه) دانشگاه علوم پزشکی تهران، جلد اول. انتشارات ارجمند.

32. Argyle, M (2001). The psychology of happiness. London: 2en Edition, Routledge.
33. Argyle, M. & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. Personality and individual differences. 11.1011-1017.
34. Argyle, Martin (2002). The psychology of happiness, Rotledge pub.
35. Barlow, D.H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed). New York: Guilford Press.
36. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. American Psychologist, 55, 34-43.
37. Diener, E. & Seligman, M.E.P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. Psychological Science in the Public Internet, 5(1), 1-31.
38. Diener, E.; Diener, M.; Tamir, M.; Kim-Prieto, C.; Scollon, C. (2003). A time-sequential model of subjective well-being. Unpublished paper. Champaign, IL.
39. Diener, E. & Larsen, R.J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), Handbook of emotions (pp. 405-415). New York: Guilford Press.
40. Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542-575.
41. Klausner, E.J; Clarking, J.F.; Spielman, L., Pupo, C; Abrams, R. and
42. Alexopoulos, G.S. (1998) Late- Life depression and functional disability:
43. the role of goal- focused group psycho- therapy. International Journal of
44. Geriatric psy chiatry, 13, 707-716.
45. Lazarus, R.S. (1991). Emotion and adaption. New York: Oxford University Press.
46. Lewis SL. Clough DH. Blackwell P. Hale J. Bonner P. Murphy M. (2002). Are There Gender Differences in Emotional and Immunologic Responses to Relaxation Therapy for Family Caregivers of Alzheimer's Patients? [http://stti.confex.com/stti/sos13/techprogram/paper_12156.htm]
47. Michalos, A.C. (1991). Global report on student well-being: vol.1. Life satisfaction and happiness. New York: Springer-verlag.
48. Myers, D.G. & Diener, E. Who is happy? Psychological science, 6, 10-19.
49. Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive Affect, negative affect, and affect balance in middle age and old age. Journal of happiness studies, 2, 375-405.
50. Orley, J. (1992). Who Meeting on qualitu of life: development of the WHOQOL instrument. Quality of life News 1992.
51. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. (1999). Quality of Life in Newly
52. Diagnosed Cancer Patients. Journal of Advance Nursery. 29(2): 490-98.
53. Seligman, M Scikszentimihaly, M, (2001). Positive Psychology, American Psychologist, 55, 5-14.

54. Trzcieniecka GA, Steptoe A. (1994). Stress management in cardiac patients: A preliminary study of the predictors of improvement in quality of life. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38: 267-280.
55. Taylor, S.E. (2002). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
56. Tamiya N, Kobayashi Y, Murakami S, et al. (2001). Factors related to home discharge of cerebro vascular disease patients: 1- year follow up interview survey of caregivers of hospitalized patients in 53 acute care hospitals in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 33: 109-21.
57. Ware, J.E. (2004). SF36 health survey update. In M.R. Maruish (Ed), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment: Vol.3. Instruments for adults* (3rd ed; pp.693-718). Mahwah, NJ: Erlbaum.