

The Effectiveness of Quality of Life Psychotherapy on Blind Girls' Mental Health in Isfahan

Mohammad Javad Khademi. M.A.

Department of clinical psychology, humanity faculty, Najafabad
Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Mohammad Reza Abedi. Ph.D.

Academic member, University of Isfahan, Iran

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of quality of life psychotherapy on blind girls' mental health in Isfahan. The study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group design and a follow up. The population consisted of all blind girls who had records in Isfahan Welfare Organization in 2014. Through convenience sampling, 40 blind girls were selected and randomly assigned into two groups, experimental and control. Experimental group received quality of life psychotherapy for 8 sessions (90 minutes each) and then, both groups completed SCL-90-R personality traits questionnaire (Dragotis et al, 1973). The data were analyzed by analysis of covariance. Time-varying effects of depression were significant, that is, the pre-test rate of depression in both groups decreased significantly ($P < 0.01$). The interaction of time with the indicators of anxiety, obsession and hostility was significant ($P < 0.01$). In other words, psychotherapy made a significant difference between experimental group and control group in the three indicators of anxiety, obsession and hostility in posttest and follow up.

Keywords: quality of life therapy, mental health, blind girls.

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان دختران نابینای شهر اصفهان

محمدجواد خادمی*

کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی،
دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

محمد رضا عابدی

عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان، ایران

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان دختران نابینای شهر اصفهان بود. نوع پژوهش شبه‌تجربی و طرح آن پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه پژوهش همه دختران نابینای ۲۰ تا ۴۰ ساله بودند که در سال ۱۳۹۳ در سازمان بهزیستی استان اصفهان پرونده داشتند. با نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر از دختران نابینا انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش کیفیت زندگی درمانی (پاداش و همکاران، ۱۳۸۹) قرار گرفتند و سپس هر دو گروه به پرسشنامه‌های سلامت روان SCL-90-R (دراگوتیس و همکاران، ۱۹۷۳) پاسخ دادند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد اثر زمان در متغیر افسردگی معنی‌دار بود. به عبارتی از جلسه پیش‌آزمون تا پیگیری میزان افسردگی در هر دو گروه به‌طور معناداری کاهش یافته بود ($P < 0.01$). اثر تعامل زمان با گروه در شاخص‌های اضطراب، وسواس و خصومت معنادار بود ($P < 0.01$). به عبارتی آموزش در کاهش این سه شاخص بین گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار ایجاد کرده بود. **واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، سلامت روان، دختران نابینا.

* نویسنده مسؤول: ps.khademi@gmail.com

پذیرش ۹۴/۴/۲۱

وصول ۹۳/۶/۲۹

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، نابینا کسی است که حدت بینایی وی کمتر از ۲۰/۴۰۰ باشد. نابینا کسی است که نتواند از حس بینایی‌اش در برنامه‌های آموزش عادی استفاده کند و نیاز به آموزش خاص داشته باشد (ساداتی، ۱۳۸۷). بدون بینایی، ادراک و تفکر از خود و افراد پیرامون بسیار متفاوت خواهد بود. این ادراک متفاوت ممکن است در افراد مبتلا به اختلال بینایی که ۰/۱ درصد کودکان استثنایی را شامل می‌شوند، سبب بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی شود. کودکی که نابینای مادرزاد است، به روش خودش از جهان تجربه حاصل می‌کند و این تجربه با تجربه بیشتر کودکان تفاوت دارد. او نیز باید از عهده مشکلات خاص خود برآید. بنابراین شخصیت او از این تفاوت‌ها متأثر می‌شود. به علت نقصی که فرد نابینا دارد، احتمالاً تحت فشار عصبی قرار می‌گیرد و احساس ناامنی و ناکامی را در خود پرورش می‌دهد (نریمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱).

بسیاری از افراد از جمله افراد نابینا، در رویارویی با مسائل زندگی بدون توانایی‌ها و مهارت‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنها را در مقابله با مشکلات زندگی روزمره آسیب‌پذیر کرده است. نابینایی یک وضعیت جدی است که تعادل روانی و سازمان‌یافتگی کلی شخصیت فرد نابینا را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما نابینایی به خودی خود سازمان‌یافتگی شخصیت فرد نابینا را از بین نمی‌برد، بلکه نگرش فرد نابیناست که در سازمان‌یافتگی شخصیت او تأثیر می‌گذارد (سلبی، ۱۳۷۹). افراد دارای نقص بینایی مشکلات ارتباطی زیادی نیز دارند. مشکلات تطابق با نابینایی، افسردگی، اضطراب، خستگی و نارضایتی اجتماعی، عامل‌هایی هستند که سلامتی فرد را متأثر می‌کند (هیر و براونینگ، ۲۰۰۴). از دست دادن بینایی باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه استخدام، خودکفایی و عزت‌نفس فرد می‌شود (دلو، هیکی، مهگل، کنتور، فرانز^۲ و همکاران، ۱۹۹۹).

از آنجا که ضایعات بینایی تأثیر زیادی بر توانایی فرد در عملکرد روزمره دارند، در نتیجه یک علت مهم ناتوانی تلقی می‌شوند (برگر و پورل^۳، ۲۰۰۸). وقتی فردی دچار نابینایی می‌شود، با مشکلات مربوط به تحصیل، استخدام، تحرک، اجتماعی شدن، رشد روانی - اجتماعی، استفاده از فناوری‌های کمکی و سلامت روانی روبه‌رو می‌شود و این تنش‌ها ممکن است به صورت انکار، خشم و ترس یا افسردگی ظاهر شود (هایمز، گلر، فینکلستین و فادن^۴، ۲۰۰۵).

افراد نابینا به علل متعدد مانند نگرش‌های منفی جامعه به نابینایی، تصویر ذهنی جامعه درباره در مانده و وابسته بودن نابینایان، حمایت افراطی و همدلی غیرمنطقی والدین (آلبرت^۵، ۲۰۰۵)، دریافت نکردن بازخورد چشمی درباره رفتارهایشان، نبود سرمشق‌گیری، نداشتن مهارت‌های چشمی ویژه، ناتوانی در موضع‌یابی و تعیین محل افراد (هالاها و کافمن^۶، ۲۰۰۳)، طرد و اکنش اولیه والدین و طرد از سوی همکلاس‌های بینای خود، ناتوانی در پیدا کردن راهکارهای مناسب غلبه بر نداشتن اعتماد به نفس و مشکلات در روابط بین فردی با دشواری روبه‌رو می‌شوند (مستعلمی، ۱۳۸۱). حوادث پرتنش زندگی امروزه از جمله نبود امنیت عاطفی، ناتوانی در انجام دادن کارها در مدت پیش‌بینی شده به علت رویارویی با برخی کارهای تحمیلی دور از انتظار و نامرتب و نداشتن مهارت‌های اجتماعی پایه، باعث بروز فشارهای روانی، عصبانیت و خشم در نابینا می‌شود که پیامد آن بیماری‌های روان‌تنی است (روزنبلوم^۷، ۲۰۰۰).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، سلامت روانی را در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کند و آن را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه، منطقی و مناسب مطرح می‌کند. در شرایط فشارزای زندگی، اختلال در سلامت روان به صورت اضطراب، ناکامی، حس بی‌ارزشی، عصبانیت و افسردگی خود را نمایان می‌سازد (هاگستروم، مبوسا و وادنستن^۸، ۲۰۰۸). شاخص‌های روانی ۹ بُعد دارد که عبارت‌اند از: شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خشم یا پرخاشگری، ترس مرضی، عقاید و افکار پارانویید و روان‌پریشی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۶).

مطالعات گوناگون نشان داده است که نقص بینایی، کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و فعالیت‌های اجتماعی و استقلال او را کاهش می‌دهد. ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی در افراد ناتوان، امروزه یک هدف در برنامه‌های بازتوانی و توانبخشی به شمار می‌رود. مطالعات نشان داده است که در ارائه خدمات توانبخشی به معلولان نابینا و کم‌بینا به جای تمرکز بر رضایت و توانایی انجام عملکردهای خاص، نتایج باید با معیار بهبود در کیفیت زندگی آنها اندازه‌گیری شود (استل‌مک، اسزلیک و جوسلین^۹، ۲۰۰۰).

1. Heire & Browning
3. Bergger & Porell
5. Albert
7. Rosenblum
9. Stelmack, Szlyk & Joslin

2. Deleo, Hickey, Meneghel, Cantor & Franz
4. Hayeems, Geller, Finkelstein & Faden
6. Hallahan & Kauffman
8. Haggstrom, Mbusa & Wadensten

مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های گوناگون زندگی‌شان استوار است.

کیفیت زندگی ابعاد گوناگونی مانند «خوب بودن فیزیکی» شامل توانایی عملکردی، قدرت، خستگی، خواب، اشتها؛ «خوب بودن روانی» شامل اضطراب، افسردگی، لذت و تفریح، درد، شادی، ترس؛ «دغدغه‌های اجتماعی» شامل نقش در خانواده و جامعه، رابطه با اطرافیان، محبت، روابط جنسی و شکل ظاهری و در نهایت «خوب بودن روحی» شامل رنج کشیدن و مذهب دارد (کینگ و هیندز^۷، ۲۰۰۳).

امروزه درمان‌های متعددی به منظور بهبود وضعیت روانی ابداع شده است. از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی درمانی^۸ از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد نظریه، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های باارزش زندگی آموزش داده می‌شود. هدف کیفیت زندگی درمانی عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی. در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود معادل غنای درونی است و به‌عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، تمرکز، محبت، هشیاری و آمادگی برای رویارویی با چالش‌های روزانه و زندگی و مراقبت از خود به شیوه‌ای اندیشمندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش^۹، ۲۰۰۶).

حقیقی، موسوی، مهرابی‌زاده هنرمند و بشبلیده (۱۳۸۵)، به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش سلامت روانی و عزت‌نفس دختران گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. نتایج پژوهش خدایاری، صادقی و عابدینی (۱۳۸۵)، نشان داد که مداخلات خانواده‌درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری به تنهایی در اختلالات روانی زیربنایی آن از جمله اضطراب، افسردگی، سوء‌ظن و بدبینی به دیگران، وسواس و مشکلات ارتباطی نقش بسیار مؤثری دارد. سپهریان آذر و سعادت‌مند (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی و مشاوره گروهی به شیوه عقلائی - عاطفی - رفتاری بر سلامت روان دانش‌آموزان تأثیر مثبتی دارد. در واقع

طی دو دهه گذشته کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعات پژوهش‌های بالینی بوده و به‌عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته و بررسی آن به‌منظور تشخیص تفاوت‌ها میان بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزیابی مداخلات درمانی استفاده شده است (رحیمیان، ۱۳۸۸).

تبیین‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارد. تفاوت‌هایی که ممکن است به شکل تفاوت‌هایی ظریف و جزئی در رفتار ظاهر شود. برخی افراد به عللی مانند افزایش خشم و عصبانیت، کمی وابستگی و تعلق خاطر به دیگران، کیفیت زندگی خود را نامطلوب تلقی می‌کنند (مختاری و نظری، ۱۳۸۹).

استنبوک و هلزمن^۱ (۱۹۹۵) معتقدند سه حیطه برای کیفیت زندگی وجود دارد که عبارت‌اند از: حس رفاه، حس معنا و حس ارزشمندی. همسو با فرانکل^۲ می‌توان گفت که انسان موجودی است در جست‌وجوی معنا و خالق معنا. رفاه به جنبه لذت بردن از زندگی اشاره دارد و حس ارزشمندی به معنای تجربه ارزشمند بودن فرد است که با توجه به فعالیت‌های او ایجاد می‌شود. عوامل تأثیرگذار بر حس رفاه، معنا و ارزشمندی، شرایط کیفیت زندگی نامیده می‌شود و به دو دسته شرایط داخلی و خارجی تقسیم می‌شوند. به این ترتیب، سلامتی^۳، ظرفیت عملکردی^۴، ساز و کارهای سازگاری^۵ و شخصیت^۶ جزء شرایط داخلی کیفیت زندگی محسوب می‌شوند. شرایط خارجی بر داخلی اثر می‌گذارد و کیفیت زندگی نتیجه نهایی است. اگرچه این تأثیر ممکن است متقابل باشد. اگر شخص احساس کند که زندگی‌اش بامعناست و خودش هم شخص ارزشمندی است، در این صورت این تجارب بر سلامت، ظرفیت عملکردی و سازوکارهای انطباقی او که شرایط داخلی هستند، اثر می‌گذارد. به علاوه، این شرایط بر شیوه‌ای که فرد محیط خود را سازماندهی می‌کند نیز اثر می‌گذارد (نظری، ۱۳۸۳).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: ادراکی که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن هستند دارند که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، معیارها و علایق آنها است. پس کاملاً فردی است و برای دیگران قابل

1. Stenbock & Holzmann

3. health

5. adjustment

7. King & Hinds

9. Frisch

2. Frankel

4. performance capacity

6. personality

8. Quality of Life Therapy

بهداشت جهانی نیز نشان می‌دهد که ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد جوان در سراسر جهان از یک اختلال روانی رنج می‌برند که نیازمند درمان‌اند. در حالی که درمان مؤثر برای اختلالات روانی در دسترس است، موانعی از جمله کمبود متخصصان، کمبود زیرساخت‌های نظام بهداشتی درمانی، هزینه و استیگمای بیماری روانی همگی جلو روش‌های مؤثر درمانی را گرفته‌اند. بنابراین تلاش و آموزش برای جلوگیری از بیماری‌های روانی و حفظ سلامت روان دغدغه اصلی متخصصان خواهد بود. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از جمله درمان‌هایی است که توانایی حل و فصل بسیاری از مسائل و مشکلات روانی را دارد. از این رو هدف این پژوهش، بررسی تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان نابینایان است. فرضیه‌های پژوهش به این صورت ارائه می‌شوند:

- ۱- روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان نابینایان در پیش‌آزمون تأثیر دارد.
- ۲- روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان نابینایان در مرحله پیگیری تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، در دسته پژوهش‌های نیمه‌تجربی قرار می‌گیرد و طرح پژوهش آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه این پژوهش را همه دختران نابینایی که در سال ۱۳۹۳ در سازمان بهزیستی استان اصفهان پرونده داشتند، تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه در دسترس بوده است. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آماری، در یک مطالعه مقدماتی محاسبه شد که برای هر گروه ۱۳ نفر کافی بود (مولوی، ۱۳۸۶). با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها، نمونه این پژوهش ۵۰ نفر از دختران نابینا در نظر گرفته شد که ۱۰ نفر از آنها کنار رفتند و ۴۰ نفر شدند، سپس و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۰ تا ۴۰ سال و میزان تحصیلات افراد دو گروه از دیپلم تا فوق لیسانس بود. از بین شرکت‌کنندگان، ۳۷/۵ درصد (۱۵ نفر) بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۶۲/۵ درصد (۲۵ نفر) بین ۳۱ تا ۴۰ سال بودند.

مهارت‌های زندگی موجب به وجود آمدن تغییراتی در نگرش، تمایلات رفتاری، احساس خودکارآمدی و کفایت فردی می‌شود. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی نیز تأثیر دارد (محمدی، ۲۰۱۱).

گران، سالسد، هینان^۱ و همکاران (۱۹۹۵)، اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را بر افراد افسرده نشان دادند که علاوه بر کاهش میزان افسردگی، یک افزایش معنادار در کیفیت زندگی و خودکارآمدی همه بیماران مشاهده شد. مرو، مندلوویز، موری و استین^۲ (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند کیفیت زندگی در پیشگیری و درمان اختلالات اضطرابی مانند پنیک، فوبی اجتماعی و استرس پس از سانحه مؤثر است. نوربرگ، دیفنچ و تالین^۳ (۲۰۰۵) در پژوهشی، میزان کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب را نسبت به افراد عادی و افرادی که هر دو اختلال را با هم دارند، ارزیابی کردند. یافته‌های پژوهش مشخص کرد که افرادی که اختلال اضطراب اساسی داشتند، میزان کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند، اما داشتن افسردگی اساسی، تأثیری بر میزان کیفیت زندگی افراد نداشت. یعنی هم‌ابتلائی به دو اختلال افسردگی و اضطراب، میزان کیفیت زندگی را نسبت به افرادی که هیچ اختلالی ندارند، پایین‌تر نمی‌آورد. در مطالعه کویک، لو، لیوت، گرایز، اوسلی^۴ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده شد که با ارائه خدمات توانبخشی، کیفیت زندگی معلولان نابینا در ابعاد عاطفی و فعالیت‌های روزانه به‌طور قابل توجهی بهبود می‌یابد. داتا، فوس، گرینگ، گریکسون، زامان^۵ و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند که نقص دید، تأثیر فراوانی بر روی کیفیت زندگی افراد دارد. مطالعه لامورکس، پالانت، پسوداوز، تنانت، ریس^۶ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که افراد دارای کم‌بینایی شدید در ابعاد تحرک اجتماعی و عاطفی محدودیت بیشتری دارند. بلکومور، دیکنز، گوتری، باور، کانتوپانتلیز^۷ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی افراد را پیش‌بینی می‌کند.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) اشاره می‌کند که «سلامت روان به اندازه سلامت جسمانی مهم است». به‌طور کلی رفاه افراد، جوامع و کشورها به سلامت روانی افراد بستگی دارد. با وجود این فقط یک اقلیت کوچک از ۴۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات روانی یا رفتاری تحت درمان هستند. گزارش سازمان

1. Grant, Salced, Hynan & etc

3. Norberg, Diefenbach & Tolin

5. Datta, Foss, Grainge, Gregson & Zaman

7. Blakemore, Dickens, Guthrie, Bower & Kontopantelis

2. Mauro, Mendlowicz, Murray & Stein

4. Kuyk, Liu, Elliott, Grubbs & Owsley

6. Lamoureux, Pallant, Pesudovs, Tennant & Rees

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روان^۱: دراگوتیس، لیپمن و کوی^۲ (۱۹۷۳) این آزمون را که ۹۰ پرسش برای ارزیابی نشانه‌های روانی بر پایه گزارش پاسخگو دارد، برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی معرفی کردند که بر پایه تجربیات بالینی، مورد تجدید نظر قرار گرفت و پرسشنامه نهایی آن را دراگوتیس، ریکلز و راک^۳ (۱۹۷۶) تدوین کردند. این آزمون که پاسخ‌های ۵ درجه‌ای (هیچ=۱ تا بی‌نهایت=۵) را براساس میزان ناراحتی شامل می‌شود، ابعاد نه‌گانه گوناگون شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روانپریشی را بررسی می‌کند. پاسخ‌های مربوط به هر بعد نمره‌گذاری جمع می‌شوند و سپس بر تعداد پرسش‌هایی که در آن بعد وجود دارد، تقسیم می‌گردد. در نتیجه نمره هر بعد ارزشی از صفر که گویای ناراحت نبودن است تا بالاترین نمره یعنی چهار که نشان‌دهنده ناراحتی شدید است، دارد. نتیجه را باید تا دو رقم اعشار گزارش کرد. شاخص کلی علائم مرضی (GSI) نیز با جمع نمره‌های خام (۹ بعد و پرسش‌های اضافی) و تقسیم آن بر ۹۰ به دست می‌آید. در پژوهش میرزایی (۱۳۵۹) در ایران که به منظور ارزیابی پایایی و اعتبار این آزمون صورت گرفت، پایایی آن در تمام مقیاس‌ها به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیش از ۰/۸ بوده است و اعتبار سازه آن نشان داد که آزمون به‌عنوان روش خوبی برای تشخیص بیماران روانی از افراد سالم به‌کار می‌رود. همچنین حساسیت پایایی بازآزمایی (I=۰/۷۹) در مقایسه با مصاحبه روانپزشکی بر اساس ملاک‌های تشخیصی^۴ ۰/۹۴ بوده است. در برخی از پژوهش‌ها بیشترین همبستگی درونی برای افسردگی (۰/۷۳) و کمترین آن برای ترس مرضی (۰/۳۶) گزارش شده است (میرزابایی، ۲۰۰۴). فولادوند (۲۰۰۶) پایایی پرسشنامه را بر پایه روش‌های تصنیف ۰/۹۱، گاتمن ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه کرده است. رضایی، حسن‌زاده و میرزاییان (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۹ به‌دست آوردند. ۷ پرسش در آزمون SCL-90-R آمده که تحت هیچ‌یک از ابعاد نه‌گانه نیست. این پرسش‌ها از نظر بالینی اهمیت دارند و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند و تمایل بر این است که در مجموع استفاده شوند. این پرسش‌ها به‌عنوان یکی از ابعاد برای ابعاد گوناگون آزمون نمره‌گذاری نمی‌شوند، ولی به

نمره‌های ضریب کلی به این شرح است: افسردگی ۰/۶۵، خودبیمارانگاری ۰/۶۸، روانپریشی ۰/۶۱، اضطراب ۰/۷، وسواس ۰/۶۵، حساسیت بین فردی ۰/۶، ترس مرضی (فوبیا) ۰/۷۱، خصومت ۰/۶۶ و پارانوئیا ۰/۶۸. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه به این شرح است: ۱- داشتن سردرد ۲- احساس عصبانیت و لرزش درونی بدن.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در ابتدا پژوهش‌های گذشته مورد مطالعه پژوهشگر قرار گرفت و متغیرهای مورد نظر و ارتباط میان آنها تعیین گردید. سپس بر اساس جامعه هدف، اهدافی مشخص گردید و در مورد جامعه آماری که همان نابینایان دختر استان اصفهان هستند، تصمیم‌گیری شد و از میان آنها نمونه‌ای برای پژوهش و انجام مداخله تعیین گردید. برای تعیین نمونه مورد نظر ابتدا به سازمان بهزیستی واحد مرکزی مراجعه شد و پس از انجام مکاتبات اداری با معاون پژوهشی و بر اساس تصمیم ایشان مجتمع توانبخشی فاطمه زهرا(س) به‌منظور برگزاری این کلاس‌ها انتخاب شد. سپس فهرست نابینایان دارای پرونده در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با استفاده از سامانه پیام کوتاه برگزاری کارگاه کیفیت زندگی به اطلاع اعضا رسانده شد. از میان ۵۰ نفر از افرادی که حاضر به همکاری شدند، به شکل تصادفی ۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. برای ورود آزمودنی‌ها ملاک خاصی مد نظر نبود، چون هدف از این پژوهش بررسی تأثیر آموزش کیفیت زندگی بود و صرفاً تغییر نمره از بار اول تا بار دوم شاخص تغییر بود. سپس از دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و آموزش کیفیت زندگی (پاداش، فاتحی‌زاده و عابدی، ۱۳۸۹) بر روی گروه آزمایش در ۸ جلسه به‌صورت هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه در مرکز نابینایان فاطمه زهرا(س) شهر اصفهان برگزار شد. در انتها دوباره پس‌آزمونی از هر دو گروه به عمل آمد. البته لازم به ذکر است که تعداد ۵ نفر در گروه آزمایش و ۵ نفر در گروه گواه حاضر به همکاری در اجرای پس‌آزمون نشدند. بعد از گذشت دو ماه از انجام پس‌آزمون از دو گروه آزمایش و گواه آزمون پیگیری به عمل آمد. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در جدول ۱ ارائه شده است. برای تحلیل یافته‌های آماری از نرم‌افزار SPSS16 استفاده شد. همچنین از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

جدول ۱- 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 درباره کیفیت زندگی و نقش آن در افزایش رضایت و شادی، سلامت روانی، عوامل مؤثر بر شادمانی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد.
جلسه دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با ابعاد رضایت از زندگی به صورت درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه ^۱ شامل ۱- ویژگی‌ها و شرایط عینی یک حوزه ۲- چگونگی ادراک فرد و تفسیر او از شرایط یک حوزه ۳- ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد معیارهای تحقق‌یافته یا موفقیت‌ها ۴- ارزش یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی یا سلامت کلی به یک حوزه می‌دهد ۵- رضایت کلی در دیگر حوزه‌های زندگی که دغدغه فوری نیستند. شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی ویژگی‌ها و شرایط عینی یک حوزه (C) به‌عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی، بررسی افکار غیرارادی و غیرمنطقی.
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، بحث درباره پنج ریشه، معرفی چگونگی ادراک و تفسیر شرایط (A) به‌عنوان راهبرد دوم، کاربرد راهبرد دوم در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بحث درباره پنج ریشه، معرفی راهبردهای سوم، چهارم و پنجم به‌منظور افزایش رضایت در زندگی، تعیین اهداف واقع‌بینانه و چالش‌انگیز، کاهش معیارها و کمال‌گرایی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول سیزده‌گانه و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش شادکامی
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، بحث و معرفی اصول بخشودگی و گذشت، سرریزی منفی از کار و خانه، شناخت ارزش‌ها و اصل تغییر حالت، آموزش شیوه‌های ارتباطی
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب مطرح شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط گوناگون زندگی و کاربرد اصول در ابعاد گوناگون زندگی، آموزش اصول پذیرش خود، زمان کیفیت، موفقیت، خوش‌بینی و خلاقیت به‌منظور تثبیت تغییر کیفیت زندگی

یافته‌ها

شاخص ترس مرضی در گروه آزمایش (۰/۵۲) دیده می‌شود. به‌منظور استفاده از تحلیل کوواریانس باید مفروضه‌های آن تحقق یابد. بنابراین دو مفروضه اساسی تحلیل کوواریانس یعنی همسانی واریانس‌ها و هنجار بودن نمرات به ترتیب با آزمون لوین و آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد که نتایج آنها در جدول ۳ و ۴ آمده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان آزمودنی‌ها در دو گروه گواه و آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب در شاخص PSDI در گروه گواه (۹۰/۷۸) و

جدول ۲- میانگین تعدیل‌شده و انحراف معیار نمرات سلامت روان آزمودنی‌ها در دو گروه

گروه آزمایش		گروه گواه		میانگین	انحراف معیار
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۰/۶۷	۰/۱۵	۰/۷۸	۰/۱۵	افسردگی	
۰/۸۹	۰/۱۵	۰/۸۱	۰/۱۶	خودبیمارانگاری	
۰/۶۷	۰/۱۶	۰/۷۱	۰/۱۶	روان‌رنجوری	
۰/۷۷	۰/۱۴	۰/۸۵	۰/۱۵	اضطراب	
۰/۸۳	۰/۱۴	۰/۹۰	۰/۱۵	وسواس	
۰/۹۶	۰/۱۶	۱	۰/۱۷	حساسیت بین‌فردی	
۰/۵۲	۰/۱۹	۰/۵۸	۰/۲۰	ترس مرضی	
۰/۵۷	۰/۱۳	۰/۶۰	۰/۱۳	خصومت	
۱/۳۲	۰/۲۰	۱/۴۲	۰/۲۱	پارانویا	
۰/۸۱	۰/۱۳	۰/۸۴	۰/۱۳	GSI	
۳۶/۸۵	۴/۴۵	۳۹/۰۵	۴/۵۶	PST	
۸۶/۴۳	۳/۱۲	۹۰/۷۸	۳/۱۹	PSDI	

جدول ۳- آزمون لوین برای همسانی خطای واریانس

F	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری
۰/۸۸۷	۰/۳۵۲	۰/۸۸۷	۰/۳۵۲
۰/۱۲۸	۰/۷۲۲	۰/۱۲۸	۰/۷۲۲
۲/۶۰۹	۰/۱۱۴	۲/۶۰۹	۰/۱۱۴
۰/۰۴۸	۰/۸۲۸	۰/۰۴۸	۰/۸۲۸
۰/۲۶۵	۰/۶۱۰	۰/۲۶۵	۰/۶۱۰
۰/۴۲۳	۰/۵۱۹	۰/۴۲۳	۰/۵۱۹
۰/۳۸۸	۰/۵۳۷	۰/۳۸۸	۰/۵۳۷
۰/۹۸۸	۰/۳۲۶	۰/۹۸۸	۰/۳۲۶
۰/۷۰۱	۰/۴۰۸	۰/۷۰۱	۰/۴۰۸
۰/۱۸۸	۰/۶۶۷	۰/۱۸۸	۰/۶۶۷
۱/۷۷۰	۰/۱۹۱	۱/۷۷۰	۰/۱۹۱
۳/۳۴۹	۰/۰۷۵	۳/۳۴۹	۰/۰۷۵

درجه آزادی = ۲ = ۳۹

درجه آزادی = ۱ = ۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض طبیعی بودن نمرات برای همه مقیاس‌ها در گروه آزمایش بجز پارانوئیا (۰/۵۶۵) و در گروه گواه بجز PST (۰/۲۰۴) رد شد. نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر نمرات پس‌آزمون سلامت روان در جدول ۵ ارائه شده است.

آزمون لوین با درجه آزادی بین گروهی ۱ و درجه آزادی میان گروهی ۳۹ برای هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌های سلامت روان معنی‌دار به دست نیامد. بنابراین می‌توان ادعا کرد که مفروضه همسانی واریانس‌ها برقرار است و این پیش‌فرض رد نمی‌شود. به‌منظور بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی طبیعی بودن خرده‌مقیاس‌های سلامت روان

Shapiro-Wilk			متغیر	گروه‌ها
سطح معناداری	آماره آزمون درجه آزادی			
۰/۰۳	۲۱	۰/۸۹۶	افسردگی	آزمایش
۰/۰۰۱	۲۱	۰/۷۸۲	خودبیمارانگاری	
۰/۰۰۷	۲۱	۰/۸۶۱	روان رنجوری	
۰/۰۰۱	۲۱	۰/۸۱۱	اضطراب	
۰/۰۴۳	۲۱	۰/۹۰۴	وسواس	
۰/۰۲۴	۲۱	۰/۸۹۲	حساسیت بین فردی	
۰/۰۰۱	۲۱	۰/۲۷۱	ترس مرضی	
۰/۰۲۴	۲۱	۰/۸۰۳	خصوصیت	
۰/۵۶۵	۲۱	۰/۹۶۲	پارانویا	
۰/۰۱۶	۲۱	۰/۸۸۲	GSI	
۰/۰۴۴	۲۱	۰/۹۰۵	PST	
۰/۰۰۱	۲۱	۰/۷۴۸	PSDI	
۰/۰۰۵	۲۰	۰/۸۴	افسردگی	گواه
۰/۰۰۲	۲۰	۰/۸۱	خودبیمارانگاری	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۸۰	روان رنجوری	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۷۹	اضطراب	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۷۷	وسواس	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۸۰	حساسیت بین فردی	
۰/۰۰۵	۲۰	۰/۷۴	ترس مرضی	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۸۴	خصوصیت	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۷۱	پارانویا	
۰/۰۰۱	۲۰	۰/۷۱	GSI	
۰/۲۰۴	۲۰	۰/۹۳	PST	
۰/۰۷۶	۲۰	۰/۹۱	PSDI	

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات پس‌آزمون مقیاس‌های آزمون SCL90

متغیر وابسته	منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پیش‌آزمون	۴/۵۵۴	۱	۴/۵۵۴	۹/۷۵۳	۰/۰۰۳	۰/۴۹	۱
	گروه	۰/۱۲۹	۱	۰/۱۲۹	۰/۲۷۵	۰/۶۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خودبیمارانگاری	پیش‌آزمون	۷/۲۷۱	۱	۷/۲۷۱	۱۴/۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۸
	گروه	۰/۰۷۶	۱	۰/۰۷۶	۰/۱۴۸	۰/۷۰۲	۰/۰۰	۰/۰۵
روان‌رنجوری	پیش‌آزمون	۴/۲۰۰	۱	۴/۲۰۰	۷/۳۳۶	۰/۰۱۰	۰/۳۹	۰/۹۹
	گروه	۰/۰۱۹	۱	۰/۰۱۹	۰/۰۳۳	۰/۸۵۷	۰/۰۰	۰/۵
اضطراب	پیش‌آزمون	۸/۸۶۲	۱	۸/۸۶۲	۱۹/۱۲۵	۰/۰۰۰	۰/۲۸	۰/۹۶
	گروه	۰/۰۶۴	۱	۰/۰۶۴	۰/۱۳۸	۰/۷۱۲	۰/۰۰	۰/۰۸
وسواس	پیش‌آزمون	۶/۷۹۴	۱	۶/۷۹۴	۱۴/۶۸۲	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۹۳
	گروه	۰/۰۴۴	۱	۰/۰۴۴	۰/۰۹۶	۰/۷۵۹	۰/۰۰	۰/۰۵
حساسیت بین‌فردی	پیش‌آزمون	۵/۱۱۲	۱	۵/۱۱۲	۸/۷۱۳	۰/۰۰۵	۰/۳۵	۰/۹۹
	گروه	۰/۰۱۶	۱	۰/۰۱۶	۰/۰۲۷	۰/۸۶۹	۰/۰۰	۰/۰۵
ترس مرضی	پیش‌آزمون	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۰/۰۰	۰/۰۵
	گروه	۰/۰۳۷	۱	۰/۰۳۷	۰/۰۴۶	۰/۸۳۲	۰/۰۰	۰/۰۶
خصومت	پیش‌آزمون	۰/۸۹۱	۱	۰/۸۹۱	۲/۴۱۳	۰/۱۲۹	۰/۳۷	۰/۹۹
	گروه	۰/۰۸۳	۱	۰/۰۸۳	۰/۲۲۴	۰/۶۳۹	۰/۰۰	۰/۰۶
پارانویا	پیش‌آزمون	۷/۹۵۸	۱	۷/۹۵۸	۹/۰۶۳	۰/۰۰۵	۰/۳۴	۰/۹۹
	گروه	۰/۲۹۶	۱	۰/۲۹۶	۰/۳۳۷	۰/۵۶۵	۰/۰۰	۰/۰۶
GSI	پیش‌آزمون	۵/۸۴۹	۱	۵/۸۴۹	۱۵/۵۱۱	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۰/۹۹
	گروه	۰/۰۱۵	۱	۰/۰۱۵	۰/۰۴۱	۰/۸۴۲	۰/۰۰	۰/۰۵
PST	پیش‌آزمون	۱۲۰۳/۸۷۲	۱	۱۲۰۳/۸۷۲	۲/۸۹۴	۰/۰۹۷	۰/۳۱	۰/۹۸
	گروه	۴۹/۴۳۲	۱	۴۹/۴۳۲	۰/۱۱۹	۰/۷۳۲	۰/۰۰	۰/۰۸
PSDI	پیش‌آزمون	۹۵/۳۰۴	۱	۹۵/۳۰۴	۰/۴۶۶	۰/۴۹۹	۰/۰۰	۰/۰۸
	گروه	۱۹۳/۷۱۹	۱	۱۹۳/۷۱۹	۰/۹۴۶	۰/۳۳۷	۰/۰۰	۰/۰۵

و پس‌آزمون گروه آزمایش در PST تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه فرضیه اول در مورد خرده‌مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارانگاری، روان‌رنجوری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین‌فردی، پارانویا، GSI و PST تأیید می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان در پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

در بررسی تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان نابینایان و با توجه به نتایج جدول ۵، بین میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارانگاری، روان‌رنجوری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین‌فردی، پارانویا و GSI تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). همچنین بین نمرات پیش‌آزمون

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس برای نمرات مقیاس‌های آزمون SCL90 در پیگیری

متغیر وابسته	منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون	۱۰/۰۷۰	۱	۱۰/۰۷۰	۴۶/۲۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۶	۱
	گروه	۰/۴۵۰	۱	۰/۴۵۰	۲/۰۶۶	۰/۱۵۹	۰/۰۸	۰/۴۲
خودبیمارانگاری	پیش آزمون	۹/۲۹۲	۱	۹/۲۹۲	۴۰/۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۱
	گروه	۰/۶۳۱	۱	۰/۶۳۱	۲/۷۲۵	۰/۱۰۷	۰/۰۰	۰/۰۷
روان‌رنجوری	پیش آزمون	۷/۹۲۷	۱	۷/۹۲۷	۳۳/۰۹۹	۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۹۹
	گروه	۰/۰۴۴	۱	۰/۰۴۴	۰/۱۴۸	۰/۶۷۱	۰/۰۰	۰/۵
اضطراب	پیش آزمون	۸/۳۳۸	۱	۸/۳۳۸	۳۳/۸۴۷	۰/۰۰۰	۰/۳۱	۰/۹۵
	گروه	۲/۶۵۸	۱	۲/۶۵۸	۱۰/۷۸۹	۰/۰۰۲	۰/۰۲	۰/۰۸
وسواس	پیش آزمون	۸/۱۵۲	۱	۸/۱۵۲	۴۲/۴۶۱	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۹۳
	گروه	۲/۳۳۱	۱	۲/۳۳۱	۱۲/۱۴۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰	۰/۰۵
حساسیت بین‌فردی	پیش آزمون	۶/۳۰۴	۱	۶/۳۰۴	۲۱/۲۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۵	۰/۹۹
	گروه	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۱/۷۷۲	۰/۱۹۱	۰/۰۰	۰/۰۵
ترس مرضی	پیش آزمون	۰/۰۱۲	۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۹	۰/۸۹۱	۰/۰۰	۰/۰۵
	گروه	۰/۱۵۳	۱	۰/۱۵۳	۰/۲۵۰	۰/۶۲۰	۰/۰۴	۰/۰۶
خصوصیت	پیش آزمون	۴/۸۶۴	۱	۴/۸۶۴	۲۶/۶۳۲	۰/۰۰۰	۰/۳۷	۰/۹۹
	گروه	۱/۲۲۳	۱	۱/۲۲۳	۶/۶۹۹	۰/۰۱۴	۰/۰۳	۰/۰۶
پارانویا	پیش آزمون	۱۴/۲۶۴	۱	۱۴/۲۶۴	۴۰/۰۳۱	۰/۰۰۰	۰/۳	۰/۹۹
	گروه	۰/۱۷۶	۱	۰/۱۷۶	۰/۴۹۳	۰/۴۸۷	۰/۰۰	۰/۰۶
GSI	پیش آزمون	۷/۰۹۶	۱	۷/۰۹۶	۵۰/۹۸۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۰/۹۹
	گروه	۰/۳۶۶	۱	۰/۳۶۶	۲/۶۲۹	۰/۱۱۳	۰/۰۰	۰/۰۵
PST	پیش آزمون	۶۷۸۵/۷۲۴	۱	۶۷۸۵/۷۲۴	۱۷/۲۶۷	۰/۰۰۰	۰/۳۱	۰/۹۸
	گروه	۳۱۵/۶۳۲	۱	۳۱۵/۶۳۲	۰/۸۰۳	۰/۳۷۶	۰/۰۰	۰/۰۸
PSDI	پیش آزمون	۱/۰۸۴	۱	۱/۰۸۴	۰/۳۷۱	۱/۰۸۴	۰/۰۰	۰/۰۸
	گروه	۴/۴۳۶	۱	۴/۴۳۶	۱/۵۱۹	۴/۴۳۶	۰/۰۰	۰/۰۵

می‌شود (کینگ و هیندز، ۲۰۰۳). افزایش این دو عامل، به کاهش بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب منجر می‌شود.

برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف بر روی ارتباطات خانوادگی نیز تأثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی ضعیف موجب به‌کارگیری سازوکارهای مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد می‌شود و در نتیجه موجب افزایش تنش در آنان می‌گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی است و شدت بیماری در افراد را افزایش می‌دهد.

یک فرد نابینا به خودی خود به شرایط سخت اجتماعی و محدودیت‌های بسیاری که بر سر راه زندگی وی قرار دارد، حالات عمیق‌تری از اضطراب و افسردگی را احساس خواهد کرد. در حالی که اگر بتوان شرایط عینی زندگی این افراد را تا حد امکان تغییر داد و آنان را به‌گونه‌ای رهنمود کرد که بر سایر حیطه‌های زندگی که نیاز مبرمی به بینایی ندارد و یا متمرکز بر این حس نباشد، متمرکز شوند و سعی کنند از دیگر منابع موجود در زندگی همچون تفریح، دوستان، خانواده، بازی، ورزش، تحصیل، مطالعه، خلاقیت و هنر نیز استفاده کنند، نقش بسزایی در کاهش اضطراب و افزایش خلق آنان خواهد داشت. هر چه یک فرد معلول بتواند از حمایت اطرافیان استفاده کند، کیفیت زندگی وی بالاتر خواهد رفت. بنابراین احساس کفایت بیشتری خواهد کرد و میزان اختلالات در او کاهش خواهد یافت (آلبرت، ۲۰۰۵).

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 بسزایی در بهبود وضعیت روانی نابینایان دارد. به‌خصوص که نقش معلولیت و اثرگذاری آن بر ایجاد طحاره‌های نقص و شرم، خود موجب ایجاد تفکرات ناکارآمد بیشتر خواهد شد. البته که این تفکرات در طول زندگی یک فرد معلول تأیید خواهد شد. این تأیید موجب کاهش سطح روانی معلولان و افزایش سطح اختلال روانی می‌شود. همان‌گونه که بیان شد کمال‌گرایی و وجود معیارهای بالا نیز از جمله نگرش‌های ناکارآمد یک فرد معلول است که در بیشتر معلولان وجود دارد که از تجارب ناگوار زندگی آنان نشأت می‌گیرد. نداشتن اهداف مبتنی بر توانمندی‌ها و یا نداشتن اولویت‌بندی در رسیدن به این اهداف نیز خود موجب دو چندان شدن مشکلات روانی و احساس شکست روزافزون خواهد بود که این احساس در نابینایان به عضو دارای نقص آنان نسبت داده خواهد شد و بار روانی این نقص افزایش خواهد یافت (آتش‌پور و مهدی‌زادگان، ۱۳۷۶).

در بررسی تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان نابینایان در مرحله پیگیری و با توجه به نتایج جدول ۶، بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارانگاری، روان‌رنجوری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین فردی، خصومت، پارانویا، GSI، PST تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$). به‌عبارتی از جلسه پس‌آزمون تا پیگیری کاهش میزان خرده‌مقیاس‌ها در گروه آزمایش ثابت باقی مانده است. در نتیجه فرضیه دوم در مورد خرده‌مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارانگاری، روان‌رنجوری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین فردی، خصومت، پارانویا، GSI و PST تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان دختران نابینای شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد که بین میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارانگاری، روان‌رنجوری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین فردی، پارانویا و GSI ($P < 0/01$) و PST ($P < 0/05$) تفاوت وجود دارد. در سایر شاخص‌ها تفاوت معنی‌دار نبود. نتایج این پژوهش با نتایج مرو و همکاران (۲۰۰۰)، نوربرگ و همکاران (۲۰۰۵) و بلکمور و همکاران (۲۰۱۴) در زمینه افسردگی و اختلالات اضطرابی همسو بود.

کیفیت زندگی درمانی به ارائه یک الگو ۵ راهه برای حل نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها و ارائه اصول و مهارت‌ها برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها پرداخته است و مراجعان را قادر می‌سازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف از این مدل و اصول‌ها استفاده کنند. کیفیت زندگی درمانی با استفاده از رویکرد شناختی و رفتاری اقدام به تغییر شناخت‌ها و معیارها و با استفاده از روان‌شناسی مثبت به جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر قدیمی می‌پردازد. به نظر می‌رسد تغییر دیدگاه مراجعان در ابعاد افسردگی، اضطراب، وسواس و خصومت به همین دلیل بوده است. علاوه بر اینکه این درمان حیطه بازی و تفریح را یکی از ۱۶ حیطه خود معرفی می‌کند و دستکاری در آن را مهم می‌داند و به ارائه اصول و ۱۲۰ نوع تفریح و بازی می‌پردازد و این حیطه را در زندگی مراجعان پر رنگ می‌نماید. شادی و رضایت دو مشخصه اصلی کیفیت زندگی است. در واقع کیفیت زندگی به‌عنوان یک تجربه شناختی، با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیز یک تجربه احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد، نشان داده

منابع

- آتش‌پور، ح.، و مهدی‌زادگان، الف. (۱۳۷۶). افسردگی در نابینایان، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۹، ۱۵-۲.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۶). *متن تجدیدنظرشده چهارمین ویرایش تشخیص و آمار اختلال‌های روانی*. ترجمه نیکخو، م و هایاک آوادیس یانس، تهران: انتشارات سخن.
- افتخار، ح.، و کوهپایه‌زاده، ج. (۱۳۸۱). بررسی کیفیت زندگی دانش‌آموزان نابینا و هم‌تایان بینای آنها. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴(۷)، ۴۹-۵۵.
- پاداش، ز.، فاتحی‌زاده، م.، و عابدی، م. (۱۳۸۹). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران شهر اصفهان. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱)، ۱۵۰-۱۳۰.
- حقیقی، ح.، موسوی، م.، مهربانی‌زاده هنرمند، م و بشبلیده، ک. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۳(۳)، ۷۸.
- خدایاری‌فرد، م.، صادقی، خ.، و عابدینی، ی. (۱۳۸۵). خانواده‌درمانی شناختی رفتاری همراه با کاپروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱(۱)، ۵-۱۵.
- رحیمیان، م. (۱۳۸۸). *روان‌شناسی بالینی سلامت راهنمای پیشگیری، صورت‌بندی و درمان*. تهران: انتشارات دانژه.
- رضایی، ز.، حسن‌زاده، ر.، و میرزاییان، ب. (۱۳۹۲). مقایسه رضایت زناشویی، سبک زندگی و سلامت روان در بین مردان و زنان بازنشسته و غیربازنشسته. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۵۴، ۶۱-۵۴.
- ساداتی، س. (۱۳۸۷). عادات تصویرسازی ذهنی در نابینایان. *مجله تعلیم تربیت استثنایی*، ۸(۸) و ۲۱، ۸۱-۱۰.
- سپهریان آذر ف.، سعادت‌مند س. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی و مشاوره گروهی به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری بر خودپنداره تحصیلی، انگیزه پیشرفت و سلامت روان دانش‌آموزان ناموفق. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۵۹): ۶۷-۶۶.
- قاسمی‌پور، م. (۱۳۸۷). *بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های خرم‌باد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- مختاری، م و نظری، ج. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*. انتشارات جامعه‌شناسان.
- مستعلمی، ف. (۱۳۸۱). *بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش اعتماد به نفس دختران نابینای شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.
- مولوی، ح. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS-13-14 در علوم رفتاری*. اصفهان: انتشارات پویان‌اندیشه.
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *ارزیابی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران.
- نریمانی، م.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد درونی سبک‌های تفکر دانش‌آموزان نابینا و بینا. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۱(۱)، ۱۱۸-۱۰۸.

دختران نابینا همچون هم‌تایان بینای آنان نسبت به کاهش کیفیت زندگی بیشتر از جنس مخالف حساسیت نشان می‌دهند و این کاهش را بیشتر به شکل اختلال، به‌خصوص کاهش خلق و اضطراب نمایان می‌کنند. دختران نابینا از حمایت کمتری نسبت به پسران نابینا برخوردارند و حتی خانواده آنان نیز نسبت به حضور آنان در جامعه و توانمندی آنان شباهت بسیاری دارند و جامعه و فرهنگ‌های گوناگون نیز ترسیده‌های بسیاری را نسبت به آنان روا می‌دارند که خود موجب کاهش بیشتر سطح کیفیت زندگی در آنان می‌شود. همچنین نگرش‌های آنان نسبت به جنس مخالف هم‌تای خود بیشتر است تا آنجا که احساس نقص و شرم نیز در آنان بیشتر از پسران است. به هر حال به نظر می‌رسد بالا بردن کیفیت زندگی در دختران و درمان‌های شناختی و مثبت‌نگر نقش بسزایی در کاهش افسردگی و اضطراب آنان ایفا می‌کند (افتخار و کوهپایه‌زاده، ۱۳۸۱).

طیف اختلالات روانی در میان نابینایان به‌خصوص دختران نابینا نیازمند توجه ویژه است. به نظر می‌رسد، می‌توان با استفاده از درمان‌هایی که با ویژگی‌های افراد نابینا تناسب داشته باشد، به آنان کمک کرد تا با مشکلات و موانع آینده خود به شکلی بهتر کنار آمده و توانایی مقابله با آنان را پیدا کنند و به بهبود وضعیت روانی و شرایط عینی کنونی آنان کمک شود؛ چرا که بسیاری از این افراد حاضر به پذیرش شرایط عینی حال خود نبوده و نگرش ناسالمی در مورد جامعه و ارتباط با دیگران را دارند. با توجه به نتایج این پژوهش، اگر در کنار هرگونه درمان روان‌شناختی یا غیرروان‌شناختی بتوان به‌منظور افزایش کیفیت زندگی نابینایان تلاش کرد، می‌توان انتظار داشت که نابینایان نیز بتوانند همچون سایر اقشار جامعه با وجود نابینایی خود و علایم حاصل از فقدان این عضو مهم و همچنین علایم حاصل از ناگواری‌های زندگی که گاهی به شکل‌های ویژه به‌خصوص اختلال روانی بروز می‌کند، زندگی راحت‌تر و با سلامت روان بیشتری را تجربه کنند. از آنجایی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر اختلالات ترس مرضی، روان‌پریشی، پارانوئا، شکایات جسمانی و حساسیت بین فردی تأثیرگذار نیست، پیشنهاد می‌گردد این درمان با درمان‌های جدیدتر تلفیق شود تا قابلیت کوتاه شدن دوره و برطرف کردن مشکلات و ضعف‌های این درمان فراهم گردد. دختران نابینای تحصیلکرده تمایل بیشتری برای شرکت در پژوهش‌های روان‌شناسی را دارند. از این رو باید در تعمیم تمام پژوهش‌های حوزه نابینایان به سایر نابینایان با تحصیلات پایین دقت کرد. همچنین این پژوهش در مورد دختران نابینا انجام شده است و باید در تعمیم نتایج به پسران نابینا احتیاط کرد.

- Heire, Ch., & Browning C.J. (2004). The communication and psychosocial perceptions of older adults with sensory loss. *Cambridge University Press, Aging & Society*, 24(1):113-130.
- King, C.R., Hinds, P.S. (2003). *Quality of life from nursing and patient perspective*. Massachusettes: Jones and Bartlett Publishers.
- Kuyk ,T., Liu ,L., Elliott, J.L., Grubbs, H.E., Owsley, C,& Griffin, R.L.(2008). Health-related quality of life following blind rehabilitation. *Quality of Life Research* , 17(4):497-507.
- Lamoureux ,E.L., Pallant, J.F., Pesudovs, K., Tennant, A, Rees, G., & O'Connor, P.M.(2008). Assessing participation in daily living and the effectiveness of rehabilitation in age related macular degeneration patients using the impact of vision impairment scale. *Ophthalmic Epidemiol*, 15(2): 105-13.
- Mauro, V., Mendlowicz, M.D., Murray, B., & Stein, M.D. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 15(5): 105-13.
- Mirzababaie, J.(2004). *Evaluation the effect of group teaching in cognitive behavior method on mental health in boarding high school in boys student, Yazd city*. [Thesis]. Isfahan: Khorasgan Branch, Islamic Azad University.1 (2). 45-66.
- Mohammadi, A. (2011). Survey the Effects of Life Skills Training on Tabriz High School Student's Satisfaction of Life. *Journal of Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1843 – 1845
- Norberg, M.M., Diefenbach, G.J., & Tolin, D.F. (2005). Quality of life and anxiety and depressive disorder co morbidity. *Journal of Anxiety Disorder*. Article in press.
- Rosenblum, L.P. (2000). Perception of the impact of visual impairment on the lives of adolescents. *Journal of visual impairment & Blindness*, 94(7). 434-447.
- Stanbook, I. Holzmann, I. (1995). *Quality of life and health: concept, methods and application*. Oxford: Black well science.
- Stelmack, J., Szlyk, J., Joslin, C. (2000). Pilot study: Use of the NEI VFQ-25 to measure outcomes of low vision rehabilitation services in the Department of Veterans Affairs. *Journal of Vision Rehabilitation, Assessment, Intervention, And Outcomes*, 774–776.
- World health organization. (2001). Mental health: New understanding, new hope. The world health report. Geneva: World Health Organization, 15, 15-25.
- World health organization. (2008). *The world health report: primary health care-now more than ever*. Geneva. Switzerland.
- World health organization. (2014). *Intarnational statistical classification of diseases*. ICD. 103.
- نظری، ع.م. (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه برنامه غنسی‌سازی ارتباط و مشاوره راه‌حل‌محور بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. پایان‌نامه دکتری مشاوره. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- Albert, M.M. (2005). *Examination the social skills differences among at-risk youth diagnosed with blindness conduct and serious emotional disturbance*. Unpolished Doctoral Dissertation. Boston University.
- Berger, S., Porell, F. (2008). The association between low vision and function. *Journal of Aging & Health*, 20(5): 504-525.
- Blakemore, A., Dickens, C., Guthrie, E., Bower, P., Kontopantelis, E., Afzal, C., and Coventry, P.A. (2014). Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Internashnal Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9: 501–512.
- Datta ,S., Foss, A.J., Grainge, M.J., Gregson, R.M., Zaman A., & Masud, T. (2008). The importance of acuity, stereopsis, and contrast sensitivity for health-related quality of life in elderly women with cataracts. *Invest Ophthalmol*, 49(1): 1-6.
- De Leo, D, Hickey P.A, Meneghel, G., Cantor, Ch.H, Franz, P., Blindness, L. (1999). Fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics*, 40(4): 339-344.
- Derogates, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogates, L.R., Rickels, K., Rock, A.F. (1976). The SCL-90: and MMPI: a step in the validation of a new seif-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 129, 280-289.
- Fooladvand K. (2006). Organizational climate relationship with mental health staff Islam city's public hospitals. *Journal of Islam University of Medical Sciences*, 15(1): 44-45.
- Frisch, M.B. (2006). *Finding happiness with Quality of Life Therapy: Appositive psychology approach*. Wood way, TX: Quality of Life Press.
- Grant, G.M., Salced, V., Hynan L.S., et al. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Report*, 76, 1203-8.
- Haggstrom, E., Mbusa, E., & Wadensten, B. (2008). Nurses workplace distress and etical dilemmas in Tanzanian health care. *Nurs Ethics*, 15(4): 478-91.
- Hallahan, D.P., & Kauffman, J. (2003). *Exceptional learners: Introduction to special education*. Allyu Dacon Press. 6 edition, 26.
- Hayeems, R.Z, Geller, G., Finkelstein, D., Faden, R.R. (2005). How patients experience progressive loss of visual function: A model of adjustment using qualitative method. *British Journal of Ophthalmology*, 89: 615-620.