

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور واحد تهران

دانشگاه علوم انسانی

گروه علمی روانشناسی

عنوان پایان نامه:

**اثر بخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده های بیماران
اسکیزوفرن بستری در بیمارستان های اعصاب و روان سنندج**

نگارش:

مهین ابتهاج فرد

استاد راهنما:

مهدی دهستانی

استاد مشاور:

فرهاد شقاقی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی

شهریور ماه ۹۰

با تشکر فراوان از اساتید محترم

جناب آقای دکتر شقاقی،

جناب آقای دکتر دهستانی

و سرکار خانم دکتر علیزاده

که مرا در پیشبرد این کار راهنمایی بسیار نمودند.

و با سپاس فراوان از همسرم آقای دکتر صادقی از همراهی و یاری بی دریغش

و

از پدر و مادر و فرزندان عزیزم

با امید به مفید بودن این پژوهش در ساختن فرداهای بهتر برای خانواده‌های بیماران روانی

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن انجام پذیرفت. هدف فرعی نیز بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر میزان امید این گروه بود. این پژوهش از نوع کاربردی و روش نمونه‌گیری نیز مبتنی بر هدف یا در دسترس بود که از میان خویشاوندان درجه ۱ بیماران اسکیزوفرنی که طی ۸ ماه از ۸۹/۱/۱ تا ۸۹/۹/۱ در بیمارستان قدس سنندج بستری شده‌بودند، انتخاب شدند. با توجه به ملاک-های پذیرش، ۴۰ نفر انتخاب شدند که ۱۰ نفر از آن‌ها قبل از شروع پژوهش به دلایلی انصراف دادند: ۳۰ نفر باقی مانده به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (دو گروه ۱۵ نفری). در ابتدا کلیه افراد دو گروه، پرسش‌نامه‌های امید بزرگسالان، کیفیت زندگی SF-36 و بهزیستی روانی مک کامیتز را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش، مداخله‌ی امید درمانی گروهی را طی مدت هشت جلسه دریافت نمودند. باز همان پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون در اختیار دو گروه قرار گرفت تا پر نمایند. نمره‌گذاری انجام گرفت و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون آماری مناسب برای این داده‌ها، کوواریانس و آزمون t گروه‌های مستقل بود. نتایج نشان داد؛ امید درمانی گروهی بر نمرات تمام ابعاد کیفیت زندگی -به جز عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، کارکرد نقش هیجانی و درد-، بهزیستی روانی و امید گروه آزمایش تاثیر معنادار دارد. با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان گفت وجود کلاس‌ها و جلسات امید درمانی در مراکز روانپزشکی برای خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی ضروری بوده و به آن‌ها کمک می‌کند تا اهداف مناسبی در زندگی انتخاب کنند، بتوانند با استرس وجود این بیماران کنار آمده و با فراهم کردن محیط زندگی کم استرس از عود مجدد بیماری جلوگیری کنند.

فهرست عناوین

۱	فصل ۱- گستره مساله مورد پژوهش.....	
۲	۱-۱- مقدمه:	
۵	۲-۱- موضوع تحقیق:	
۶	۳-۱- بیان مسئله	
۷	۴-۱- اهمیت پژوهش	
۷	۵-۱- اهداف پژوهش	
۷	۵-۱-۱- هدف اصلی:	
۸	۵-۲- هدف فرعی	
۸	۶-۱- سوال های کل تحقیق.....	
۸	۷-۱- فرضیه های تحقیق	
۸	۸-۱- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....	
۱۰	فصل ۲- مروری بر یافته های قبلی در قلمرو مساله مورد بررسی.....	
۱۱	۱-۲- گستره نظری پژوهش.....	
۱۱	۲-۱-۱- الگوها و نظریه های زیربنایی پژوهش.....	
۱۱	۲-۱-۱-۱- امید	
۱۳	۲-۱-۱-۲- نظریه امید	
۱۴	۲-۱-۱-۳- تفکر هدف	
۱۵	۲-۱-۱-۴- تفکر عامل	
۱۶	۲-۱-۱-۵- تفکر گذرگاه	
۱۶	۲-۱-۱-۶- موانع	
۱۹	۲-۱-۲- رشد امید	
۲۲	۲-۲- امید درمانی	
۲۵	۲-۲-۱- مرحله اول: القای امید	
۲۵	۲-۲-۱-۱- گام اول: یافتن امید	
۲۵	۲-۲-۱-۲- فهم امید به شیوه روایتی	
۲۹	۲-۲-۲- فهم امید با استفاده از ارزیابی های رسمی.....	
۳۰	۲-۲-۱- گام دوم: پیوند امید	

۳۰	.....	۳-۲-۲-مرحله دوم: افزایش امید
۳۰	.....	۳-۲-۲-۱-گام اول: غنی سازی امید
۳۱	.....	۳-۲-۲-۲-تکنیکهای افزایش امید
۳۴	.....	۳-۲-۲-۳-گام دوم: حفظ امید
۳۵	.....	۳-۲-۲-۴-تفکر هدف در رواندرمانی
۳۶	.....	۳-۲-۲-۵-تفکر گذرگاه در رواندرمانی
۳۸	.....	۳-۲-۲-۶-تفکر عامل در رواندرمانی
۳۸	.....	۳-۲-۲-۷-پیشگیری از عود
۳۹	.....	۳-۲-گروه درمانی
۳۹	.....	۳-۲-۱-تاریخچه گروه درمانی
۳۹	.....	۳-۲-۲-تعریف گروه
۴۰	.....	۳-۲-۳-مبانی کار گروهی
۴۰	.....	۳-۲-۴-روان درمانی گروهی
۴۰	.....	۳-۲-۵-مبانی نظری گروه درمانی
۴۱	.....	۳-۲-۴-کیفیت زندگی
۴۱	.....	۳-۲-۴-۱-تعریف
۴۲	.....	۳-۲-۴-۲-تاریخچه مطالعات کیفیت زندگی
۴۴	.....	۳-۲-۴-۳-مولفه های کیفیت زندگی
۴۷	.....	۳-۲-۴-۴-کاربردهای اندازه گیری کیفیت زندگی
۴۷	.....	۳-۲-۵-اسکیزوفرنی
۴۷	.....	۳-۲-۵-۱-تاریخچه
۴۹	.....	۳-۲-۵-۲-نظریات روانی-اجتماعی و روانکاوانه
۴۹	.....	۳-۲-۵-۱-۲-نظریه های روانکاوانه
۵۰	.....	۳-۲-۵-۲-۲-نظریه های یادگیری
۵۰	.....	۳-۲-۵-۳-خانواده اسکیزوفرنوزنیک
۵۲	.....	۳-۲-۵-۴-جامعه و اسکیزوفرنی
۵۲	.....	۳-۲-۵-۱-اسکیزوفرنی و طبقه اجتماعی
۵۲	.....	۳-۲-۵-۲-اسکیزوفرنی و فرهنگ
۵۲	.....	۳-۲-۵-۳-استرسهای زندگی مدرن
۵۳	.....	۳-۲-۵-۵-تشخیص اسکیزوفرنی

۵۳	۶-۲-بهبهزیستی روانی
۵۳	۶-۲-۱-تعریف
۵۴	۶-۲-۲-تاریخچه بهبزیستی روانی
۵۵	۶-۲-۳-مولفه های بهبزیستی روانی
۵۵	۶-۲-۳-۱-رضایت از زندگی
۵۶	۶-۲-۳-۲-عاطفه ی مثبت و منفی
۵۶	۶-۲-۴-دیدگاه های نظری مربوط به بهبزیستی روانی
۵۶	۶-۲-۴-۱-نظریه فرانکل:
۵۷	۶-۲-۴-۲-الگوی ویسینگ و وان دان:
۵۷	۶-۲-۴-۳-نظریه ریف
۵۸	۶-۲-۴-۴-نظریه کامینز
۵۹	۶-۲-۷-گستره عملی پژوهش
۵۹	۶-۲-۷-۱-مروری بر تحقیقات خارجی
۶۱	۶-۲-۷-۲-مروری بر تحقیقات داخلی
۶۲	فصل ۳- روش پژوهش
۶۳	۳-۱-جامعه آماری
۶۳	۳-۲-حجم نمونه و روش نمونه گیری
۶۳	۳-۴-معیارهای پذیرش
۶۳	۳-۵-ابزار اندازه گیری
۶۹	۳-۶-روش جمع آوری اطلاعات
۶۹	۳-۷-طرح و شیوه اجرای تحقیق
۷۰	۳-۸-محتوای جلسات امید درمانی
۷۱	۳-۹-روشهای تجزیه و تحلیل داده ها
۷۲	فصل ۴- یافته های تحقیق
۷۳	۴-۱-شاخص های آمار توصیفی
۷۳	۴-۱-۱-سیمای پاسخگویان
۷۴	۴-۲-یافته های توصیفی متغیرهای مورد بررسی
۷۴	۴-۲-۱-کیفیت زندگی

۷۶	.....	۴-۲-۲-امید
۷۶	.....	۴-۳-شاخص های آمار تحلیلی
۷۹	.....	۴-۴-تحلیل های آماری بر اساس فرضیات پژوهش:
۷۹	.....	فرضیه اول:
۸۰	.....	۴-۴-۱-۱-تحلیل آماری برای بررسی فرضیه اول
۸۳	.....	۴-۴-۲-فرضیه دوم:
۸۳	.....	۴-۴-۲-۱-تحلیل آماری برای بررسی فرضیه دوم
۸۴	.....	۴-۴-۳-فرضیه سوم
۸۴	.....	۴-۴-۳-۱-تحلیل آماری برای بررسی فرضیه سوم
۸۵	.....	فصل ۵- بحث و نتیجه گیری
۸۶	.....	۵-۱-بحث و نتیجه گیری
۸۶	.....	۵-۱-۱-فرضیه اول و دوم
۸۸	.....	۵-۱-۲-فرضیه سوم
۸۹	.....	۵-۲-خلاصه نتایج
۹۲	.....	۵-۳-محدودیت های پژوهش
۹۳	.....	۵-۴-پیشنهاد های کاربردی
۹۴	.....	۵-۵-پیشنهاد های پژوهشی
۹۵	.....	منابع
۱۰۵	.....	پیوست ها

فهرست جداول

- جدول ۱-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه مورد بررسی بر حسب سن ۷۳
- جدول ۲-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه مورد بررسی بر حسب تحصیلات ۷۳
- جدول ۳-۴: توزیع فراوانی نمونه مورد بررسی بر حسب جنس ۷۴
- جدول ۴-۴: میانگین و انحراف معیار سن دو گروه ۷۴
- جدول ۵-۴: مقدار میانگین و انحراف معیار متغیرهای دو گروه آزمایش و کنترل در ابعاد کیفیت زندگی ۷۴
- جدول ۶-۴: مقدار میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی روانی ۷۵
- جدول ۷-۴: مقدار میانگین و انحراف معیار متغیر امید ۷۶
- جدول ۸-۴: تاثیر فاکتورهای گروه، پیش آزمون و تعامل آنها بر متغیر وابسته ۷۶
- جدول ۹-۴: همگنی واریانسها ۷۸
- جدول ۱۰-۴: تحلیل کوواریانس تاثیر متغیر مستقل (امید درمانی گروهی) بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی) ۷۹
- جدول ۱۱-۴: تحلیل تفاوت میانگینهای دو گروه در پس آزمون ۷۹
- جدول ۱۲-۴: میانگین و انحراف معیار تفاوت نمرات کارکرد نقش هیجانی به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل و درجات معناداری این تفاوتها ۸۱
- جدول ۱۳-۴: میانگین و انحراف معیار تفاوت نمرات بهزیستی روانی به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل و درجات معناداری این تفاوتها ۸۳
- جدول ۱۴-۴: تحلیل کوواریانس تاثیر امید درمانی گروهی بر امید ۸۴
- جدول ۱۵-۴: تحلیل تفاوت میانگینهای دو گروه در پس آزمون ۸۴

فصل اول

گستره مساله مورد پژوهش

1-1- مقدمه:

اسکیزوفرنی¹، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی شدید است. این اختلال سندرمی بالینی بوده که شامل آسیب‌شناسی روانی متغیر اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت²، هیجان، ادراکات و سایر جنبه‌های رفتار را درگیر می‌کند (کاپلان و سادوک³، ترجمه فرزین رضاعی، 1387)، سبب افت تحصیلی، ناتوانی شغلی، تخریب شخصیت، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی مبتلایان می‌گردد. انواع مداخلات دارویی و روانی - اجتماعی در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران و افزایش عملکرد آن‌ها رو به رشد است (قاسمی⁴، 2004).

به دنبال موسسه زدایی از درمان بیماران اسکیزوفرنی، نقش خویشاوندان در فراهم کردن مراقبت و حمایت از افراد دارای اختلالات روانی مورد توجه قرار گرفته است (چیمه، ملکوتی، پناغی، احمدآبادی، نجومی و تنکابنی، 1387).

کم توجهی و انزوای اجتماعی که بدلیل ناآگاهی عمومی نسبت به این اختلال گریبانگیر بیماران می‌شود، این بیماران و خانواده‌هایشان را در اغلب موارد آزار می‌دهد (کاپلان و سادوک، ترجمه فرزین رضاعی، 1387). چون اسکیزوفرنی عمدتاً بین 18 و 35 سالگی پدید می‌آید، آموزش تحصیلی و شغل، مهارت‌های اجتماعی، روابط دوستی و زناشویی را مختل می‌کند. بذر این اختلال قبل از ظاهر شدن آن، هم در فرد و هم در خانواده افشاندن شده‌است پس مطمئناً مشکلاتی در ارتباط و عزت نفس و کلا مسایل روان‌شناختی ایجاد می‌کند که داروهای ضد روانپریشی به آنها نمی‌پردازند. چیز دیگری که می‌تواند به زندگی بیمار اسکیزوفرنیک کمک کند در محیط درمانی نهفته‌است که در جوامع درمانی، محیطی پشتیبان به وجود می‌آورد که بیانگر اصول محیط درمانی است (سلیگمن⁵، ترجمه یحیی سید محمدی 1387).

از آن‌جا که اطلاعات بیشتری در مورد خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی نسبت به سایر بیماری‌های روانی در اختیار است (مارش⁶، 1992) و این بیماری در میان بیماران بستری شده بالاترین

¹ schizophrenia

² cognitive

³ Kaplan & Sadock

⁴ Ghasemi

⁵ Seligman

⁶ Marsh

نرخ را دارد (لفلی¹، 1996) و به این دلیل که افراد مبتلا به این بیماری، بیشتر مراقبت‌های خانوادگی دریافت کرده و در حدود 60-70% از آن‌ها با خانواده‌هاشان زندگی می‌کنند (ساندرز²، 1999)، محققان علوم اجتماعی بر خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی بیش از سایر بیماران روانی تاکید می‌کنند (برگرفته از چیمه و همکاران، 1387).

بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی وقتی مرخص می‌شود، بیماریش به طور کامل فروکش نکرده، اغلب خوب است خانواده‌هایی که بیمار به آن برمی‌گردد از یک دوره کوتاه اما فشرده، خانواده درمانی برخوردار شوند. تاکید این درمان باید بر موقعیت فعلی خانواده باشد و به شناسایی موقعیت‌های بالقوه مشکل ساز و اجتناب از آن‌ها بپردازد. همین که مشکلی برای بیمار در خانواده‌اش پیدا شد توجه و تاکید درمان باید بر حل فوری این مشکل باشد (کاپلان و سادوک، ترجمه فرزین رضاعی، 1387).

اعضای خانواده اغلب از علائم روانپریشی می‌ترسند و اگر به بحث آزاد با روانپزشک و بیمار خود بپردازند برای آنها مفید خواهد بود. در تعدادی از مطالعات معلوم شده که خانواده درمانی به-ویژه در کاهش عود موثر است. خانواده‌هایی که از طریق شناخت بیشتر مشکلات بیمار اسکیزوفرنیک و حل کردن موثرتر مسایل خانوادگی برای کنار آمدن بهتر با استرس، آموزش لازم را دیده‌اند، کیفیت هیجانی محیط خانواده را بهبود بخشیده و میزان برگشت را در بیماران پس از ترک بیمارستان کاهش داده‌اند (واگن، اسنایدر، فریمن و فالون³، 1984. دوآن، فالون، گلدشتاین، مینتنر⁴، 1985).

درمان‌های مختلف دارویی، انواع شیوه‌های رفتاری، افزایش مهارت‌های بین فردی، تقویت اعتماد به نفس، گسترش ارتباطات خانوادگی و توسعه‌ی شبکه‌های حمایتی، باز توانایی‌های شغلی و خانوادگی برای کاهش علائم این بیماران موثر است (سیبیتس، کاجینگ، گاسلر، انگر، امرینگ⁵، 2005).

¹ Lefley

² Saunders

³ Vaughn , Snyder , Freeman , Falloon

⁴ Doan ,Falloon ,Goldstein ,Mintz

⁵ Sibits , Katsching , Goessler , Unger , Amering

امروزه، توجه به کیفیت زندگی از مقوله‌های مورد توجه در مجامع بین‌المللی و پژوهشگران است و سازمان جهانی بهداشت نیز به عنوان سازمان پیشگام در سال‌های اخیر توجه خاصی به توسعه ارزیابی و سنجش سلامتی فراسوی معیارهای سنتی سنجش سلامتی، همچون مورتالیتی و موربیدیتی داشته‌است تا بدین وسیله بتوان قدرت اثرگذاری بیماری‌های روانی و جسمی را بر روی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه انسان سنجید (کاشنر¹، 2002).

توجه به تمام ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند بر روند زندگی تاثیر بگذارد و باعث فروکش کردن علائم بیماری‌های جسمی و روانی گردد (ویویان، مسفتی، اکساور²، 2006).

تئوری‌های شادمانی بر این تاکید دارند که وقتی تنش کاهش یابد، شادمانی و بهزیستی رخ می‌دهد و فریود نیز در اصل لذت به این رویکرد اشاره دارد، پس می‌توان این گونه نتیجه گرفت که شادمانی و رفاه بیشتر، در پی سازگاری بیشتر و آرامش روانی در خانه ایجاد می‌شود (دینر³، 2000). از نظر کیس، اشموت و ریف⁴ (2002)، بهزیستی روانی، کیفیت زندگی فرد با دیگر واحدهای اجتماع را در بر می‌گیرد

امید، سلامت جسمی و روانی را آن گونه که با انواع شاخص‌های سلامت، خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات روانپزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، کنار آمدن موثر (ارزیابی مجدد حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده اند، پیش بینی می‌کند (پترسون⁵، 2000) از این رو به نظر می‌رسد مداخلات روانشناختی بتواند گامی موثر در جهت افزایش امید و همچنین بالا بردن کیفیت زندگی و بهزیستی روانی افراد بردارد.

روان شناسی بالینی به طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی روانی تاکید داشته است و انعطاف پذیری تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به ندرت مد نظر قرار داده است. اما در چند دهه اخیر، روانشناسی مثبت گرا و روانشناسی سلامت به افزایش شادمانی و سلامت و مطالعه

¹ Kushner

² Viviane, Masfety, Xavier

³ Diener

⁴ Keyes, Shmot, Ryff

⁵ Peterson

علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تاکید دارند. مضامین اصلی روانشناسی مثبت‌گرا شامل شادمانی، امید و خلاقیت خود است (کار، ترجمه حسن پاشا شریفی، 1385).

احساس بهزیستی دارای مولفه‌های عاطفی و مولفه‌های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالی که افراد با احساس بهزیستی روانی پایین، حوادث و وقایع زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیش‌تر هیجان‌ات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (دینر، لوکاس و اوئیشی¹، 2002).

پرداختن به نوعی از روان درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن حائز اهمیت است تا هم کیفیت زندگی و بهزیستی روانی این خانواده‌ها را بالا برد و هم با تاثیر بر محیط هیجانی بیمار اسکیزوفرن از عود مجدد آن جلوگیری به عمل آورد. در بین درمان‌های روانشناختی؛ امید درمانی اسنایدر، تنها درمانی است که امید را به‌عنوان هدف اصلی درمان مورد نظر قرار داده است. امید درمانی از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود. (اسنایدر، پترسون، 2000) بر این هدف استوار است که به درمانجویان کمک کند تا اهداف را فرمول بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب بندی کنند (کار، ترجمه حسن پاشا شریفی، 1385).

2-1- موضوع تحقیق:

در این پژوهش به بررسی اثر بخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن می‌پردازیم و بررسی می‌کنیم، آیا امید درمانی گروهی باعث ارتقا کیفیت زندگی این افراد می‌شود و آیا امید درمانی گروهی بر بهزیستی روانی، تاثیر مثبت دارد؟ سپس بر اساس نتایج حاصله می‌توان در جهت ارتقا بهزیستی روانی و کیفیت زندگی

¹ Diener, Lucas, Oishi

خانواده های بیماران اسکیزوفرن، امید درمانی گروهی را توصیه کرد. امید داریم بر اساس نتایج حاصله راهی برای زندگی بهتر و موثرتر خانواده‌های دارای عضوی اسکیزوفرن، پیش رویشان قرار دهیم...

1-3- بیان مسئله

نقش مراقبت از بیماران در خانواده، چالش‌های بزرگی را برای خانواده‌ها به دنبال دارد. آن‌ها از منابع موجود، مدیریت رفتارهای پیچیده بیمار و چگونگی روبه‌رو شدن با احساس گناه، سردرگمی، اندوه و برانگیختگی احساسی آگاهی کافی ندارند (سولومون¹، 2000)، در نتیجه با فرسودگی و اختلالات روان پزشکی مواجه می‌شوند.

امید، سلامت جسمی و روانی را آن‌گونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت، خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمنی شناختی، کنار آمدن موثر (ارزیابی مجدد حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده‌اند پیش بینی می‌کند (پترسون، 2000). با توجه به این‌که خصوصیتی از جمله ترتیب دادن اهداف در زندگی، ویژگی‌های مثبت توصیف آمیز، معنی دار بودن زندگی، آرامش و انرژی، از نتایج افزایش امید در افراد است (اوون، 1989) و افکار و هیجان‌های منفی منجر به تضعیف سلامتی می‌شوند؛ بنابراین می‌توان فرایندهای مثبت مثل امید را به عنوان مداخله‌ای برای افزایش سلامتی، مورد بررسی قرار داد. در این راستا شواهدی در حمایت از نقش افزایش ارزیابی و ادراک مثبت از خود، برای کنترل بهزیستی جسمانی و روانی به دست آمد (فرانک، 1968).

افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی‌گیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند. خانواده‌هایی که از طریق شناخت بیشتر مشکلات بیمار اسکیزوفرنیک و حل کردن موثرتر مسائل خانوادگی، برای کنار آمدن بهتر با استرس، آموزش لازم را دیده‌اند، کیفیت هیجانی محیط خانه را بهبود بخشیده و میزان برگشت را در بیماران پس از ترک بیمارستان کاهش داده‌اند (واگن، اسنایدر، فریمن، فالون، 1984، دوان، فالون، گلدشتاین، فیتز،

¹ Solomon

1985) بنابراین مسئله تحقیق این گونه بیان می‌شود که آیا امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی خانواده های بیماران اسکیزوفرن، تاثیر مثبت دارد؟ آیا امید درمانی گروهی بر بهزیستی روانی این خانواده‌ها موثر است و باعث افزایش امید می‌گردد؟

4-1- اهمیت پژوهش

بیماری اسکیزوفرنی، شدیدترین و مزمن شونده‌ترین بیماری روانپزشکی است که با اختلال در توانایی‌های اجتماعی - شغلی همراه است (بیان‌زاده، قاسم‌آبادی و کربلایی‌نوری، 1381). فرسودگی مراقبت با کیفیت زندگی پایین، سلامت ضعیف و شرایط پزشکی مزمن، استفاده بیشتر از داروهای سایکوتروپیک مثل آرامش‌بخش‌ها و داروهای ضد افسردگی و خطر فزاینده بستری شدن در بیمارستان در مراقبان بیماران مبتلا همبسته است (برگرفته از چیمه و همکاران، 1387)

بروز این اختلال در یک خانواده باعث تغییرات در سبک زندگی، تعاملات و به طور کلی کیفیت زندگی می‌گردد. شناخت بیشتر مشکلات بیمار اسکیزوفرنیک و حل موثر مسائل خانوادگی، و آموزش برای کنار آمدن بهتر با استرس، کیفیت هیجانی محیط خانه را بهبود بخشیده و میزان برگشت را در بیماران پس از ترک بیمارستان کاهش می‌دهد. بنابراین در این پژوهش تاثیر امید درمانی گروهی بر ارتقا کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده های بیماران اسکیزوفرنیک بررسی شده است شاید فاکتور امید به این خانواده‌ها کمک کند تا بهتر با این مشکل کنار آمده، زندگی بهتر و موثرتری را در پیش گیرند و با بهبود کیفیت محیط خانه در کاهش عود موثر باشند.

5-1- اهداف پژوهش

نظر به این که اسکیزوفرنی، بیماری روانی شدیدی است بروز این بیماری در عضوی از خانواده در ابعاد مختلفی از زندگی، تعاملات، روابط و بالاخص در کیفیت زندگی و بهزیستی روانی تمام افراد خانواده اختلال ایجاد می‌نماید. محیط خانواده تاثیر قابل توجهی بر سیر بیماری و عود مجدد آن دارد.

1-5-1- هدف اصلی:

بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن

1-5-2- هدف فرعی

بررسی اثر بخشی امید درمانی گروهی بر سطح امید خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن.

1-6- سوالاتی کل تحقیق

1. آیا امید درمانی گروهی باعث ارتقا کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک می‌گردد؟
2. آیا امید درمانی گروهی بر بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی تاثیر مثبت دارد؟
3. آیا امید درمانی گروهی باعث افزایش امید در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن می‌شود؟

1-7- فرضیه‌های تحقیق

1. فرضیه 1. امید درمانی گروهی باعث ارتقا کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن می‌گردد.
2. فرضیه 2. امید درمانی گروهی بر بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن تاثیر مثبت دارد.
3. فرضیه 3. امید درمانی گروهی باعث افزایش امید در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن می‌شود.

1-8- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

تعریف مفهومی امید: امید عبارتست از ظرفیت ادراک شده برای تولید مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و انگیزه ادراک شده برای حرکت در این مسیرها (اسنایدر 2000 ص 18).

تعریف عملیاتی امید: در این پژوهش منظور از امید، نمره فرد شرکت کننده در آزمون امید اسنایدر است.

تعریف مفهومی امید درمانی گروهی: امید درمانی گروهی، یک برنامه درمانی است که بر مبنای اصول نظریه اسنایدر و همکاران طراحی شده است و در آن سعی می‌شود که سه مولفه اصلی امید (هدف، عامل، گذرگاه) در مراجع افزایش یابد. در این درمان سعی بر آن است که به درمانجو کمک شود تا هدف‌های روشنی را فرمول بندی کند، گذرگاه‌های متعددی را برای

رسیدن به آنها بسازد، خود را برای دنبال کردن اهداف بر انگیزاند و موانع را به صورت چالش هایی برای غلبه بر آنها از نو چارچوب بندی کند (کار، ترجمه حسن پاشا شریفی، 1385).

تعریف عملیاتی امید درمانی گروهی: در این پژوهش منظور از امید درمانی گروهی، برنامه ی درمانی 8 جلسه ای است که بر مبنای اصول نظریه ی امید اسنایدر و با بهره گیری از منابع معتبر طراحی شده است.

تعریف نظری کیفیت زندگی: ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادراک بر اساس اهداف و انتظارات استاندارد علائق آنها است (سازمان جهانی بهداشتی¹، 1998).

تعریف عملیاتی کیفیت زندگی: در این پژوهش نمره ای است که افراد در پرسشنامه 36 ماده ای کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دست آورده اند.

تعریف نظری بهزیستی روانی: به معنای یافتن تمام استعداد های بالقوه بشری و نیز به معنای ادراک و ارزیابی فرد از زندگی خویش در زمینه حالات عاطفی، عملکرد های روان شناختی و اجتماعی است. بهزیستی روانی صرفاً به معنای نبود بیماری روانی نیست، بلکه حضور قابلیت های مثبت روانی را نیز در بر می گیرد (کوری² و همکاران، 2000).

تعریف عملیاتی بهزیستی روانی: نمره ای که آزمودنی در مقیاس سنجش روانی بزرگسالان مک کامینز 2006³ به دست می آورد.

¹ World Health Organization

² Corey

³ PwIA

فصل دوم
مروری بر یافته‌های قبلی در قلمرو مساله
مورد بررسی

2-1-1- گستره نظری پژوهش

2-1-1-1- الگوها و نظریه های زیربنایی پژوهش

2-1-1-1-2 امید

امید، سال‌ها در روانشناسی مورد غفلت قرار گرفته است. تا پایان دهه 1970 خوش بینی یک کمبود روانی شدید و نشانه ناپختگی یا ضعف منش تلقی می‌شد در حالی که ارزیابی متوازن و بی‌طرفانه از امیدواری‌های آینده فرد نشانه‌ای از سلامت روانی، پختگی و نیرومندی به حساب می‌آمد (پترسون، 2000). نسل‌های گذشته روانشناسان به هر چیزی که مبتنی بر تفکر آرزومند¹ باشد سوء ظن داشتند. آنها تحت تاثیر نوشته های منفی گرایانه فروید و متفکرانی چون سوفوکلس² و نیچه³ به این باور رسیده بودند که ادراک صحیح واقعیت، نشانه سلامت فرد است و واقعیت، همواره کمترین انتظارات در مورد آینده در نظر گرفته می‌شد. هر چیز دیگری ناشی از پدیده انکار بود و وظیفه صریح درمانگر از بین بردن این انکار و مواجه کردن فرد با واقعیت موضوع بود، اما مسئله این است که واقعیت‌ها متغیرند، به خصوص زمانی که در آینده قرار می‌گیرند.

عقاید افراد در مورد آینده باعث حرکت آنها به سمت فرایندهای خود کامروا سازی می‌شود. انتظارات شوم، خودشان را تایید می‌کنند، همان طور که انتظارات امیدوارانه این گونه‌اند. روانشناسان بالاخره متوجه این موضوع شدند و امروز کتاب‌ها و مقالات زیادی در مورد قدرت تفکر مثبت وجود دارد (اسنایدر، 2000).

تیلیچ⁴ بیان می‌دارد که امید برای افراد احمق آسان، اما برای افراد عاقل سخت است. هر کس می‌تواند امید احمقانه داشته‌باشد اما امید صحیح بسیار نادر و بزرگ است (فرانکن، ترجمه شمس اسفندآباد، محمودی و امامی پور، 1384). مطمئناً امید احمقانه، امید مناسبی نیست اما حتی آن هم گاهی می‌تواند پیامدهای مثبت داشته‌باشد (اسنایدر، 2000).

¹ wishful

² Sophocles

³ Nietzsche

⁴ Tillich