

بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز

امیر پناه علی^{1*}

دکتر عبدالله شفیع آبادی²

دکتر شکوه نوابی نژاد³

دکتر رحمت اله نورانی پور⁴

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین میزان اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز بود. جامعه مورد مطالعه را کلیه افراد سالمند 65 سال به بالای ساکن در سرای سالمندان شهر تبریز در سال 1392 تشکیل می داد که اختلالات روانشناختی (فراموشی، دمانس و آلزایمر) نداشتند. در این مطالعه 20 نفر (10 مرد و 10 زن) حجم نمونه انتخاب و بصورت تصادفی ساده در گروه های کنترل و آزمایش جایگزین شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) استفاده گردید که دارای 29 گزاره چهار گزینه ای می باشد. طرحواره درمانی گروهی طی ده جلسه، هر جلسه به مدت دو ساعت بر روی گروه آزمایش انجام پذیرفت و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که شادکامی سالمندانی که طرحواره درمانی گروهی را دریافت کرده اند به طور معنی داری بیشتر از شادکامی سالمندانی بود که طرحواره درمانی گروهی را دریافت نکرده اند به عبارت دیگر طرحواره درمانی گروهی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز تاثیر داشت ($p < 0/01$).

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی گروهی، شادکامی، سالمندان

¹-استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه مشاوره، تهران، ایران، panahali@iaut.ac.ir

²-استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

³-استاد، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم)، تهران، ایران

⁴-دانشیار، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

سالمندی¹ پدیده ای شگفت انگیز است که اغلب باور نمی کنیم روزی سراغ ما هم خواهد آمد زیرا گذر از دوران جوانی به پیری آنچنان تدریجی صورت می گیرد که هیچ گاه تغییرات آن برای ما محسوس نیست. پیری² به عنوان یکی از دورانهای عمر انسان نوعی بلوغ و کمال زیستی، جسمی و روانی است که معمولاً در بسیاری از کشورها برابر مقررات از حدود سن بازنشستگی³ (60 تا 65 سالگی) آغاز می شود (معین، 1379). اخیراً با توجه به بهتر شدن تغذیه و بهداشت و درمان، عمر انسانها طولانی تر شده است. به همین خاطر روز به روز بر تعداد سالمندان افزوده می شود (کیانپور قهفرخی، زندیان⁴، 2010). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (WHO) تعداد سالمندان در کشورهای آسیای جنوب غربی از جمله ایران در سال 2000 حدود 0/7 کل جمعیت بوده و این رقم تا سال 2030 به 0/15 خواهد رسید که این نشان دهنده افزایش سریع جمعیت سالمندی در دنیا و ایران است (سهرابی، ذوالفقاری، مهدی زاده، آقایان، قاسمیان آق مشهدی، شریعی و خسروی، 1386).

سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت های مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماریها و مرگ تبدیل می کند (یانگ و کوکران⁵، 2005). مهمترین بیماری های روانی سالمندان به ترتیب عبارتند از: 1- اختلالات افسردگی 2- اختلالات شناختی 3- حالت ترس 4- اعتیاد 5- خودکشی (هاومن نایس و دی گروت⁶، 2003). از میان این موارد، یکی از مشکلات شایع بهداشت روانی سالمندان، افسردگی می باشد (گلاسمر، ریدل هلر، براهler، اسپنگنبرگ و لوپا⁷، 2011). بالابودن شیوع افسردگی باعث بالا رفتن میزان خودکشی در سالمندان بویژه در مردان شده است (پور افکاری، 1376). سالمندانی که تنها زندگی می کنند غالباً بخش اعظم وقت خود را به فکر کردن درباره فرزندان دور از خود یا حسرت خوردن برای همسر مرحوم خود می گذرانند. این انزوا ممکن است به سهولت منجر به افسردگی شود

1. Aged

2. Old Age

3. Retire Ment

4. Kianpoor ghahfarokhy & Zandian

5. Young & Cochrane

6. Havm-Nies & de Groot

7. Glaesmer, Riedel-Heller, Braehler, Spangenberg & Lupp

(میشارا، ترجمه گنجی، داوودیان و حبیبی، 1375). این سیر قهقراپی می تواند با حرکت به سمت خانه سالمندان شتاب بیشتری بگیرد که در این صورت فرد سالخورده باید با جدایی از خانواده و دوستان خود با وصفی تازه با عنوان «فردی که فقط در خانه سالمندان می تواند زنده بماند» سازگار شود. خیلی از ساکنان خانه سالمندان یک ماه بعد از پذیرش به سرعت تحلیل می روند و شدیداً افسرده می شوند. این تحلیل رفتن سریع، معمولاً نتیجه یاس و ناامیدی و عدم شادکامی است. بالطبع برای اینکه سالخورده‌گان با تغییرات اجتناب ناپذیر زندگی سالمندی‌شان سازگاری موثری داشته باشند نیازمند کمک‌هایی هستند تا نگرش مثبت را در آنها تقویت کرده و انرژی‌شان را برای انجام فعالیت‌های ارضاکنده حفظ نمایند و موجب رشد و افزایش کیفیت زندگی آنها شود (برک، 2007، ترجمه سید محمدی، 1391).

در همین راستا از سال 1960 به بعد پژوهش‌های مربوط به شادمانی افزایش چشمگیری یافت و محققان سازمان‌های مختلف به جای پرداختن به رنج‌ها و دردهای روانی به بررسی چگونگی ایجاد و افزایش شادکامی پرداختند (آرگایل، 1، 2001؛ ترجمه گوهری، نشاط دوست، پالاهنگ و بهرامی، 1382). دینر (2002) معتقد است که شادکامی، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش دارد و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل شده و جنبه‌های مختلف آن به شکل شناخت‌ها و عواطف ظاهر می‌شوند. شوارز و استراک² (1991) معتقدند که افراد شادکام، کسانی هستند که در پردازش اطلاعات در جهت خوش بینی و خوشحالی سوگیری دارند؛ یعنی اطلاعات را طوری پردازش و تفسیر می‌کنند که به شادمانی آنها منجر شود. به اعتقاد شرر، وینتراب و کارور³ (1986) افراد خوش بین در هنگام بروز موقعیت‌های مشکل‌زا، از مقابله مسأله مدار استفاده کرده و به جستجوی حمایت اجتماعی بر می‌آیند و در ضمن بر جنبه‌های مثبت رویدادهای منفی تأکید و تمرکز می‌کنند. به همین خاطر به نظر می‌رسد که بجای توجه کردن به افسردگی و درد و رنج سالمندان با افزایش شادکامی می‌توان گامی موثر در جهت افزایش بهداشت روان و رضایت از زندگی آنها برداشت. در این راستا درمان‌های پزشکی، مشاوره و روان درمانی می‌تواند به شکل فردی و گروهی در رهایی سالمندان از تعارضات

¹. Argyle

². Schwarz & Strack

³. Sheier & Weintraub & Carver

و فشارهای روانی سودمند باشند (نوابی نژاد، 1386). علاقه مندی به روان درمانی سالمندان به دهه 1920 بر می‌گردد. گرچه تلاش در این راستا کم بوده و آنهایی که با سالمندان کار نکرده‌اند ممکن است تصور کنند سالمندان از روان درمانی سودی نمی‌برند، با این حال می‌توان گفت که روان درمانی سالمندان حدود 8 دهه مورد استفاده و بحث و مطالعه قرار گرفته است و به طور کلی نتایج مطالعات از مثبت بودن آن حکایت دارند (زاریت و نایت¹، 2004).

یکی از مداخلات درمانی که می‌تواند بر روی سالمندان موثر باشد طرحواره درمانی است که توسط یانگ² (1991 و 1999) به وجود آمده است. طرحواره درمانی³، بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. در چارچوب واژه‌های طرحواره درمانی، این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند. عدم ارضا و ناکامی در برآورده شدن نیازهای بنیادی (نیاز به امنیت و پذیرش، هویت، خودانگیختگی و تفریح و خویشتن داری) در دوران کودکی فرد، موجب شکل‌گیری طرحواره‌های مختل می‌شوند (اسکات، یانگ⁴، 2006). بر اساس نظر یانگ، وینبرگر و بک⁵ (2001) آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت ماندن طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه ناشی می‌شوند (نقل از احمدیان گرچی، فتی، اصغرنژاد و ملکوتی، 1387).

یانگ 18 طرحواره ناسازگار اولیه و ساز و کارهای مقابله‌ای ناسازگار را که به گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردند، معرفی کرده است. در این مدل درمانی از راهبردهای شناختی، تجربی، بین فردی و رفتاری برای تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه استفاده می‌شود (اسکات، یانگ، 2006). طرحواره درمانی بسته به مشکل بیمار می‌تواند به صورت کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت بکار گرفته شود. این روش درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های

¹. Zarith & Knight

². Young

³. Schema therapy

⁴. Scott & Young

⁵. Weinberger & Beck

برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، افق‌های نوینی را فرا روی مرزهای رفتاردرمانی شناختی گشوده است (یانگ، 1991).

با توجه به مباحث فوق هدف از پژوهش حاضر این است که با ایجاد رابطه درمانی مناسب در جلسات طرحواره درمانی گروهی و استفاده از روشها و تکنیکهای توصیه شده در این نظریه، به این سؤال پاسخ داده شود که آیا مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی، بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز تأثیر دارد؟ بر این اساس فرضیه زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت: مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز تأثیر دارد.

ابزار و روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه افراد سالمند 65 سال به بالای ساکن در سرای سالمندان شهر تبریز در سال 1392 بود که اختلالات روانشناختی (فراموشی، دمانس و آلزایمر) نداشتند.

با توجه به اینکه تعداد اعضا در مشاوره گروهی، محدود است (معمولاً تعداد اعضا در مشاوره گروهی باید شش الی دوازده نفر باشد) و نباید از دوازده نفر بیشتر باشد زیرا باید اعتماد، امنیت، تفاهم و پذیرش بین اعضا به وجود آید (شفیع آبادی، 1386). به این ترتیب از میان مراکز نگهداری سالمندان شهر تبریز (معلول‌خوبان، آنا و مهر)، سالمندان 65 سال به بالای فاقد اختلالات روانشناختی (فراموشی، دمانس و آلزایمر) که حاضر به همکاری بوده، از لحاظ جسمانی توانایی شرکت در پژوهش را دارا بودند و به پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) پاسخ داده، در آن نمره پایتتر از متوسطی را به دست آورده بودند تعداد 20 نفر (10 نفر زن و 10 نفر مرد) به عنوان حجم نمونه انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ده نفری (5 نفر مرد و 5 نفر زن) گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش در جلسات مشاوره گروهی به روش واقعیت‌درمانی و پس از آن در جلسات مشاوره گروهی به روش طرحواره درمانی شرکت کردند.

به منظور سنجش میزان شادکامی سالمندان از پرسشنامه شادکامی آکسفورد OHI¹ استفاده شد. این پرسشنامه در سال 1989 توسط آرگیل و لو تهیه شده است در ساخت این پرسشنامه آرگیل پس از رایزنی با آرون بک، بر آن شد تا جمله های فهرست افسردگی بک را معکوس و به این ترتیب 21 گزاره تهیه کند. سپس 11 گزاره دیگر به آن بیفزاید تا سایر جنبه های شادکامی را نیز در برگیرد. سرانجام فرم نهایی فهرست به 29 گزاره تقلیل یافت و هم اکنون از آن به طور وسیعی در انگلستان استفاده می شود (به نقل از کار²، 2004). این آزمون دارای 29 گزاره چهار گزینه ای است که به ترتیب از 0 تا 3، نمره گذاری می شود و جمع نمره های گزاره های آن، نمره کل مقیاس را تشکیل می دهد که دامنه آن از 0 تا 87 است. بر اساس راهنمای پرسشنامه از آزمونیها خواسته شد تا هر یک از گزاره های آزمون را با دقت بخوانند و جمله ای را که بهتر از همه بیانگر احساس آنها در روزهای اخیر است انتخاب کنند (علی پور و آگاه هریس، 1386).

روایی آزمون یعنی اینکه آزمون ساخته شده، آن چیزی را بسنجد که برای اندازه گیری آن ساخته شده است. پرسشنامه OHI از اعتبار و روایی بالایی در داخل و خارج ایران برخوردار است. آرگیل و همکاران (1989)، ضریب آلفای 0/90 و فرانسویس (1998) آلفای کرانباخ 0/92 را برای آن به دست آورده اند (به نقل از علی پور و نوربالا، 1378). همچنین کشاورز (1384)، به نقل از شریفی و پناه علی، (1390) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرانباخ 0/82 به دست آورده است. در پژوهش دیگری که توسط علی پور و نور بالا (1378) در نمونه ای متشکل از 101 نفر از دانشجویان دانشگاههای تهران صورت گرفته ضریب همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب برابر با 0/94 و 0/9 به دست آمده است. و در تحقیق دیگری علی پور و آگاه هریس (1386) ضریب آلفای کرانباخ برای فهرست OHI را برابر با 0/91 به دست آورده اند و روایی محتوای پرسشنامه را نیز توسط 10 متخصص (روان شناس و روانپزشک) مورد بررسی قرار داده اند که مورد تأیید آنها قرار گرفته است. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده در پژوهش گودرزی و حمایت طلب (1386) و علی پور و

¹. Oxford Happiness Inventory (OHI)

². Car

آگاه هریس (1386) 5 عامل برای این پرسشنامه استخراج شده است که عبارتند از (رضایت از زندگی، کارآمدی، سلامت روانی، خلق مثبت و عزت نفس).

برنامه ی درمانی: روش کار در این پژوهش به این صورت بود که بعد از انتخاب 20 نفر از سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز و قرار دادن آنها به صورت تصافی در دو گروه ده نفره آزمایش و کنترل، بر اساس فرضیه و طرح درمانی تهیه شده، گروه آزمایش هر هفته در یک جلسه دو ساعته مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی شرکت کردند. اجرای این تحقیق به طور مستمر به مدت ده هفته متوالی با حضور مداوم تمام شرکت کنندگان و بدون افت آزمودنی ادامه یافت. پیش از اولین جلسه طرحواره درمانی گروهی، برای هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش آزمون اجرا شد و سپس در پایان جلسات نیز برای هر دو گروه پس آزمون اجرا شد خلاصه ای از طرح درمان ارائه شده در جلسات مشاوره گروهی در زیر آمده است:

اعضا و ابلاغ قوانین و اهداف گروه

جلسه دوم: آشنایی با مفهوم طرحواره و انواع طرحواره ها و طرحواره های ناسازگار اولیه، شناسایی نیازهای پنج گانه و تأثیر آنها بر زندگی انسان.

جلسه سوم: شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه در اعضای گروه و توضیح در مورد سبکهای مقابله ای ناکارآمد سالمندان و برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره های ناسازگار اولیه.

جلسه چهارم: تعریف شادمانی و اهمیت و فواید شادی به عنوان یک نیاز جسمی و روانی-اجتماعی، بررسی عوامل مؤثر بر شادمانی سالمندان، افزایش شادی با استفاده از تغییر طرحواره های ناکارآمد.

جلسه پنجم: ارائه منطق تکنیکهای شناختی و سپس اجرای تکنیکهای شناختی از جمله: اجرای آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، استفاده از سبک درمانی رویاروسازی همدلانه و ارائه تکلیف برای هفته آینده.

جلسه ششم: اجرای تکنیکهای شناختی برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش و تدوین و ساخت کارتهای آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره، استفاده از بازی «مدافع شیطان»، ارائه تکلیف و بازخورد.

جلسه هفتم: ارائه منطق و هدف تکنیکهای تجربی و سپس اجرای تکنیکهای تجربی انجام گفتگوی خیالی، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب زا و ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال و نوشتن نامه.

جلسه هشتم: ارائه منطق و هدف تکنیکهای رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهایی که باید تغییر کند، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار.

جلسه نهم: اجرای تکنیکهای رفتاری افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم زندگی، ارائه تکلیف.

جلسه دهم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، آموزش جایگزینی طرحواره های مثبت، تلخیص و جمع بندی مهارتها، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات درمانی.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد و نهایتاً آزمون فرضیه تحقیق، از روشهای مختلف آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آماری کوواریانس) استفاده شده است.

برای اجرای آزمون آماری کوواریانس، بایستی پیش فرض های آزمون مدنظر قرار بگیرند. پیش فرض های آن عبارتند از نرمال بودن توزیع نمرات، یکسانی واریانسها و یکسان بودن شیب خط رگرسیونی. لذا قبل از انجام تحلیل کوواریانس، موارد فوق مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جداول زیر بیان شده است.

بررسی فرضیه پژوهش: مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز تاثیر دارد.

جدول شماره (1) میانگین و انحراف معیار و دامنه تغییرات نمره های شادکامی آزمودنیها در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	شاخص		
			تعداد	آزمون	گروه
19	5/14	28/60	10	پیش آزمون	گروه آزمایش
33	9/13	44/10	10	پس آزمون	
22	6/51	26/80	10	پیش آزمون	گروه کنترل
26	7/97	29/70	10	پس آزمون	

براساس اطلاعات مندرج در جدول شماره (1) ملاحظه می شود که میانگین و انحراف معیار نمره های شادکامی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، به ترتیب 28/60 و 5/14 گزارش شده است که این مقادیر در مرحله پس آزمون به میانگین 44/10 با انحراف معیار 9/13 افزایش یافته است. اما میانگین و انحراف معیار نمره های شادکامی گروه کنترل، در مرحله پیش آزمون به ترتیب 26/80 و 6/51 بدست آمده است که این مقادیر در مرحله پس آزمون به میانگین 29/70 با انحراف استاندارد 7/97 رسیده است.

جدول شماره (2) نتایج محاسبه آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل به عنوان پیش فرض تحلیل کوواریانس

آزمون	گروه ها	تعداد	کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش آزمون	طرحواره درمانی گروهی	10	0/535	0/938
	گروه کنترل	10	0/422	0/994
پس آزمون	طرحواره درمانی گروهی	10	0/646	0/798
	گروه کنترل	10	0/521	0/949

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات شادکامی از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول (2) قابل مشاهده می باشد بر اساس این نتایج می توان گفت که مقدار آماره به دست آمده در مراحل پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل از خطای 0/05 بزرگتر می باشد پس می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات شادکامی نرمال می باشد.

الف) بررسی مفروضه یکسان بودن شیب خط رگرسیونی

جدول شماره (3):

نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	258/983	1	258/983	3/500	0/080
پیش آزمون	9/954	1	9/954	0/135	0/719
گروه * پیش آزمون	106/699	1	106/699	1/442	0/247
خطا	1183/870	16	73/992		

نتایج مندرج در جدول (3) نشان می دهد که تعامل بین شرایط آزمایش و متغیرهای پژوهش معنادار نیست و مقدار F بدست آمده ($F=1/442$) در سطح معناداری ($p=0/247$) می باشد که از خطای 0/05 بزرگتر است. در نتیجه فرضیه همگنی شیب خط رگرسیونی پذیرفته می باشد.

ب) مفروضه همسانی واریانس ها

جدول شماره (4):

نتیجه آزمون لون جهت بررسی همسانی واریانسها به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس

لون F نسبت	df 1	df 2	سطح معناداری
0/112	1	18	0/742

نتایج جدول (4) نشان می دهد که F لون بدست آمده برای برابری واریانس های دو گروه ($F=0/112$) در سطح معناداری ($p=0/742$) از خطای 0/05 بزرگتر است لذا مفروضه برابر بودن واریانسها برقرار می باشد.

با توجه به نتایج آزمون های کالموگروف- اسمیرنوف، لون و تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی، پیش فرضهای لازم برای انجام آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است و می توان از این آزمون برای تحلیل فرضیه پژوهش استفاده کرد.

جدول شماره (5) نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای بررسی اثر مداخله طرحواره درمانی گروهی بر افزایش شادکامی پس از تعدیل پیش آزمون

ضریب اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص آماری / منابع واریانس
0/025	0/522	0/427	32/431	1	32/431	پیش آزمون
0/425	0/002	12/559	953/453	1	953/453	اثر اصلی گروه ها
			75/916	17	1290/569	خطا

جدول (5) نشان می دهد که با توجه به نتایج به دست آمده ($p = 0/002 < 0/01$)، گروهها حذف شود تفاوت بین گروه ها در سطح اطمینان 99 درصد معنادار می باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد می شود و فرض خلاف مورد پذیرش قرار می گیرد. پذیرش فرض خلاف به این معناست که جلسات مشاوره گروهی با رویکرد طرح واره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز تاثیر دارد. همچنین ضریب اتا به دست آمده 0/425 گزارش شده است که نشان می دهد 42/5 درصد از واریانس شادکامی به وسیله متغیر مستقل یعنی طرحواره درمانی گروهی تبیین می شود. با توجه به معنادار شدن F، میانگین تعدیل شده نیز برای هر دو گروه طرحواره درمانی و کنترل محاسبه گردید که نتایج آن در جدول (6) ارائه گردیده است.

جدول شماره (6) میانگین و خطای استاندارد تعدیل شده شادکامی در گروهها

خطای استاندارد	میانگین	شاخص / گروه
2/773	43/894	طرحواره درمانی گروهی
2/773	29/906	گروه کنترل

نتایج مندرج در جدول شماره (6) نشان می دهد که میانگین تعدیل شده مربوط به طرحواره درمانی گروهی 43/894 است که این رقم از میانگین تعدیل شده گروه کنترل 29/906 بیشتر است و نشان دهنده اثربخشی مداخله درمانی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاکی از آن است که مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی توانسته است بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز تاثیر معناداری داشته، باعث افزایش شادکامی سالمندان شود. قبل از بررسی مقایسه تطبیقی یافته های این پژوهش با یافته های دیگر باید یادآوری کنم که علی رغم تلاش پژوهشگر، تحقیقی که در آن اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر افزایش شادکامی سالمندان موجود باشد، یافت نشد به همین خاطر در بررسی تطبیقی یافته های این پژوهش، از یافته های تحقیقات دیگر که حداکثر تشابه را با پژوهش حاضر داشتند، استفاده شده است.

از زاویه مقایسه تطبیقی بین یافته های این پژوهش با یافته های پژوهشهای داخلی و خارجی، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج تحقیقات داخلی مانند: حمیدپور (1387)؛ هنرپروران و همکاران (1388)؛ زره پوش و همکاران (1391) و منتظری و همکاران (1392) است. مبنی بر اینکه طرحواره درمانی در کاهش افسردگی اقشار مختلف جامعه موثر می باشد و همسو با نتایج پژوهشهای خارجی مانند: نادورت، آرنتز، اسمیت، گیسن بلو، ایکلنبوم، اسپینهوون و اشلت¹ (2009) است، مبنی بر اینکه رویکرد طرحواره درمانی در بالابردن بهداشت روانی بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. و منطبق با نتایج تحقیق احمدیان، اسماعیلی فر، حاتمی، حسن عبدی و کوکاربوا² (2013) است، مبنی بر اینکه طرحواره درمانی و التقاط آموزش مبتنی بر روایات استعاری در درمان اختلال افسرده خویی تاثیر دارد و باعث بهبود نشانه های مرضی افراد مبتلا به اختلال افسرده خویی می شود.

علی رغم تلاش، تحقیقاتی که نشان دهنده عدم اثربخشی طرحواره درمانی باشد یافت نشد، اما تحقیقات داخلی و خارجی در زمینه طرحواره درمانی در گستره وسیعی از حوزه های روان شناختی مختلف، مانند: کاهش آسیبهای شناختی (بال، میتچل، میلهی، اسکیلکورم و اسمیت³، 2003)، انواع اختلالات شخصیت (نوردال و نایسر⁴، 2005؛ مانسی⁵، 2007؛ ریس و مباشر و لایب⁶، 2011؛ صلواتی، 1386؛ افشاری و همکاران،

¹. Nadort, Arntz, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Spinhoven & Asselt

². Ahmadian, Smaeli Far, Hatami, Hasan Abdi & Cocariva

³. Ball, Mitchell, Malhi, Skillecorem & Smith

⁴. Nordhal & Nysaeter

⁵. Muncey

⁶. Reiss & Mobascher & Lieb

(1390)، باورهای ارتباطی زوجین (ذوالفقاری، 1387)، تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه (کاملی و همکاران، 1390) مؤثر می باشد که نتایج این پژوهشها در مورد اثر بخشی طرحواره درمانی با یافته های تحقیق حاضر همخوانی دارند.

برای تبیین تأیید فرضیه تحقیق مبتنی بر مؤثر بودن مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز می توان چنین استدلال کرد که طبق دیدگاه طرحواره درمانی، افراد افسرده داده های مثبت خود را از نظام پردازش داده های خویش حذف می کنند و داده های منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می آورند (کلارک، 1999، به نقل از هنرپروران و همکاران، 1388). یعنی طرحواره ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می شوند و این سوگیری ها به صورت سوء تفاهم، نگرش های تحریف شده، فرض های نادرست و هدف ها و انتظارات غیر واقع بینانه ظاهر می شوند. همچنین تمایل بشر به «هماهنگی شناختی» باعث می شود که موقعیت ها را به گونه ای سوء تعبیر کند که طرحواره ها تقویت شوند، به طرزى که بر داده های همخوان با طرحواره تاکید می کند و داده هایی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می گیرد و یا کم ارزش می شمارد (یانگ و همکاران، 2003؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، 1386).

رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه ای در سالمندان و که اثر کردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است و همچنین تمرکز بر روی سبکهای مقابله ای ناکارآمد بیماران که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده اند، توانسته است بر روی تغییر طرحواره های ناسازگار سالمندان ساکن در سرای سالمندان تاثیر گذاشته و منجر به افزایش شادکامی آنها شود.

منابع:

- احمدیان گرجی، معصومه؛ فتی، لادن؛ اصغر نژاد فرید؛ علی اصغر و ملکوتی، سید کاظم (1387)، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی. تازه های علوم شناختی، 10، 4، 59-49.
- آرگیل، مایکل (2001)، روانشناسی شادی. ترجمه: گوهری انارکی، مسعود؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ پالانگ، حسن و بهرامی، فاطمه (1382). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- افشاری، رامین؛ زارع، ایرج؛ معین، لادن؛ نظیری، قاسم و نقوی، محمدرضا (1390)، تبیین میزان اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی گروهی بر اختلالات شخصیت دسته B مردان وابسته به مواد. فصلنامه روشها و مدل‌های روان شناختی، سال اول، شماره چهارم: صص 119-135.
- برک، لورا (2007)، روانشناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی (جلد دوم). ترجمه سید محمدی، یحیی. تهران: نشر ارسباران، چاپ بیست و دوم.
- پورافکاری، نصرت الله (1376)، نشانه شناسی بیماری‌های روانی. انتشارات ذوقی تبریز.
- حمیدپور، حسن (1387)، بررسی مقدماتی کارایی و اثربخشی طرحواره درمانی شکست‌های عشقی دانشجویان. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
- ذوالفقاری، مریم (1387)، تاثیر طرحواره درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی اصفهان.
- زره پوش، اصغر؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عسگری، حمید؛ عابدی، محمدرضا و صادقی هسنیجه، امیرحسین (1391)، اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره 10، شماره 4. صص 285-291.
- سهرابی، محمدباقر؛ ذوالفقاری، پونه؛ مهدی زاده، فرزانه؛ آقایان، سیدمحمد؛ قاسمیان آق مشهدی، مجتبی؛ شریعتی، زهرا و خسروی، احمد (1386)، بررسی مقایسه ای وضعیت شناختی و افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی. مجله دانش و تندرستی، تابستان دوره 3، شماره 2.
- شریفی درآمدی، پرویز و پناه علی، امیر (1390)، مقایسه میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان. مجله سالمندی ایران، سال ششم، شماره 21، صص 49-55.

- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (1383)، نظریه های مشاوره و روان درمانی. چاپ دهم، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- صلواتی، مژگان (1386)، طرحواره های غالب و اثربخشی طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری روانشناسی بالینی، انیستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان (1386)، اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانیها، فصلنامه روانشناسان ایرانی - سال سوم، شماره 12، تابستان 86، 287-298.
- علی پور، احمد. و نوربالا، احمد. علی (1378)، بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. مجله اندیشه و رفتار، 18، 55-65.
- کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم آبادی؛ بهرامعلی و آقا محمدیان شهرباف، حمید (1390)، اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، 1 (1)، 83-98.
- گودرزی، محمود و حمایت طلب، رسول (1386)، مقایسه عوامل مربوط به شادکامی بین ورزشکاران رشته های انفرادی و تیمی دانشگاه تهران. مجله پژوهش در علوم ورزشی، شماره 15: 66-57.
- معین، زهرا (1379)، بهداشت سالمندان، ویژه نامه روان شناسی. انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، شماره 19.
- میشارا، بریال ال - رایدل، روبرت جی (بی تا)، روان شناسی پیری. مترجمان: گنجی، حمزه؛ داودیان، الما و حبیبی، فرنگیس (1375)، انتشارات اطلاعات، چاپ چهارم.
- منتظری، محمد صادق؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عابدی، محمدرضا و عابدی، احمد (1392)، اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی - جبری: پژوهش مورد منفرد، مجله روان شناسی بالینی، سال پنجم، شماره 1، صص 35-45.
- نوابی نژاد، شکوه (1386)، نظریه های مشاوره و روان درمانی گروهی. چاپ اول، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- هنرپروران، نازنین؛ نظیری، قاسم و محمدنژاد، مهرانگیز (1388)، اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی به شیوه ی گروهی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده سال 1388. فصلنامه ی زن و جامعه، سال اول، شماره اول. صص 129-143.

- یانگ، جفری؛ کلاسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (2003)، طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حمید پور، حسن و اندوز، زهرا (1386). تهران: انتشارات ارجمند.

- Ahmadian, A. R., Smaeeli Far, N., Hatami, M., Hasan Abdi H. A., & Cocariva, N. (2013), Effectiveness of Schema Therapy based on Integrative Metaphorical-Allegorical Narrative Training in the Treatment of Dysthymic Disorder. *International Journal of psychology and Behavioral Research*. Vol., 2 (1), 1-9. ISSN 2322-4002. Victor Quest Publications.
- Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorem, A., & Smith, M. (2003), Schema focused therapy for borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & new Zealand journal of psychiatry* 37 (1), 41.
- Car A. (2004), *Positive psychology, the science of happiness and human strengths*. New York: Brun-ner-Routledge Ltd.
- Diener, E. (2002), Frequently Asked question (FAQ'S) about subjective well-being (Happiness and life satisfaction). A printer for report and new comers. <http://www.s.psych.uivc.edu/-ediener/fag.html>.
- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., & Lupp M. (2011), Age-and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *International psychogeriatrics*; 23(8):1294-1300.
- Havm-Nies A., de Groot LC. (2003), Dietary quality, lifestyle factors and healthy aging, 32 (4): 427-34.
- Kianpoor Ghahfarokhy. F., & Zandian K.H. (2010), Evaluation of health position in retired Ahvazian residents. *Medical Journal*.9 (5): 427-434.
- Muncey, C. (2007), Schema focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on psychology*. 38 (3).
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, T., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P & Asselt, T. (2009), Schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the

- therapist outside office hours, Behaviour research and therapy. Vol. XXX, pp. 1-13.
- Nordhal, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005), Schema therapy for patients with border line personality disorder: a single case series, Journal of Behavior therapy and Experimental psychiatry, vol.36, pp. 254-264.
 - Reiss N., & Mobascher A., & Lieb K. (2011), Schema therapy in groups for patients with borderline personality disorder Festschrift for psychiatry. Psychology and psychotherapy. 59 (3) pp 187-194.
 - Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, S. S. (1986), Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1257-1264.
 - Schwarz, N., & Strack, F. (1991), evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle, and N. Schwarz (Eds.). Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective. Oxford: Pergamon Press.
 - Scott, H. k., & Young, E.J., (2006), Schema therapy for borderline personality disorder, Journal of clinical psychology, Vol.62(4), pp.445-458.
 - Young, J. E. (1991), early maladaptive schemas. Unpublished Manuscrip.
 - Young, J. E. (1999), Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd Ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
 - Young, J. E., Weinberger, A.D., & Beck, A.T. (2001), Cognitive therapy for depression. In D.H.Barlow(Ed), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. New york: Guilford press, (pp. 264-308).
 - Young H. M., Cochrane B. B. (2005), Health aging for older women. Nurs clin North Am,39 (1): 131-43.
 - Zarith, S.H., & Knight, B.G. (2004), A guide to psychotherapy and aging. Washington: American Psychological Association.