

The effectiveness of Quality of Life Therapy in Self-Compassion and Future Time Perspective in menopausal women

Forough Jafari*

Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Islamshahr Branch,
Islamic Azad University, Islamshahr, Iran

Abstract

The goal of this research was determining the effectiveness of Quality of Life Therapy in Self-Compassion and Future Time Perspective in menopausal women. The sample was comprised of 30 menopausal women (50-55 years) who live in Tehran which were selected by purposeful sampling method from the cultural house of Marefat of Tehran and were assigned randomly into two experimental and control groups. The method of this research was semi-experimental with pretest and post-test and control group. The two questionnaires of Self- Compassion (Neff) and Future Time Perspective (Brothers, Chui & Diehl) were completed before, and after the intervention and during fallow up after three months by both groups. Quality of Life Therapy was conducted in eight sessions (each session 120 minutes) for experimental group. In order to analyze the data, Covariance analysis was used. The results show that Quality of Life Therapy has significantly increased the self-compassion and future time perspective both in post test and after 3 months follow up. According to the results, quality of life therapy can be improve self-compassion and Future time perspective in menopausal women.

Keywords: quality of life therapy, self-compassion, future time perspective, menopausal women

* forugh_jafary@yahoo.com

اثربخشی درمان کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده در زنان یائسه

فروغ جعفری

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اسلام‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام‌شهر، ایران

forugh_jafary@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده در زنان یائسه بود. گروه نمونه ۳۰ نفر از زنان یائسه ۵۰-۵۵ ساله شهر تهران بودند که به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند از فرهنگ‌سرای معرفت، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل و دوره پیگیری گماشته شدند. روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. پرسش‌نامه‌های مهرورزی به خود «نف» و چشم‌انداز زمانی به آینده برادرز، چپو، دیل قبل و بعد و به فاصله ۳ ماه پس از مداخله در هر دو گروه اندازه‌گیری شد. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برای افراد گروه آزمایش اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آزمون از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده هم پس از روان‌درمان کیفیت زندگی و هم پس از مدت ۳ ماه از پایان روان‌درمانی در زنان یائسه مؤثر است. براساس نتایج، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند موجب افزایش معنادار مهرورزی به خود و چشم‌انداز به آینده در زنان یائسه شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی درمانی، مهرورزی به خود، چشم‌انداز زمانی به آینده، زنان یائسه

مقدمه

بررسی‌ها و شاخص‌های آماری نشان‌دهنده رشد شتابان جمعیت سالمند در کشور ایران است؛ به طوری که پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد (فروغ‌مند اعرابی و کریمی فرد، ۱۳۹۴). بنا به دیدگاه وایلانته^۱ پژوهشگران به جای افزودن طول عمر باید به دنبال بهبود کیفیت زندگی افراد باشند (وایلانته، ۲۰۰۴ به نقل از هفرن و بونیول ۲۰۱۱/۱۳۹۴، ترجمه تیبیک و زندی).

یائسگی^۲ شروع سالمندی به دوره گسترده‌ای از تغییرات هورمونی در زنان اشاره می‌کند که نشانه پایان مرحله باروری در زندگی است (میشرا و کوه، ۲۰۰۵) و با تغییر در هورمون‌ها، خلق و خو، سلامتی و وضعیت جسمی بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد. (چیو، مور، سو، هوانگ و چوانگ، ۲۰۰۸). در دوران یائسگی بسیاری از رفتارها و فعالیت‌هایی که یک زن به دلیل وجود فرزندان کوچک و مسئولیت زندگی تا به حال از انجام آن محروم بود، ممکن می‌شود؛ اما از سوی دیگر، بخشی از ارزش‌های یک زن در ایران شامل جذابیت فیزیکی، توانایی باروری و نیز آرامش در برخورد با فرزندان جوان به دلیل نوسانات خلق ممکن است، دچار خدشه شود (جعفری، فرحبخش، شفیع‌آبادی و دلاور، ۱۳۸۹). پژوهش جعفری، هادیزاده، ذیحی و گنجی (۲۰۱۴) نشان می‌دهد زنان یائسه شهر تهران اضطراب و افسردگی بالاتر و کیفیت زندگی، سرزندگی و سلامت روان پایین‌تری را نسبت به زنان غیر یائسه نشان می‌دهند. همچنین گلیان تهرانی، میرمحمدعلی، محمودی و خالدیان (۱۳۸۱) در پژوهشی نشان می‌دهد ۴۰ درصد از زنان یائسه تهرانی تحریک‌پذیری، ۳۰ درصد کاهش

شدید میل جنسی و ۵۰ درصد اختلافات خانوادگی متوسط تا شدید را گزارش می‌کنند.

درواقع یائسگی برای یک زن زمانی است که او باورهایش را نسبت به خودش و دنیای اطرافش مرور می‌کند (کینگ، هانت و هریس، ۲۰۰۵) و به دستاوردهای خود از زندگی می‌اندیشد.

از آنجایی که در جامعه کنونی خودارزشمندی به برتری بر سایرین تعبیر می‌شود (نف، ۲۰۱۱)، مفهوم مهرورزی به خود^۳ می‌تواند از همه ناکامی‌هایی متأثر باشد که زنان در دوره یائسگی از مقایسه خودشان با دیگران تجربه می‌کنند. نف (۲۰۰۳ a، ۲۰۰۳ b) مهرورزی به خود را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی به خود^۴ در مقابل قضاوت کردن خود^۵، اشتراکات انسانی^۶ در مقابل انزوا^۷ و ذهن آگاهی^۸ در مقابل بیش همانندسازی^۹ تعریف کرده است.

نف (۲۰۰۳/۱۳۹۲)؛ ترجمه قراچه داغی) مهرورزی را در ارتباط بودن و پذیرفتن درد و رنج‌های خود در زندگی، نه انکار یا کوچک شمردن آنها قلمداد می‌کند و مهربانی با خود و دیگران را از نتیجه این آگاهی و پذیرش می‌داند. نف، کیرکپاتریک و رود (۲۰۰۷) باور دارند مهرورزی با کنترل انتقاد به خود و عاطفه منفی، فرد را در برابر اضطراب و افسردگی محافظت می‌کند. گیلبرت (گیلبرت ۲۰۱۰/۱۳۹۵)؛ ترجمه اثباتی و فیضی) نیز اعتقاد دارد، شواهد زیادی نشان‌دهنده این است که مهربان بودن با خویش بر سلامت و بهزیستی ذهنی و روابط اجتماعی تأثیر می‌گذارد و همدردی و دلسوزی با خویش در مقایسه با خودمحوری به نتایج و بازده بهتری می‌انجامد.

³ self-compassion

⁴ self-kindness

⁵ self-judgment

⁶ common humanity

⁷ isolation

⁸ mindfulness

⁹ over-identification

¹ vaillant

² menopause

و پارکر، ۲۰۱۲). سدیکیدز و اسکروونسکی^۵ (۱۹۹۷) چشم‌انداز زمانی به آینده را ظرفیت خود‌آگاهی فرد می‌دانند که ما را قادر می‌کند تا بتوانیم در گستره‌ی زمان فکر کنیم، آینده را پیش‌بینی کنیم و درباره‌ی زمان باقی‌مانده‌ی عمرمان فکر کنیم. همچنان که افراد مسن‌تر می‌شوند، سبب می‌شود به این موضوع توجه کنند که زمان محدودتر می‌شود و به پایان زندگی نزدیک‌تر می‌شوند (سدیکیدز و اسکروونسکی، به نقل از ویس، ۲۰۱۴). همچنین برودرز، گابریل، داهل و دهیل (۲۰۱۶) باور دارند که هم‌زمان با افزایش سن، چشم‌انداز زمانی گسترده‌تر با دستاوردهای زندگی در آینده و چشم‌انداز زمانی محدودتر با توجه به فقدان‌های زندگی در آینده همراه است.

افراد با طرح‌واره‌ی منفی نسبت به آینده، افکار بدبینانه درباره‌ی فرصت‌ها و چشم‌اندازهای آینده، به تدریج آینده را به صورت غم‌افزا، ناامیدکننده، بسیار سخت، بی‌فایده و ناکام‌کننده درک می‌کنند (کیمیایی و گرجیان، ۱۳۹۰). بنابراین چشم‌انداز زمانی منفی نسبت به آینده به دلیل تجربه‌ی یائسگی پایان دوره‌ی مهم باروری در زندگی زنان می‌تواند بر ابتلای زنان یائسه به افسردگی مؤثر باشد. در این راستا با توجه و استفاده از فرصت‌ها، پذیرفتن محدودیت‌ها و کاهش ابهام‌هایی که در آینده با آنها روبه‌رو خواهند شد، می‌توانند زندگی رضایت‌بخش‌تری را تجربه کنند.

یکی از روش‌های شناخته‌شده در روانشناسی مثبت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۶ است که هدف آن ایجاد بهزیستی ذهنی و ارتقای رضایت از زندگی است. این درمان که از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه‌ی بالینی، فریش در سال ۲۰۰۶ نظریه‌ی فعالیت سکزیت میهالی^۷ را با روانشناسی مثبت

از چشم‌اندازی دیگر مهرورزی ارزشی است که ذاتاً از الگوی انعطاف‌پذیری روانشناختی پدید می‌آید (هیز، لوما، باندا، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶) و انعطاف‌پذیری روانشناختی با افسردگی، اضطراب و آسیب‌های روانشناختی ارتباط منفی و با کیفیت زندگی ارتباط مثبت دارد (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰؛ به نقل از تیرچ، ساندرروف و سیلبراستین، ۲۰۱۴/۱۳۹۵؛ ترجمه دانشمندی، ایزدی و عابدی). بنابراین زنان یائسه برای اینکه بتوانند مهرورزی را در زندگی تجربه کنند، لازم است در برخورد و واکنش نسبت به رویدادهای زندگی پذیرا و انعطاف‌پذیر باشند.

با توجه به سپری‌شدن بخش عمده‌ای از زندگی تا زمان یائسگی، از جمله مهم‌ترین تغییراتی که برای بسیاری از زنان در این دوران اتفاق می‌افتد، تغییر در نگرش نسبت به آینده است که می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی شود (جعفری، فرحبخش، شفیع آبادی و دلاور، ۲۰۱۱). پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که بدبینی و بی‌ارزش دانستن آینده، جهان بیرونی و پدیده‌های آن، موجب رخوت و افسردگی و رفتارهای اجتنابی خواهد شد (سان، چان و چان، ۲۰۱۶).

چشم‌انداز زمانی به آینده^۱ از دیدگاه برادرز، چیو و دیل (۲۰۱۴) درک و انتظار فرد از آینده تعریف می‌شود که دارای سه بخش است: فرصت^۲، محدودیت^۳، ابهام^۴. چشم‌انداز زمانی به آینده با پیوستن به رفتارهای سالم، تصمیم‌گیری و موفقیت‌های کاری در میان‌سالی و کهن‌سالی در ارتباط است. جهت‌گیری شفاف نسبت به آینده موجب می‌شود که افراد را قادر می‌کند که خطر‌پذیری بیشتری را در مسیر رسیدن به اهداف جاه طلبانه‌شان تقبل کنند (استراوس، گریفین

¹ Future Time Perspective

² opportunities

³ limitations

⁴ ambiguities

⁵ Sedikides & Skowronski

⁶ Quality of life therapy

⁷ Csikzentmihalyi

مثبت و تجربه‌هایی که مانع رشد می‌شود را منفی ارزشیابی کند (به نقل از پروچاسکا و نورکراس ۱۳۹۵/۲۰۱۴؛ ترجمه سیدمحمدی). بنابراین تجربه‌های مثبت درمان کیفیت زندگی می‌تواند به رشد همه جانبه انسان منجر شود.

در مرحله اول بررسی امکان تغییر شرایط براساس ارزش‌ها، در مرحله بعد تغییر نگرش‌ها و افکار نسبت به موضوع و سپس پذیرش امکان‌پذیر نبودن تغییر در برخی حیطه‌ها و تلاش برای رضایت کلی از زندگی در کنار آگاهی نسبت به تجارب خود استفاده می‌شود. در نتیجه این مداخلات و در راستای ارتقای رضایت از زندگی، مهرورزی فرد به خود و اطرافیان افزایش می‌یابد و با تغییر طرح‌واره‌های شناختی معیوب زنان یائسه کمک می‌شود تا چشم‌انداز مثبت‌تری را نسبت به آینده ایجاد کنند.

برادرز و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند سن به‌طور منفی با آینده نامحدود و به‌طور مثبت با آینده محدود ارتباط داشت (یعنی هرچه سن کمتر بود، آینده نامحدود بود و هرچه سن بالاتر می‌رفت، آینده محدودتر می‌شد).

جعفری و افضلی (۲۰۱۳) نشان دادند معنا درمانی گروهی و گروه درمانی مبتنی بر خودکارآمدی، کیفیت زندگی زنان یائسه را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد.

جعفری و همکاران (۲۰۱۱) نتیجه گرفتند که ۳۳ درصد از کیفیت زندگی زنان یائسه را رضایت از نواحی بدن، ارزیابی سلامتی و خودکارآمدی پیش‌بینی می‌کند.

پژوهش‌ها نشان‌دهنده اثربخشی درمان کیفیت زندگی بر کاهش احساس تنهایی و افزایش بهزیستی روانشناختی دختران مجرد ۳۰-۴۰ ساله شهر تهران (مردی‌ها، ۱۳۹۶)، بهزیستی ذهنی و امیدواری والدین

سلیگمن^۱، طراحی کرد، براساس یک الگوی ۵ راهه ارائه می‌شود که به‌طور خلاصه کاسیو^۲ نامیده می‌شود: ۱- ویژگی‌ها یا شرایط عینی یک حوزه؛ ۲- نگرش‌ها^۳ یا چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه با شخص؛ ۳- ارزیابی شخصی از احساس رضایت^۴ در یک حوزه بر مبنای کاربرد استانداردهای تحقق‌یافته یا موفقیت‌ها؛ ۴- ارزش‌ها یا اهمیتی^۵ که شخص با شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد؛ ۵- رضایت کلی^۶ در دیگر حوزه‌های زندگی که دغدغه فوری نیستند؛ ولی برای فرد ارزشمند هستند.

تمرکز این درمان بر ۱۶ حوزه اصلی از زندگی شامل بهداشت و سلامت جسمانی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و مادیات، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، همسایه و جامعه است. این رویکرد بر تغییر در مهم‌ترین بخش‌های درونی و بیرونی انسان تاکید دارد و همان‌گونه که جکوبسن (۲۰۰۸) اعتقاد دارد با سهیم شدن افراد در دنیایی که برایشان متولد شده می‌تواند به بالاترین رضایت دست یابد.

دلیل انتخاب درمان مبتنی بر کیفیت زندگی این است که می‌تواند با استفاده از فنون شناختی، رفتاری و هیجانی مداخلات مناسب را در تغییر تمرکز فرد از مقایسه خود با دیگران به تمرکز بر ارتقای کیفیت زندگی خود به کار ببرد. در این راستا راجرز (۱۹۵۹) اعتقاد دارد انسان با فرآیند ارزش‌گذاری ارگانیک متولد می‌شود که او را قادر می‌سازد تا آن دسته از تجربه‌هایی که زندگی را تقویت می‌کند به صورت

¹Seligman

² CASIO

³ Circumstance

⁴ Attitude

⁵ Standards of fulfillment

⁶ Importance

⁷ Overall satisfaction

در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیر کنترل گذشتن دست کم یک سال از آخرین قاعدگی، تأهل، دست کم مدرک تحصیلی دیپلم، مصرف نکردن داروی روانپزشکی بود.

ابزار سنجش: مقیاس مهرورزی به خود^۱: مقیاس مهرورزی به خود (نف، ۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفه دوقطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، ذهن‌آگاهی در مقابل بیش‌هماندسازی، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات روایی همگرا (نف، کریک پاتریک و رود ۲۰۰۷) روایی افتراقی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی، این مقیاس را مناسب نشان داده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه را ۰/۹۲ به دست آورده‌اند (نف، ۲۰۰۳ الف). در مطالعات ایرانی نیز همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (قربانی، واتسون و نوربالا، ۲۰۱۲). در این پژوهش پایایی برحسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه چشم‌انداز زمانی به آینده (FTP)^۱: برادرز، چیو و دیل (۲۰۱۴) این پرسش‌نامه را ساختند و شامل ۱۲ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس: فرصت‌ها، محدودیت‌ها، ابهام‌ها است که براساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است. پژوهشگر هنجاریابی پرسش‌نامه چشم‌انداز مثبت به آینده را انجام داد. در ابتدا پرسش‌نامه از انگلیسی به فارسی و مجدداً از فارسی به انگلیسی ترجمه شد تا نمونه‌های مبهم اصلاح شود و تأییدشده هفت نفر از متخصصان رشته روانشناسی قرار گرفت و سپس بر یک نمونه ۲۴۸ نفری به صورت آزمایشی اجرا شد. برای بررسی پایایی ابزار پژوهش از آلفای کرونباخ استفاده شده است که برای هر یک از

کودکان مبتلا به اوتیسم (ریاحی، وطن‌خواه، کریم‌نژاد، رحیمی، بلادی مقدم، احمدی انگالی، ۱۳۹۳) و بهزیستی ذهنی و سلامت روان افراد (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰) است.

نتایج پژوهش روشنفکر، پاداش، مختاری و ایزدی‌خواه (۱۳۹۲)، نشان‌دهنده اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی و رضایتمندی از زندگی مراجعان شهر اصفهان است.

با توجه به جدیدبودن پژوهش‌های روانشناختی انجام‌شده در ایران در حوزه یائسگی، نتایج آن می‌تواند مورد استفاده روانشناسان قرار بگیرد. هدف اصلی پژوهش تعیین تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده در زنان یائسه است.

فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

- ۱- درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر چشم‌انداز زمانی زنان یائسه مؤثر است.
- ۲- درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود در زنان یائسه مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر پژوهش نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه است. در این پژوهش متغیر مستقل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و متغیرهای وابسته، مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده بودند. جامعه پژوهش شامل ۱۰۴ نفر زن یائسه (۵۰-۵۵ ساله) شرکت‌کننده در کلاس‌ها و دوره‌های فرهنگ‌سرای معرفت شهر تهران بود که متأهل و دارای فرزند بودند. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از زنانی بودند که پایین‌ترین نمره‌ها را در آزمون اولیه مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده کسب کرده بودند و به همین دلیل به صورت هدفمند با جایگزینی تصادفی

¹ Self-Compassion Scale

در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای گروه آزمایش هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی در یکی از کلاس‌های فرهنگ‌سرا هفته‌ای یک‌بار انجام شد. محتوای جلسات براساس پروتکل عابدی و وستانیس (۲۰۱۰) و با اعمال تغییراتی در ساختار و محتوا براساس ویژگی‌های خاص زنان یائسه طراحی شد. خلاصه جلسات در جدول (۱) ارائه شده است.

مؤلفه‌ها به شرح زیر است: فرصت‌ها ۰/۸۰، محدودیت‌ها ۰/۷۷، ابهام‌ها ۰/۸۲، ضمن اینکه بررسی ماتریس همبستگی هر سؤال با مؤلفه مربوطه نشان می‌دهد که رابطه بالاتر از ۰/۷ بین همه سؤالات با مؤلفه‌های پرسش‌نامه وجود دارد.

روش اجرا و تحلیل: پس از اعلان فراخوان و دعوت از زنان یائسه برای شرکت در یک برنامه آموزشی درمانی و انجام مصاحبه اولیه، اعضا انتخاب و

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان کیفیت زندگی براساس پروتکل عابدی و وستانیس (۲۰۱۰)

جلسه	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
۱	آشنایی و معارفه	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قوانین گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، اجرای پیش‌آزمون، معرفی و آشنایی با کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادی، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: کیک شادمانی).
۲	چارچوب درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، ارزیابی و تعیین میزان رضایت یا نارضایتی، همچنین تأثیرات ناشی از یائسگی در هر یک از ابعاد در اعضا، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: تعیین ابعاد نیازمند مداخله).
۳	ریشه‌های کیفیت زندگی	معرفی CASIO پنج ریشه، بحث پیرامون تغییر و شیوه‌های اجرای آن در هر یک از حیطه‌های نیازمند اعضا، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: کاربرد شیوه‌های تغییر در حیطه‌های بحث‌شده).
۴	نگرش با تأکید بر نگرش به یائسگی	بحث درباره نگرش و تأثیر آن بر رضایت با تأکید بر نگرش نسبت به یائسگی و تأثیرات فیزیکی و روانی ناشی از آن، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: ایجاد نگرش رضایت‌بخش با تأکید بر وضعیت موجود و پذیرش خود در حیطه‌های مختلف و شناسایی تغییرات ناشی از تغییر نگرش).
۵	اهداف و ارزش‌های شخصی	بحث درباره CASIO اهداف و ارزش‌های شخصی و شناسایی امکانات و فرصت‌هایی که دستیابی به آنها را امکان‌پذیر می‌کند، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: شناسایی روشن اهداف، مهارت‌ها و روش‌های کاربردی برای دستیابی به اهداف و معیارها).
۶	اولویت‌ها و حیطه‌های ارزشمند	بحث درباره اصول مربوط به اولویت‌ها و ارزیابی میزان رضایت افراد از حیطه‌های ارزشمند زندگی، بررسی امکان تغییر ارزش‌ها براساس شرایط زندگی و به‌طور واقع‌بینانه، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: تعیین نمونه‌های ارزشمند براساس تعریف زندگی رضایت‌بخش و اصلاح ارزش‌های قبلی).
۷	سطح کلی رضایت از زندگی	بحث درباره حیطه‌هایی که امکان بهبود دارد و تاکنون کمتر مد نظر قرار گرفته است و می‌تواند سطح کلی رضایت از زندگی را افزایش دهد، اجرای تمرین ذهن‌آگاهی (تکلیف: استفاده از امکانات موجود و اجرای اقدامات نیازمند برای افزایش رضایت از زندگی در حیطه‌های دیگر).
۸	جمع‌بندی و خلاصه	ارائه خلاصه‌ای از مطالب بیان‌شده در جلسات قبل و تغییرات ایجادشده در فرایند درمان گروهی، جمع‌بندی و آموزش تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی، اجرای پس‌آزمون

یکی از زنان گروه آزمایش به دلیل بیماری همسرش نتوانست گروه را ادامه دهد و از گروه کنترل نیز یکی از زنان به دلیل سفر به خارج از کشور برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها در دسترس نبود.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین آزمون پیگیری بعد از ۳ ماه از هر دو گروه گرفته شد. در انتهای پژوهش برای گروه کنترل یک جلسه آموزشی درباره مهرورزی به خود و چشم‌انداز به آینده برگزار شد.

فرضیه اول درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر چشم‌انداز به آینده زنان یائسه مؤثر است. برای بررسی فرضیه بالا از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف پیش فرض نشان می‌دهد تمامی مقادیر Z به دست آمده درباره توزیع متغیرها در همه مؤلفه‌های چشم‌انداز به آینده به تفکیک آزمون‌ها در سطح $P \leq 0,05$ معنی‌دار نیست. بنابراین توزیع متغیرها با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع متغیرها نرمال است.

پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (برای بررسی اثر عامل روان‌درمانی در آزمون مقادیر شاخص F به دست آمده در آزمون باکس نشان‌دهنده برابری ماتریس واریانس کواریانس بین گروه‌ها و معنادار بودن همگی مقادیر خی دو به دست آمده در آزمون کروویت ماچلی نشان‌دهنده یکسان بودن واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های ماتریس واریانس کواریانس مربوط به مؤلفه‌های چشم‌انداز به آینده در گروه‌های بررسی می‌شود. بنابراین، از ضریب اسفیریتی می‌توان استفاده کرد.

جلسات گروه‌درمانی با پژوهشگر و به صورت آموزشی، مداخله‌ای و تعاملی بدون اطلاع شرکت‌کنندگان از هدف نهایی پژوهش اجرا شد. در ابتدای هر جلسه شرکت‌کنندگان گزارشی از تکالیف اجرا شده ارائه کردند و درمانگر و اعضا بازخورد می‌دادند. از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری قبل و بعد از جلسات به عمل آمد.

در انتها نتایج به دست آمده تجزیه و تحلیل آماری شد و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS (ویراست ۲۳) استفاده شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر پیش از اجرای پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در جلسات گروهی و موافقت در تکمیل پرسش‌نامه‌ها به عمل آمد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات آمار توصیفی کمترین سن زنان یائسه ۵۰ و بیشترین ۵۵ با میانگین ۵۳,۴۵ است و براساس تحصیلات ۴۲ درصد دیپلم، ۳۹ درصد کارشناسی و ۱۹ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر هستند.

جدول ۲. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در تأثیر درمان کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های چشم‌انداز به آینده

مؤلفه‌ها	مشخصه آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
ابهام‌ها	اثر زمان	۱۸۴,۲۵	۲	۹۲,۱۲۵	۳,۶۵	۰,۲۷	-
	اثر گروه	۱۰۲,۶۵	۱	۱۰۲,۶۵	۲,۰۰	۰,۳۹	-
	اثر تعاملی گروه * زمان	۷۵,۰۴	۲	۳۷,۵۲	۱,۳۶	۰,۲۸	-
فرصت‌ها	اثر زمان	۱۴۸۶,۵۹	۲	۷۴۳,۲۹۵	۱۰,۱۱	۰,۰۰۱	۰,۷۱
	اثر گروه	۱۲۹۹,۳۸	۱	۱۲۹۹,۳۸	۹,۷۶	۰,۰۰۱	۰,۶۵
	اثر تعاملی گروه * زمان	۸۳۴۳,۴۷	۲	۴۱۷۱,۷۳	۴,۹۶	۰,۰۰۱	۰,۴۰
محدودیت‌ها	اثر زمان	۱۱۳۷,۴۶	۲	۵۶۸,۷۳	۸,۹۳	۰,۰۰۱	۰,۶۲
	اثر گروه	۱۸۴۸,۱۱	۱	۱۸۴۸,۱۱	۱۱,۰۶	۰,۰۰۱	۰,۶۳
	اثر تعاملی گروه * زمان	۱۱۵۴,۷۰	۲	۵۷۷,۳۵	۳,۲۱	۰,۰۵	۰,۳۲

فرضیه فوق از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف پیش فرضی است که نشان می‌دهد که مقدار Z به دست آمده درباره توزیع متغیرها در این متغیر به تفکیک آزمون‌ها در سطح $P \leq 0,05$ معنی‌دار نیست؛ بنابراین توزیع متغیر نرمال است.

پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (برای بررسی اثر عامل روان‌درمانی در آزمون پیگیری) بررسی شد که معنادار نبودن مقادیر شاخص F به دست آمده در آزمون باکس نشان‌دهنده برابری ماتریس واریانس کواریانس بین گروه‌ها و معنادار بودن همگی مقادیر خی دو به دست آمده در آزمون کروویت ماچلی نشان‌دهنده یکسان نبودن واریانس تفاوت بین ترکیب‌های ماتریس واریانس کواریانس مربوط به مؤلفه‌های مهرورزی به خود و مؤلفه‌های مهربانی به خود و اشتراکات انسانی در گروه‌های بررسی شده است. بنابراین، از تصحیح گیسر و هیون فلت می‌توان استفاده کرد که در پژوهش حاضر از تصحیح هیون فلت استفاده شده است. در سایر مؤلفه‌ها از ضرایب اسفیریتی استفاده شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده درباره تفاوت میانگین‌ها در آزمون‌های مختلف در دو مؤلفه فرصت‌ها و محدودیت‌ها در سطح $P \leq 0,01$ معنی‌دار است. بنابراین، بین نمرات فرصت‌ها و محدودیت‌ها در سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به معنادار شدن اثر آزمون (زمان) بر فرصت‌ها و محدودیت‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است. مقایسه‌های دوبه‌دو درباره تفاوت درون گروهی، نشان می‌دهد که تفاوت نمرات پیش آزمون با پس آزمون و آزمون پیگیری در سطح $P \leq 0,01$ معنادار است. ذکر شدنی است، نمره فرصت‌ها در پس آزمون و آزمون پیگیری افزایش داشته و نمره مؤلفه محدودیت‌ها در پس آزمون و آزمون پیگیری کاهش داشته است. به علاوه، تفاوت نمرات در پس آزمون و آزمون پیگیری معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت اثر عمل آزمایشی در آزمون پیگیری در هر دو گروه حفظ شده است.

فرضیه دوم درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود زنان یائسه مؤثر است. برای بررسی

جدول ۳. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مهرورزی به خود

متغیر	مشخصه آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
مؤلفه‌های مهرورزی به خود	مهرورزی به خود	اثر گروه	۱	۱۹۲۰,۴۶	۱۹۲۰,۴۶	۳۸,۶۵	۰,۰۰۰۱
	اثر تعاملی گروه * زمان	اثر زمان	۱,۴۳	۱۳۲۳,۶۵	۹۲۵,۶۲	۱۲,۲۷	۰,۰۰۰۱
		اثر گروه	۱,۴۳	۱۰۴۶,۸۸	۷۱۲,۲۴	۹,۳۲	۰,۰۰۳
اشتراکات انسانی	مهربانی به خود	اثر گروه	۱	۱۰۱۳,۳۸	۱۰۱۳,۳۸	۸,۶۶	۰,۰۱
	اثر تعاملی گروه * زمان	اثر زمان	۱,۴۷	۸۵۴,۶۷	۵۸۱,۴۰	۶,۳۲	۰,۰۲
		اثر گروه	۱,۴۷	۱۷۲۷,۰۸	۱۱۵۷,۶۹	۱۵,۳۹	۰,۰۱
اثر تعاملی گروه * زمان	اثر گروه	۱	۱۹۲۰,۴۶	۱۹۲۰,۴۶	۳۸,۶۵	۰,۰۰۰۱	
	اثر تعاملی گروه * زمان	۱,۴۷	۱۳۴۵,۸۸	۹۱۵,۵۶	۱۲,۸۶	۰,۰۲	

متغیر	مشخصه آماری	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
مهرورزی به خود	انزوا	اثر زمان	۳۴۰۷,۲۵	۲	۱۷۰۳,۶۲	۹۳,۱۳	۰,۰۰۰۱
		اثر گروه	۲۰۰۶,۷۰	۱	۲۰۰۶,۷۰	۴۰,۳۹	۰,۰۰۰۱
		اثر تعاملی گروه * زمان	۱۸۶۴,۹۷	۲	۹۳۲,۴۸	۱۷,۶۵	۰,۰۰۱
مهرورزی به دیگران	ذهن آگاهی	اثر زمان	۲۱۰۷,۴۴	۲	۱۰۵۳,۷۲	۷۴,۵۳	۰,۰۰۰۱
		اثر گروه	۹۶۰,۹۶	۱	۹۶۰,۹۶	۳۶,۸۸	۰,۰۰۰۱
		اثر تعاملی گروه * زمان	۸۴۳,۱۲	۲	۴۲۱,۵۶	۱۲,۱۹	۰,۰۲
مهرورزی به همسر	قضاوت	اثر زمان	۲۱۴,۱۴	۲	۱۰۷,۰۷	۱,۲۷	۰,۳۸
		اثر گروه	۵۶۳,۷۹	۱	۵۶۳,۷۹	۲,۱۶	۰,۲۹
		اثر تعاملی گروه * زمان	۳۷۵,۶۰	۲	۱۸۷,۸۰	۰,۲۴	۳۷۵,۶۰
مهرورزی به والدین	بیش همانندسازی	اثر زمان	۱۹۵,۸۲	۲	۹۷,۹۱	۱,۰۵	۰,۴۵
		اثر گروه	۳۰۹,۸۷	۱	۳۰۹,۸۷	۱,۸۴	۰,۳۴
		اثر تعاملی گروه * زمان	۳۷,۸۶	۲	۱۸,۹۳	۰,۰۹	۰,۹۰

بحث

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر چشم‌انداز زمانی به آینده در مؤلفه‌های فرصت‌ها و محدودیت‌ها تأثیر معناداری داشته است.

نتایج پژوهش ریاحی و همکاران (۱۳۹۳) و جعفری و افضلی (۲۰۱۳) در راستای نتایج دست آمده است.

پژوهش مردی‌ها (۲۰۱۶) حاکی از این است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر هدفمندی دختران مجرد ۳۰-۴۰ ساله مؤثر است. هدفمندی به معنای باور به وجود ارزش‌هایی مهم در زندگی است که فرد می‌تواند آنها را دنبال کند.

اهداف زندگی که یکی از مهم‌ترین ابعاد معنا در زندگی هر فردی است، با تغییر سن گرایش به تغییر دارند؛ اما نه براساس هر ساختار استاندارد شده‌ای برای برخی از مردم هدف رشد ذهنی چیزی است که به بیست سال اولشان تعلق دارد، درحالی که سایر آن را اولویت و ارجحیتی در سال‌های پنجاه می‌پذیرند (جکوبسن، ۲۰۰۸). بنابراین زنان یائسه می‌توانند با توجه به اهمیت و اولویت هریک از حیطه‌ها به ایجاد تغییر و

مقادیر گزارش شده در جدول ۳ نشان می‌دهد مقدار F به دست آمده درباره تفاوت میانگین‌ها در آزمون‌های مختلف در متغیر مهرورزی به خود و مؤلفه‌های مهربانی به خود، اشتراکات انسانی، انزوا و ذهن آگاهی در سطح $P \leq 0,01$ معنی دار است؛ بنابراین، بین نمرات مهرورزی به خود و مؤلفه‌های یادشده، در سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به معنادار شدن اثر آزمون (زمان) بر فرصت‌ها و محدودیت‌ها، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است. مقایسه‌های دوبه‌دو درباره تفاوت درون گروهی، نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش آزمون با پس آزمون و آزمون پیگیری در سطح $P \leq 0,01$ معنادار است. همچنین تفاوت نمرات در پس آزمون و آزمون پیگیری معنادار نیست. بنابراین می‌توان گفت اثر عمل آزمایشی در آزمون پیگیری در هر دو گروه حفظ شده است.

در دو مؤلفه قضاوت و بیش همانندسازی، مقادیر به دست آمده درباره تفاوت بین گروه‌ها و بین آزمون‌های مختلف معنادار نیست.

بهبود در آنان پردازند. با وجود تمرکز درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر اهداف آینده، دستیابی به اهداف زمان حال بیشتر مد نظر قرار می‌گیرد.

پرلز اعتقاد دارد، هر وقت که ما واقعیت زمان حال را ترک کردیم و دل‌مشغول آینده شویم، دچار اضطراب خواهیم شد و راه حل این اضطراب زندگی در زمان حال و نه در شکاف بین حال و آینده است (پروچاسکا و نورکراس ۱۳۹۵/ ۲۰۱۴؛ ترجمه سیدمحمدی).

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی موجب می‌شود زنان یائسه به شناسایی ابعادی از زندگی خود پردازند که در حال حاضر موجب ناخرسندی آنها شده است؛ در نتیجه دستیابی به اهداف و ارضای نیازهای فرد در حیطه‌های ارزشمند، تجربه‌ای موفق از تغییر موجب می‌شود، و فرصت‌های بیشتر و محدودیت‌های کمتری را در آینده پیش روی خود در نظر بگیرد.

برودرز و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کنند ادراک فرد از تغییرات مرتبط با سن می‌تواند مثبت (مثل ازدواج فرزندان) و یا منفی (از دست دادن دوستان) باشد؛ به این صورت که بالارفتن سن می‌تواند همزمان مزایا و مضراتی را برای فرد داشته باشد و براین اساس در صورتی که درک بالارفتن سن را با فقدان تداعی کند، چشم‌انداز زمانی آینده را محدودتر و در صورتی که تغییرات مرتبط با سن را با مزایا تداعی کند، چشم‌انداز زمانی آینده را گسترده‌تر درک می‌کند.

در فرایند گروه‌درمانی یکی از عمده‌ترین فعالیت‌ها تغییر نگرش‌های بدبینانه به واقعیت‌های عینی زنان یائسه نسبت محدودیت‌های پیش‌رویشان در آینده است. استراتژی عمده درمانی برای تغییر نگرش‌ها نسبت به یک حوزه زندگی، بازسازی شناختی است که هدف

آن درک صحیح و تعبیر و تفسیر مثبت از موقعیت است؛ به طوری که احترام به خویشتن را در مراجعان حفظ کند و امید به شادمانی را یا در حیطه مد نظر یا سایر زمینه‌های زندگی ایجاد کند (فریش، ۲۰۰۶/۱۳۹۰؛ ترجمه خمسه).

به اعتقاد استروس، گرفین و پارکر (۲۰۱۲) چشم‌انداز زمانی به آینده پیش‌بینی‌کننده مهمی برای انگیزش و رفتارهای سازنده است. از آنجایی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی موجب افزایش انگیزش و رضایت بالاتر از زندگی می‌شود، زنان یائسه شرکت‌کننده در گروه دیدگاه مثبت‌تر به آینده را بیشتر تجربه می‌کنند.

دوران یائسگی مرحله‌ای است که زنان ارزش‌های جدیدی را که تا آن زمان برایشان ناشناخته یا کم‌اهمیت بوده است، شناسایی و دنبال کنند. گرایشات نوع دوستی، معنویت، آرامش و سلامتی فیزیکی ممکن است، ارزش بیشتری نسبت به دوران قبل پیدا کند که در فرایند درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مداخلاتی براساس این اولویت‌ها طراحی و اجرا شود.

باتوجه به نتایج، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی تأثیر معناداری بر کاهش مؤلفه ابهام نسبت به آینده نداشت. در این راستا برادرز و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که ابهام نسبت به آینده در میانسالان و سالمندان نسبت به بزرگسالان جوان‌تر به‌طور معناداری کمتر است. از آنجایی که زنان یائسه آگاهی نسبتاً ثابتی از جنبه‌های شخصیتی، شغلی، اقتصادی و خانوادگی دارند، در فرایند درمان نیز به‌طور جدی آن را مطرح نکردند.

نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود مهرورزی به خود و بر

به سلامت روانی دست پیدا می کنند که از خود مراقبت کنند و ماهیت انسانی خود و اشتباه و کامل نبودن را یکی از ویژگی های مشترک تمامی انسان ها بپذیرند و فرد در برابر شکست ها، از دست دادن ها و جاماندن از آرمان ها، خود را سرزنش و ملامت نکند.

شرکت در فرایند گروه موجب درک مشترک بودن تجربه های فیزیکی، روانی و عاطفی یائسگی شده (مؤلفه اشتراکات انسانی) و در می یابند که همه اعضا گروه ناکامی ها و نارضایتی هایی را در زندگی خود تجربه می کنند، در نتیجه نگرش ها، ارزش ها و اولویت های زنان بر اساس پذیرش شرایط موجود تغییر یافته است و موجب ایجاد سازگاری واقع بینانه بین نیازها و شرایط زندگی وی می شود و از انتقاد خود و قضاوت دست می کشند.

مردی ها (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان می دهد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش احساس تنهایی دختران مجرد مؤثر است. مداخله در ابعاد ارتباط با خانواده و دوستان و کمک کردن به دیگران در درمان کیفیت زندگی، فرصت هایی برای تقویت ابعاد عشق و دوستی فراهم می کند که کاهش دهنده انزوا در افراد هستند. از آنجایی که احساس تعلق اجتماعی با مهرورزی ارتباط دارد (تیرچ، ساندروف و سیلبراستین، ۲۰۱۴/۱۳۹۵ ترجمه دانشمندی، ایزدی و عابدی)، در نتیجه عضویت و مشارکت زنان یائسه در فرایند گروه درمانی مؤلفه های مهرورزی شامل مهرورزی به خود و دیگران و توانایی پذیرش مهرورزی از سوی دیگران (گیلبرت، ۲۰۱۰/۱۳۹۵؛ ترجمه اثباتی و فیضی) ارتقا می یابد.

اجرای اصل کیفیت زمانی در فرایند درمان فرصت تنها ماندن در یک مکان آرام، متمرکز بودن و لمس کردن احساسات، اهداف و ارزش ها پدید می آید.

مؤلفه های مهربانی به خود، اشتراکات انسانی، انزوا و ذهن آگاهی تأثیر معناداری داشته است.

نتایج پژوهش های مردی ها (۱۳۹۶)، ریاحی و همکاران (۱۳۹۳) و جعفری و افضلی (۲۰۱۳) همسو با پژوهش حاضر است.

احساس غرور و افتخار نسبت به دستاوردها، عشق، دلبستگی، رهایی (رهایی حاصل از کاهش یا حذف یک تهدید، آسیب، فقدان یا حسرت) بخشی از عواطف و هیجانات مثبتی است که در فرایند درمان مبتنی بر کیفیت زندگی حاصل می شود. بخشی از این هیجانات ناشی از اصل غنای درونی است؛ یعنی فرد به گونه ای خردمندانه، دوستانه، دلسوزانه برای مراقبت از خویشتن وقت کافی، تلاش و اندیشه ورزی را برای آنچه که به آنها روزانه نیرو می بخشد، اختصاص دهند و سپس فرصت انجام آن را فراهم سازند (فریش، ۲۰۰۶/۱۳۹۰؛ ترجمه خمسه).

فرایند درمان برای زنان یائسه در فرهنگ ایران، فرصتی را فراهم می کند تا بتوانند فارغ از نقش های شغلی، همسری یا والدینی، زمانی را با تمرکز بر نیازهای هیجانی و روانی خود سپری کنند. اختصاص زمان و پیدا کردن حیطه های ارزشمند و حرکت به سوی آنها در راستای اصل اهداف متعادل (براساس سن و توانایی ها) و اصل پناه جستن و مراقبت از خود که کاهش دهنده انتقاد و شرم نسبت به خود است، موجب احساس مهربانی به خود و پرورش ذهن مهربان (یکی از مهم ترین مؤلفه های مهرورزی) در آنها می شود.

اغلب افراد درد و تألم خود را نادیده می گیرند، آن را انکار می کنند و یا آن را انحصاراً مربوط به خود می دانند که همه این عوامل مهرورزی آنان را نسبت به خودشان کاهش می دهد (نف، ۲۰۰۳/۱۳۹۲، ترجمه قراچه داغی). گرمر (۲۰۰۹) اعتقاد دارد، انسان ها زمانی

این برنامه که مبتنی بر مراقبت از خویشتن است، خودخواهانه نیست، به فرد انرژی بیشتری می‌دهد و او را به زندگی علاقمندتر می‌کند (فریش، ۲۰۰۶/۱۳۹۰؛ ترجمه خمسه). زنان یائسه شرکت‌کننده در پژوهش با اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی به‌جای سرزنش به پذیرش رنج‌های زندگی خود نایل می‌شوند.

معنادار نبودن تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی معناداری بر قضاوت می‌تواند به دلایل متعدد شخصیتی از جمله ویژگی‌های شخصیتی مثل کمال‌گرایی، مقایسه اجتماعی و اهمیت تغییرات ایجادشده فیزیکی و از دست دادن قدرت باروری باشد که لازم است مداخلات مکملی برای کاهش آن طراحی شود.

همچنین نبود تغییر معنادار بیش‌هماندسازی، می‌تواند به این دلیل باشد که یائسگی یک دوره رشدی عادی و نه بحرانی به‌خصوص در زندگی زنان متأهل و دارای فرزند که نقش‌های مرتبط با جنسیت به‌عنوان همسر یا مادر را تجربه کرده‌اند، عمدتاً مسائل مرتبط با آن را بیش از اندازه برآورد نمی‌کنند و با توجه به آنچه در گروه مشاهده شد، بیش‌هماندسازی به‌غیر از نمونه‌های خاص مورد مداخله جدی قرار نگرفت.

در نتیجه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند موجب افزایش رضایت از زندگی در حیطه‌های مختلف ۱۶ گانه و مبتنی بر نیازهای منحصر به فرد زنان یائسه شود. از آنجایی که مهرورزی به‌خود و چشم‌انداز زمانی به‌آینده هر دو از عوامل پیشگیری‌کننده و راهبردهای مقابله‌ای در برابر تنش‌هایی هستند که افراد در دوره‌های مختلف زندگی ممکن است به آن دچار شوند. به نظر می‌رسد با افزایش این دو متغیر از طریق گروه درمانی بتوان از آسیب‌هایی که زنان پس از ورود به این مرحله به آن دچار می‌شوند، جلوگیری کرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده تداوم تغییرات ایجادشده تا سه ماه پس از پایان درمان است. بنا به اعتقاد فریش (۲۰۰۶) زمانی که سبک‌های شناختی سازنده از طریق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و افزایش رضایت از زندگی فعال می‌شود، علاوه بر اینکه افسردگی کاهش می‌یابد، سبک‌شناختی نسبتاً خودمختار می‌شود و تا حدی نسبت به تجربه مقاوم نفوذ ناپذیر می‌شود (فریش، ۲۰۰۶/۱۳۹۰؛ ترجمه خمسه).

همچنین در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، هیجانات و قضاوت‌های مربوط به رضایتمندی جنبه انطباقی دارند و پس‌خوراندی دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌کند (فریش، ۲۰۰۶/۱۳۹۰؛ ترجمه خمسه)؛ به این معنا که فرایند درمان موجب احساس رضایت زنان یائسه شده است که خود منبع انرژی برای فعالیت برای تغییرات مطلوب آینده فراهم می‌کند. از آنجایی که این درمان هم‌زمان بر تغییر شرایط، شناخت و رفتار تأکید می‌کند، ابعاد گسترده‌ای از انسان را در بر می‌گیرد که تغییرات را پایدارتر می‌کند؛ بنابراین زنان یائسه به دلیل تغییرات ایجادشده در سبک‌شناختی و زندگی در برابر رویدادهای عادی زندگی از ثبات بالایی برخوردارند و به‌سرعت تغییر نمی‌کنند.

پژوهش حاضر بر افرادی اجرا شد که متأهل بودند و فرزند داشتند، در صورتی که یائسگی برای زنان مجرد و همچنین زنان متأهل نابارور تجربه‌ای متفاوت است و این موضوع تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. مؤثر بودن درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مهرورزی در زنان یائسه می‌تواند به دلیل تغییر فعالیت طرح‌واره‌های ایجادکننده افسردگی در بعد خودارزشی باشد؛ بررسی طرح‌واره‌ها در ابتدا و انتهای درمان مفید به نظر می‌رسد.

جعفری، ف.، فرح‌بخش، ک.ک.، شفیق‌آبادی، ع.، دلاور، ع. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی زنان و یائسگی: تبیین چندعاملی جسمی. *مجله زنان، حقوق، توسعه*: ۴(۲)، ۷۹-۵۵.

روشنفر، ع.، پاداش، ز.، مختاری، س.، ایزدی‌خواه، ز. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان، *مجله تحقیقات نظام سلامت، ویژه‌نامه آموزش بهداشت*، ۲۰۴۶-۲۰۵۵.

ریاحی، ف.، وطن‌خواه، م.، کریم‌نژاد، ف.، رحیمی، ه.، بلادی مقدم، ا.، احمدی انگالی، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۳(۱)، ۶۵-۵۳.

فروغ منداعرابی، ه.، کریمی فرد، ل. (۱۳۹۴). شهر دوستدار سالمند و معیارهای طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندی با رویکرد سلامت روان، *مدیریت شهری*، ۳۴(۱۴)، ۳۴-۷.

فریش، م. (۱۳۹۰). *روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی*. ترجمه: ا. خسته. تهران: کتاب ارجمند، (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۶).

قاسمی، ن.، کجیاف، م.، ربیعی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان، *مجله روان‌بالینی شناسی*، ۱۰(۲)، ۳۴-۲۳.

کیمیایی، س.ع.، گرجیان مهربانی، ح. (۱۳۹۰). اعتباریابی پرسش‌نامه مثلث شناختی در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۵۱)، ۲۶۱-۲۳۰.

گیلان‌تهرانی، ش.، میرمحمدعلی، م.، محمودی، م.، خالدیان، ز. (۱۳۸۱). بررسی کیفیت زندگی

مهرورزی به خود و چشم‌انداز زمانی به آینده متغیرهای مرتبط با همبستگی در این پژوهش بودند که به عنوان متغیر وابسته بررسی شدند. به نظر می‌رسد مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی با نتیجه پژوهش حاضر اطلاعات ارزنده‌ای به همراه داشته باشد.

باتوجه به اینکه مداخلات برای هر فرد عمدتاً در حیطه‌هایی که برای وی ارزشمند است، صورت گرفته است، مقایسه اینکه رضایت زنان از کدام حیطه‌ها بر افزایش مهرورزی و چشم‌انداز به آینده تأثیر بیشتری داشته است، نتایج ارزشمندی برای مداخلات بعدی دارد.

باتوجه به جنبه درمانی و پیشگیرانه گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی برای زنان یائسه، اجرای آن در مراکز مشاوره به روانشناسان پیشنهاد می‌شود.

باتوجه به اینکه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی تأثیر معناداری بر کاهش قضاوت و بیش‌هماندسازی در زنان یائسه نداشته است، به محققان بعدی پیشنهاد می‌شود با استفاده از روش‌های کیفی به بررسی عمیق‌تر ماهیت آن دو مؤلفه در زنان یائسه برای ارائه روش‌های مؤثرتر پرداخته شود.

منابع

پروچاسکا، ج.، نورکراس، ج. س. (۱۳۹۵). *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه: یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر روان (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۴).

تیرچ، د.، ساندروف، ب.، سیلبراستین، ل. آر. (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت*. ترجمه: س. دانشمندی، ر. ایزدی، م. ر.، عابدی. تهران: انتشارات کاوشیار، (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۴).

- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation, *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-18.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lilis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-28.
- Jacobsen, b. (2008). *Intervention to existential psychology: a psychology for the unique human being and its application in therapy*, England: Wiley.
- Jafari, F., Afzali, L. (2013). Comparison of the effectiveness of four group therapies in improving the quality of life in menopausal women, *Przegląd Menopauzalny (Menopause Review)*, 3, 194–201.
- Jafari, F., Hadizadeh, M., Zabihi, R., & Ganji, K. (2014). The comparison of anxiety, depression and quality of life between pre-menopausal women and post- menopausal women. *Climacteric*, 29, 1-6.
- Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A. & Delavar, A. (2011). Quality of life and menopause: developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Journal of aging & mental health*, 15(5), 630-637
- King, D. E., Hunter, M. H., & Harris, J. R. (2005). *Dealing with the psychological and spiritual aspects of menopause: Finding hope in the midlife*. Binghamton, NY: Haworth Pastoral Press.
- Mishra, G., & Kuh, D. (2005). Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Science and Medicine*, 62, 93–102
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- برحسب مراحل مختلف یانستگی در زنان ساکن شهر تهران، حیات، ۸(۳ و ۴)، ۳۳-۴۱.
- گیلبرت، پ. (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت*، ترجمه: م. اثباتی، ع. فیضی. تهران: انتشارات ابن سینا. (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۰).
- مردی‌ها، ف.س. (۱۳۹۶). *اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش احساس تنهایی و افزایش بهزیستی روانشناختی دختران مجرد 30-40 ساله*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- نصف، ک. (۱۳۹۲). *دلسوزی به خود*. ترجمه م. قراچه‌داغی. تهران: ذهن آویز، (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- هفرن، ک.، بونیول، ا. (۱۳۹۴). *درس‌نامه روانشناسی مثبت‌نگر (نظریه‌ها، پژوهش‌ها و کاربردها)*، ترجمه م. ت. تیبک، م. زندی. قم: دارالحدیث، (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۱).
- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 605–613.
- Brothers, A., Chui, H., & Diehl, M. (2014). Measuring future time perspective across adulthood: development and evaluation of a brief multidimensional questionnaire, *The Gerontologist*, 54(6), 1075-1088. doi: 10.1093/geront/gnu076.
- Brothers, A., Gabrian, m., Wahl, H., & Diehl, M. (2016). Future time perspective and awareness of age-related change: examining their role in predicting psychological well-being, *Psychology and Aging*, 31(6), 605-617, doi: 10.1037/pag0000101
- Chiu, Y.-W., Moore, R.W., Hsu, C.E., Huang, C.-T., & Chuang, H.Y. (2008). Factors influencing women's quality of life in the latter half of life. *Climacteric*, 11, 201–211.

- career behaviors, *Journal of Applied Psychology*, 97 (3), 580-598
- Sun, X., Chan, D. W., & Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences, *Personality and Individual Differences*, 101, 288-292
- Weiss, D. (2014). What will remain when we are gone? Finitude and generation identity in the second half of life. *Psychology and Aging*, 29, 554-562. doi: 10.1037/a0036728
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Self-esteem, and well-being, *Social and personality psychology compass*, 5, 1-12.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning, *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Strauss, K., Griffin, M. A. and Parker, S. (2012) Future work selves: how salient hoped-for identities motivate proactive