

اثربخشی بهزیست درمانی (WBT) بر کاهش اضطراب و افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی

طیبه آستانه پرست ، مجیدمعینی زاده

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خراسان رضوی، دانشگاه

آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲- دکترای روانشناسی بالینی ، استادیار تمام وقت دانشگاه فردوسی مشهد

t_astaneh45@yahoo.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بهزیست درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از تمامی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی مراجعه کننده به کلینیک های حرم مطهر و کلینیک خانه مهر در شهر مشهد که ۳۰ نفر از زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. در مطالعه حاضر پس از انتخاب و جایگزینی آزمودنی ها، برای افراد گروه های آزمایشی، جلسات بهزیست درمانی به مدت هشت جلسه برگزار شد. ابزار های مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه وسواس- اجبار ییل براون، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۲۰۰۲) و پرسشنامه اضطراب بک. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره کل اضطراب در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. براساس این یافته ها می توان گفت بهزیست درمانی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی موثر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که در خصوص مولفه های متغیر بهزیستی روان شناختی، میانگین خود پیروی، سلطه بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود در مقیاس بهزیستی روانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار دارند. بر اساس این یافته ها می توان گفت بهزیست درمانی بر افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی موثر است.

کلمات کلیدی: بهزیست درمانی، اضطراب، رشد شخصی، وسواس فکری- عملی.

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی در نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان یک اختلال اضطرابی طبقه بندی می شود که در آن، فرد افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه های مزاحم و تکرارشونده ای را تجربه می کند که معمولاً از جانب فرد به عنوان افکار، تصاویر و تکانه های ناسازگار، بی معنی، نپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می شوند که به پریشانی آشکار منجر می گردند و افکار وسواسی تعریف می شوند. رفتارهای تکرارشونده بعدی که هدفشان کاهش اضطراب همراه با افکار وسواسی است، اعمال وسواسی خوانده می شوند. ملاک های تشخیصی برای اختلال وسواس فکری و عملی حاکی از آن هستند که افکار و اعمال وسواسی باعث پریشانی قابل ملاحظه ای می شوند، وقت گیر هستند و با عملکرد روزانه فرد تداخل دارند. همچنین، فرد مبتلا به وسواس، تاندازه ای تشخیص می دهد که افکار و اعمال وسواسی افراطی و غیرمنطقی هستند. وسواس میزان شیوع یکسانی در زن و مرد دارد و میزان شیوع آن در طول عمر حدود ۲/۵ درصد است که از هر ۴۰ بزرگسال یک نفر به آن مبتلا می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا ، ۲۰۰۰).



اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران



مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی در همان حدود را در جمعیت عمومی بزرگسال ایران گزارش کرده اند (توکلی، ۱۳۸۸؛ به نقل از شیرعلی پور، شکوری و محمدخانی، ۱۳۹۱). وسواس معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می شود و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی افراد مبتلا بر جای می گذارد (پاین و مک کلور، ۲۰۰۸)

از سوی دیگر، فیلیپس، سنپور، فای و دیوید (۲۰۰۰) با بررسی محتوای تفکر و رفتار مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری دریافتند که اختلالات تمیزی با بیزاری و اختلالات چک کردن با اضطراب مرتبط هستند. همچنین نتایج پژوهش احدی و نریمانی (۱۳۸۹) نشان داد که بیزاری، اضطراب و افسردگی با نمره کل وسواس رابطه مثبت معنادار دارند. نتایج این پژوهش نشان داد که نشانه های وسواس چک کردن و تردید به خوبی توسط اضطراب حالت- صفت پیش بینی می شود، درحالی که وسواس شستن به خوبی توسط بیزاری پیش بینی می شود. همچنین ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد (دسیلوا و راجمن، ۱۳۸۶ یکی دیگر از عواملی که با وسواس مرتبط است، بهزیستی روان شناختی است. بهزیستی روان شناختی اشاره به حالت سرزندگی هیجانی و تجربه عواطف مثبت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت روان شناختی و عملکرد روانی- اجتماعی سالم اشاره دارد. تاکنون در مورد بهزیستی روان شناختی تعاریف، مفهوم سازی و طبقه بندی های متعددی ارائه شده است (بار-اون، ۲۰۰۲؛ ریف، ۲۰۰۲).

دریک تعریف نسبتاً ساده و روان می توان گفت، بهزیستی روان شناختی وجود و حضور شرایط خوب و رضایت بخش همراه با حضور سلامت، شادمانی و کامیابی است. یکی از نظریه های مطرح در حوزه مفهوم سازی چندبعدی بهزیستی روان شناختی، نظریه ریف (۲۰۰۲) است که بر اساس بررسی هایی که به عمل آورد، الگویی شش مؤلفه ای از بهزیستی روان شناختی ارائه کرد. این شش مؤلفه شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی است. دسی و ریان (۲۰۰۸) بهزیستی را تابعی از عوامل محیطی و سطح خود تعینانی افراد می دانند.

جهت درمان وسواس و اختلالات همراه آن، رویکردها و درمان های مختلفی ارائه شده است. یک رویکرد جدید در زمینه درمان، رویکرد بهزیست درمانی است. یک راهبرد درمانی نوین و نشأت گرفته از درمان شناختی- رفتاری (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸) برای افزایش بهزیستی روان شناختی (فاوا، ۱۹۹۹؛ رافانلی و همکاران، ۱۹۹۹) و درمان اختلالات عاطفی (خلقی و اضطرابی) (فاوا، ۱۹۹۹؛ فاوا و همکاران، ۱۹۹۸) درمان بهزیستی (WBT) است که در تحقیقات مختلفی چه به صورت تنهایی (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸) و چه به همراه CBT (فاوا، روئینی و رافانلی، ۲۰۰۴) به کاررفته است (به نقل از فاوا و تومبا، ۲۰۰۹).

درمان بهزیستی بر مدل چندبعدی ریف (۲۰۰۲) از بهزیستی روان شناختی استوار است. مشخص شده است که مدل ریف از بهزیستی روان شناختی می تواند آسیب های ویژه بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی را تبیین نماید. هدف درمان بهزیستی، تغییر عقاید و نگرش های تخریب کننده بهزیستی روان شناختی، تحریک کردن خودآگاهی بیمار از رشد فردی، بهبود اختلالات عاطفی و تقویت رفتارهایی است که موجب افزایش بهزیستی روان شناختی می شوند (روئینی و فاوا، ۲۰۰۹). تکنیک اصلی مورد استفاده در این درمان، خویشتن نگری با استفاده از دفترچه یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است (لنلی و جوزف، ۲۰۰۴). تکنیک هایی که در WBT برای بهبود بهزیستی روان شناختی استفاده می شود، شامل بازسازی شناختی (اصلاح افکار خود آیند و غیرمنطقی)، فعالیت های زمان بندی شده (فعالیت های لذت بخش و نمره گذاری شده)، آموزش جرأت ورزی و حل مسئله است (فاوا و روئینی، ۲۰۰۳). درمان بهزیستی ساخت دار، هدفمند، مشکل مدار و بر اساس الگوی آموزشی است (لنلی و جوزف، ۲۰۰۴).

اختلال وسواس- اجبار (OCD) یکی از مشکلات جدی سلامت روان شناختی بوده و سالیانه هزینه های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می کند (بارلو، ۲۰۰۴). مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان کننده آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می کند (کلارک، ۲۰۰۶). اختلال وسواس- اجبار یکی از اختلالات رفتاری ناتوان کننده است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیپهوده و همچنین فروبردن در اعماق افکار ناراحت کننده وادار می کند. ویژگی عمده این وسواس ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا است. ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می دهد تا شاید از ناراحتی هایی که برای او به وجود می آید کاسته شود. بیماران وسواسی در آغاز بیماری ممکن است مقاومت هایی در برابر افکار و اعمال وسواس- اجبار از خود نشان دهند ولی با پیشرفت و نفوذ بیماری و در موارد شدید، فرد مبتلا مدت زیادی از وقت روزانه خود را صرف اشتغال ذهنی یا رفتارهای وسواسی خود می نماید که تنش و اضطراب ناشی از این عملکرد غیرمفید، شرایط زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی او را تحت تأثیر قرار داده و گاهی مختل می کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵). از سوی دیگر اختلال وسواس به عنوان یک اختلال اضطرابی، می تواند مشکلات فردی و بین فردی، همچون انزوا، افسردگی، اختلال در کار و... را در فرد مبتلا ایجاد کند و به عبارتی سلامت و بهزیستی روانی فرد را به مخاطره بیندازد.

با توجه به مشکلات فردی و بین فردی و سواس و اختلالات همراه آن و با توجه به اینکه این اختلال یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است و نیز با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع، به ویژه در خصوص بهزیست درمانی (WBT)، محقق بر آن شده است تا به بررسی تأثیر بهزیست درمانی (WBT) بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سواس فکری- عملی بپردازد.

نتایج پژوهش بادله، ظریف گلپار یزدی و آقامحمدیان شعرباف (۱۳۹۲) درباره اثربخشی درمان بهزیستی روان شناختی بر میزان بهزیستی روان شناختی زنان نابارور نشان داد که تفاوت معنادار میان بهزیستی روان شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل بود. نتایج پژوهش فلاحیان، آقایی، آتش پور و کاظمی (۱۳۹۳) درباره تأثیر آموزش بهزیستی روان شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان نشان داد که آموزش بهزیستی روان شناختی در همه ابعاد سلامت روان (شکایت جسمانی، سواس و اجبار، حساسیت، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی، ضریب کلی علائم مرضی، ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی) به استثنای افسردگی مؤثر واقع میشود.

بنابراین با توجه به پیشینه پژوهش و تأثیر اثرات سواس بر سلامت و بهزیستی افراد و نیز جدید بودن درمان بهزیستی و موفقیت های آن در درمان اختلالات روانی به ویژه اختلالات عاطفی (فرگوس، کانوی، اندرسی و مک لئود)، این پژوهش بر آن است تا به سؤال اساسی زیر پاسخ دهد: آیا بهزیست درمانی (WBT) بر کاهش اضطراب و افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به سواس فکری- عملی مؤثر است؟

فرضیه های اصلی و فرعی پژوهش:

- ۱- بهزیست درمانی (WBT) بر کاهش اضطراب، و افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به سواس فکری- عملی مؤثر است.
- ۲- بهزیست درمانی (WBT) بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سواس فکری- عملی مؤثر است.
- ۳- بهزیست درمانی (WBT) بر افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به سواس فکری- عملی مؤثر است.

روش تحقیق

طرح این تحقیق آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. در این تحقیق بهزیست درمانی، متغیر مستقل؛ همچنین اضطراب و رشد شخصی متغیرهای وابسته به شمار می روند.

جامعه آماری، نمونه پژوهش و روش نمونه گیری:

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سواس فکری- عملی مراجعه کننده به کلینیک های حرم مطهر و کلینیک خانه مهر در شهر مشهد بود که با استفاده از روش در دسترس براساس نمره سواس فکری- عملی، اضطراب و رشد شخصی در پیش تست، ۳۰ نفر که دارای ملاک های ورود و خروج بودند نمونه آماری ما را تشکیل دادند. این ۳۰ نفر به طور کاملاً تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گزینش شدند که گروه آزمایش بهزیست درمانی (WBT) را دریافت کرد و گروه کنترل درمانی را دریافت نکرد. معیارهای ورود و خروج از مطالعه عبارت انداز: دارا بودن اختلال سواس، بالا بودن نمره اضطراب و پایین بودن نمره رشد شخصی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی (به جز مسکن)، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سواس- اجبار بیل براون:

این مقیاس، یک مصاحبه نیمه ساختاریافته که دارای مقیاس شدت و مقیاس علائم سواس فکری- عملی است و با ۱۰ گزینه میزان شدت سواس رادرشرای کنونی بیماری می سنجد. این مقیاس شامل: ۱- مدت زمان صرف شده؛ ۲- میزان تداخل؛ ۳- میزان ناراحتی؛ ۴- میزان مقاومت و ۵- میزان کنترل است و علائم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه می سنجد. دادفر و همکاران (۱۳۸۶) پایایی بین مصاحبه کنندگان را برای این مقیاس ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دوهفته ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (به نقل از ایزدی، عسگری، نشاط دوست و عابدی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۲۰۰۲):

مقیاس ریف (۲۰۰۲) شامل ۸۴ سؤال و شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است که مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می شود. این آزمون در یک پیوستار ۶ درجه ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (یک تا شش) پاسخ داده می شود. دامنه نمرات از ۸۴ تا ۵۰۴ است و نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بالاتر است. غلامعلیان و احمدی (۱۳۸۷)؛ به نقل از اسماعیلی، مولوی، کلانتری و عسگری، (۱۳۸۹) روایی و پایایی این آزمون را در یک نمونه ۳۲۱ نفری مورد مطالعه قرار دادند و ضرایب همسانی درونی مقیاس ها را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته را ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین همبستگی بین خرده مقیاس ها بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ گزارش شد که بالاترین همبستگی بین پذیرش خود و تسلط بر محیط و پایین ترین همبستگی بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بک:

یک مقیاس خودسنجی ۲۱ سؤالی است که اضطراب را می سنجد. این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ برای هر سؤال) نمره بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می دهد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس های مشخص و سایر سؤالات آن نشانه های خودکار بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می سنجد. بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. مطالعات انجام شده نشان می دهد که این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درون آن بالا (۰/۹۲)؛ همبستگی داده بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ است). در یک بررسی بر روی ۱۵۱۳ نفر زن و مرد در گروه های سنی و جنسی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون مورد نظر، روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ نشان داد (به نقل از رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳).

روشهای تجزیه و تحلیل داده ها

در این مطالعه در بخش آمار توصیفی داده ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار، خلاصه و گزارش شدند. همچنین در قسمت آمار استنباطی با توجه به اینکه طرح پژوهشی به صورت آزمایش پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است، برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در این تحلیل نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی یا هم تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس آزمون در نظر گرفته شد. همچنین لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی مفروضه های لازم قبل از تحلیل کوواریانس بررسی شد. تمامی تحلیل های صورت گرفته در این مطالعه با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

یافته ها

به منظور آشنایی بیشتر با ماهیت متغیرهای پژوهش لازم است قبل از تحلیل داده ها به توصیف آن پرداخته شود چرا که توصیف آماری داده ها مقدم بر استنباط آماری است و به تشخیص الگوهای حاکم بر داده ها کمک می کند.

یافته های جمعیت شناختی

همانطور که در این پژوهش مشاهده می شود میانگین سن زنان در گروه آزمایش ۲۸،۶۶ و دامنه تغییرات آن از ۲۳ تا ۳۶ سال است. میانگین سن زنان در گروه گواه ۳۰،۹۳ و دامنه تغییرات آن از ۲۵ تا ۳۹ سال است. همچنین در گروه آزمایش ۲ نفر از زنان بدون فرزند، و در گروه گواه یکی نفر از زنان بدون فرزند هستند. در گروه آزمایش ۶ نفر از زنان دارای یک فرزند و در گروه گواه ۴ نفر دارای یک فرزند هستند. در گروه آزمایش ۴ نفر دو فرزند و در گروه گواه نیز ۴ نفر دارای دو فرزند می باشند. در گروه آزمایش ۱ نفر از زنان سه فرزند و در گروه گواه نیز ۳ نفر از زنان سه فرزند هستند. همچنین در گروه آزمایش و کنترل ۴ نفر از زنان دارای چهار فرزند هستند. همچنین در گروه آزمایش ۳ نفر دیپلم هستند. ۵ نفر فوق دیپلم و ۵ نفر تحصیلات لیسانس دارند. ۲ نفر کارشناسی ارشد دارند. در گروه گواه ۳ نفر دیپلم هستند. ۷ نفر فوق دیپلم و ۴ نفر تحصیلات لیسانس دارند. ۱ نفر نیز دارای تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد) می باشد. در گروه آزمایش ۲ نفر و در گروه گواه ۳ نفر وضعیت اقتصادی پایین دارند. در گروه آزمایش ۹ نفر و در گروه گواه نیز ۹ نفر وضعیت اقتصادی متوسطی دارند. همچنین در گروه آزمایش ۴ نفر و در گروه گواه ۳ نفر از زنان وضعیت اقتصادی بالایی دارند

یافته های توصیفی :

جدول ۴-۱: شاخص های توصیفی پرسشنامه وسواس در گروه آزمایش

متغیر	گروه آزمایش			پس آزمون		
	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس فکری و عملی	۲۹,۵۳	۱,۵۳	۲۷	۳۳	۲۱,۴۶	۱,۶۴

چنانچه در جدول ۴-۱ مشاهده می شود میانگین نمرات گروه آزمایش در پرسشنامه وسواس ییل براون در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. این کاهش به علت دریافت درمان بهزیست درمانی برای گروه آزمایش حاصل شده است.

جدول ۴-۲: شاخص های توصیفی پرسشنامه اضطراب بک در گروه آزمایش

متغیر	گروه آزمایش			پس آزمون		
	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	۳۰	۳,۰۲	۲۵	۳۵	۲۰,۹۳	۲,۱۵

چنانچه در جدول ۴-۲ مشاهده می شود میانگین نمرات گروه آزمایش در پرسشنامه اضطراب در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. این کاهش به علت دریافت درمان بهزیست درمانی برای گروه آزمایش حاصل شده است.

جدول ۴-۳: شاخص های توصیفی رشد شخصی در گروه آزمایش

متغیر	گروه آزمایش			پس آزمون		
	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
رشد شخصی	۲۶,۳۳	۳,۵۱	۲۰	۳۲	۲۹,۲۶	۳,۱۰

چنانچه در جدول ۴-۳ مشاهده می شود میانگین نمرات گروه آزمایش در مولفه رشد شخصی، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است.

یافته های استنباطی:

جدول ۴-۵. آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطا

	F	Df ₁	Df ₂	سطح معناداری
اضطراب	۰,۱۵۵	۱	۲۸	۰,۶۹
رشد شخصی	۰,۰۱۴	۱	۲۸	۰,۹۰۶

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۴-۵، سطح معناداری برای متغیر وابسته بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین مفروضه همگنی واریانس های خطا برقرار می باشد.

فرضیه های پژوهش

جدول ۴-۶. تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه اضطراب در دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
پیش آزمون	۷۰,۳۵	۱	۷۰,۳۵	۳۶,۸۶۲	۰,۰۱۱	۰,۵۷۷
اضطراب	۵۷۱,۵۸	۱	۵۷۱,۵۸	۳۰۰,۸۴	۰,۰۰۴	۰,۹۱۸

همانطور که در جدول ۴-۶ دیده می شود بین میانگین نمره کل اضطراب در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده نمره اضطراب بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت بهزیست درمانی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی موثر بوده است.

جدول ۴-۹. تحلیل کوواریانس نمرات مقیاس رشد شخصی در دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
رشد شخصی	۳۷,۷۹۶	۱	۳۷,۷۹۶	۲۴,۱۷۵	۰,۰۰۷	۰,۵۲۴

همانطور که در جدول ۴-۹ دیده می شود میانگین رشد شخصی، ر در مقیاس بهزیستی روانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار دارند. این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده رشد شخصی، در بهزیستی روانی بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت بهزیست درمانی بر افزایش رشد شخصی زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی موثر است.

بحث و نتیجه گیری

بهزیست درمانی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی مؤثر است.

نتایج این پژوهش نشان داد نمره کل اضطراب در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته های انگ و همکاران (۲۰۰۵)، بوتون و همکاران (۱۹۹۷)، فرای هایت و همکاران (۱۹۹۸)، هوگل شوfer و همکاران (۲۰۰۶)، برک (۲۰۰۱) همخوان است. تاثیر بهزیستی بر اضطراب امری کاملاً بدیهی و قابل قبول است. در واقع افراد مضطرب بهزیستی کمتر و استرس بیشتری تجربه نموده و از توانایی مقابله ایی پایینی برخوردار هستند. لذا کمتر از افراد عادی واجد بهزیستی هستند. بنابراین آموزش بهزیستی باعث افزایش توان مقابله افراد در برخورد با مشکلات روانی است. در همین راستا به اعتقاد بیلینگز، و موس (۱۹۸۱)، پرلین و اسکولار (۱۹۸۷) و لازوروس و فولکمن (۱۹۸۴) راهبردهای مبتنی بر بهزیستی عامل میانجی بین استرس و اضطراب هستند. نقش استرس در اضطراب به علت بهزیستی و توانایی فرد برای مقابله با استرس است و این مهارت ها به عنوان عامل میانجی بین استرس و اضطراب مطرح می شوند

بهزیست درمانی برافزایش رشد شخصی زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی مؤثر است.

نتایج نشان داد میانگین خود پیروی، سلطه بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود در مقیاس بهزیستی روانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار دارند. این نتایج با یافته هایانگ و همکاران (۲۰۰۵)، بوتون و همکاران (۱۹۹۷)، فرای هایت و همکاران (۱۹۹۸)، هوگل شوfer و همکاران (۲۰۰۶)، برک (۲۰۰۱) همخوان است.

بهزیستی درمانی باعث می شود که فرد به توانایی خودش برای پیشرفت و ارتقا خود به منظور مبدل شدن به یک انسان با عملکرد کامل، رسیدن به خودشکوفایی و نیل به اهداف عمل کند (ریف، ۱۹۹۵). پس از درمان مبتنی بر بهزیستی فرد برای رسیدن به سطح بهینه عملکرد روانی باید به طور مستمر در جنبه های مختلفی از زندگی رشد و پیشرفت کند (ریف، ۱۹۸۹). این امر مستلزم آن است که فرد به طور مداوم در فعالیت ها درگیر شده و مشکلات را حل کند تا به موجبات استعدادهای و توانایی هایش را گسترش دهد. این مسئله باعث افزایش سطح بالای رشد فردی می گردد (دنور، ۲۰۱۰).

پیشنهادات:

- ۱- با توجه به اثربخشی درمان بهزیستی پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی سایر مشکلات بیماران مبتلا به وسواس نیز به عنوان آماج درمانی مدنظر قرار گیرد.
- ۲- پیشنهاد می شود که مطالعات دیگری در سایر نقاط کشور به ویژه برای اختلالات دیگر صورت بندی گردد.
- ۳- با توجه به اینکه استفاده از مرحله پیگیری می تواند به ارزیابی بهتر نتایج به دست آمده بیانجامد، پیشنهاد می شود در مطالعات مشابه این مرحله مدنظر قرار گیرد.
- ۴- پیشنهاد می شود که بهزیستی درمانی برای اختلالات و نشانه های آسیب شناختی نیز به صورت میدانی و در غالب تحقیقات آزمایشی بررسی گردد.

منابع

- احدی، بتول و نریمانی، محمد (۱۳۸۹). نقش بیزاری، اضطراب و افسردگی در تبیین نشانه های وسواسی- اجباری در نمونه غیر بالینی. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روان شناختی، ۳ (۴)، ۴۷-۳۹.
- اسدی، مسعود؛ شیرعلی پور، اصغر؛ شکوری، زینب و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲ (۳)، ۴۰۵-۳۹۶.
- اسماعیلی، مریم؛ مولوی، حسین؛ کلانتری، مهرداد و عسگری، کریم (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی روش های مداخله رفتاری- شناختی، روش های القاء خلق و آموزش مهارت های اجتماعی بر بهزیستی روان شناختی فرزندان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. دو ماهنامه علمی- پژوهشی فیض، ۱۷ (۳)، ۲۸۶-۲۷۵.
- ایزدی، راضیه؛ عسگری، کریم؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰). گزارش موردی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه های اختلال وسواسی- جبری. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۹ (۱۲)، ۳۹-۲۶.
- بادله، مرتضی؛ ظریف گلبار یزدی، هانیه و آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان بهزیستی روان شناختی بر میزان بهزیستی روان شناختی زنان ناباور. پنجمین کنگره سایکوسوماتیک. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.
- دسیلوا، پ و راچمن، س (۲۰۰۶). حقایق درباره اختلال وسواس. ترجمه: رضا شاپوریان (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.
- رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی، ۶ (۱)، ۷۹-۶۵.
- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای پی (۲۰۰۵). آسیب شناسی روانی. جلد دوم. مترجم: سید محمدی، یحیی (۱۳۹۱). تهران: نشر ارسباران.
- رئیسیان، اکرم سادات؛ گلزاری، محمود و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). اثربخشی امیدرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۵ (۱۷)، ۸۵-۷۷.
- ظریف گلبار یزدی، هانیه؛ موسوی فر، زهت و آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی بهزیستی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی زنان ناباور. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.

- کاپلان، اچ و سادوک، ب (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی (جلد دوم). ترجمه: نصرت ا... پورافکاری (۱۳۸۵). تهران: نشر آب.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: Author.
- Barlow DH. (2004). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. 2th ed, New York: Guilford press. 250.
- Bar-On,R.(2002). Emotional and Social Intelligence: insights from the emotion quotient inventory. In R. Bar- On & J. Parker(Ed's). The handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass.
- Clark DA (2006). Cognitive behavioral therapy for OCD and phenomenology of OCD. Journal of Psychiatric Annals, 19, 67-73.
- Deci, E. L & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological wellbeing across life's domains. Canadian Psychology, 49(1), 14-23.
- Fava, G A & Ruini, C (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34 (15), 45- 63.
- Fava, G A & Ruini, C., Rafanelli, C & Finos, L (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. Psychotherapy and Psychosomatics, 74, 26- 30.
- Fava, G A & Tomba, E (2009). Increasing well-being and resilience by psychotherapeutic methods. Journal of Personality, 77 (6), 1903- 1934.
- Ferguson, G., Conway, C., Endersby, L & MacLeod, A (2009). Increasing subjective well-being in long term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy. Journal of forensic psychiatry & psychology, 20 (6), 906-918.
- Linley, A P & Joseph, S (2004). Positive psychology in practice. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- MacLeod, A K & Moor, R (2002). Positive thinking revisited: positive cognitions, well-being and mental health. Clinical Psychology and Psychotherapy, 7, 1-10.
- Moenizadeh, M & Kumar, K (2010). The impact of well-being therapy on symptoms of depression. International Journal of Psychological Studies, 2 (2), 223- 230.
- Phillips, M.L., Senior, C., Fahy,T & David, A.S. (2000). Disgust- the forgotten emotion of psychiatry. British Journal of Psychiatry, 172, 373- 375.
- Pine DS & McClure EB (2008). Anxiety disorders: clinical features. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1668-80.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E & Fava, G A (2006). Well-being therapy in school setting: A pilot study. Psychotherapy and Psychosomatics, 75, 331- 336.
- Ruini, C., Ottolini, F & Tomba, E (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. Journal of Psychotherapy Psychosomatic, 5 (7), 268- 275.
- Ryff, C. D. (2002). Psychological well-being in adult life. Current Directions in Psychological Science, 4, 99-104.