PAYESH

Volume 20, Issue 1 (January - February 2021)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]

[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

Comparing quality of life therapy and a psychoeducational intervention on burden of family caregivers of patients with severe mental illness

Sohila Poyamoghadam[1], Nasrin Rezaei[2], Ali Navidian[3*], Mahnaz Ghaljeh[1]

1. Nursing and Midwifery School, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Received: 15 January 2021
Accepted for publication: 23 January 2021
[EPub a head of print-22 February 2021]
Payesh: 2021; 20 (1):71-80

Abstract

Objective (s): Family caregivers of patients with severe mental disorders experience a great deal of psychological burden. Various interventions have been performed to reduce the psychological problems and psychological burden of caregivers. The aim of this study was to compare the effect of a psychoeducational intervention and quality of life therapy on the psychological burden of family caregivers of patients with severe mental illness.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 150 family caregivers of severely mentally ill patients admitted to a psychiatric hospital in Zahedan, Iran, in 2020. Caregivers randomly were allocated in three groups: quality of life therapy intervention (50 people), psycho-education intervention (50 people) and control group (50 people). The quality of life therapy intervention group received 8 sessions and psycho-education group received four sessions training during two weeks each lasting for 90 minutes. The psychological burden of caregivers was assessed before and 4 weeks after the training through using the Zarit burden questionnaire. Data were analyzed by SPSS software version 22 using paired t-test, independent t-test, chi-square and ANOVA.

Results: The mean score of psychological burden of caregivers was significantly different between the three groups after the intervention (P = 0.002). Post hoc analysis showed that the mean score of psychological burden of caregivers in quality of life therapy group and psychological education was significantly different from the control group (P = 0.001). Also, the mean score of psychological burden of caregivers in quality of life therapy was significantly less than the score in psychological educational intervention group (P = 0.001).

Conclusion: Quality of life therapy was more effective in reducing the psychological burden of family caregivers of patients with severe mental disorders compared to psychological educational intervention.

Key Words: Quality of life therapy, Psychoeducation, Burden, Family caregivers, Mental illness

[*] Corresponding author: Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
E-mail: alinavidian@gmail.com

مقایسه تاثیر آموزش روانی و کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید

سهیلا پویا مقدم[۱]، نسرین رضایی[۲]، علی نویدیان[۳*]، مهناز قلجه[۱]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۴ اسفند ۹۹]
نشریه پایش: ۸۰-۷۱:(۱)۲۰؛۱۳۹۹

چکیده

مقدمه: مراقبان خانوادگی بار روانی زیادی را در زندگی با افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید تجربه می کنند. مداخله های مختلفی برای کاهش مشکلات روانشناختی و بار روانی مراقبان انجام شده است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاثیر آموزش روانی و کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۱۵۰ نفر از مراقبان خانوادگی بیماران روانی شدید بستری در تنها بیمارستان روانپزشکی شهر زاهدان به طور تصادفی در قالب سه گروه ۵۰ نفره مداخله کیفیت زندگی درمانی ، مداخله آموزش روانی و گروه کنترل در سال ۲۰۲۰ انجام شد. گروه مداخله کیفیت زندگی درمانی ۸ جلسه و گروه مداخله آموزش روانی چهار جلسه آموزش را طی دو هفته بصورت گروهی و به مدت ۹۰ دریافت کردند. قبل و ۴ هفته پس از اتمام آموزش ها، بار روانی مراقبان به کمک Zarit Burden Questionnaire مورد ارزیابی قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و به کمک آزمون های آماری تی زوجی، تی مستقل، کای دو و ANOVA تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین نمره بار روانی مراقبان سه گروه پس از دریافت آموزش ها تفاوت معنادار داشتند (P=۰/۳۱). آزمون های تعقیبی نشان داد که میانگین نمره بار روانی مراقبان گروه کیفیت زندگی درمانی و آموزش روانی با گروه کنترل تفاوت معنادار داشت (P=۰/۰۰۱). همچنین میانگین نمره بار روانی مراقبان گروه دریافت کننده کیفیت زندگی درمانی بطور معنادار از گروه آموزش روانی کمتر بود(P=۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: کیفیت زندگی درمانی در مقایسه با آموزش روانی در کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی شدید موثرتر بود. بنابراین استفاده از این روش ساده و قابل یادگیری برای مراقبان با سواد در قالب آموزش های ترخیص بیماران روانی پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی درمانی، آموزش روانی، بار روانی، مراقبان خانوادگی، بیماری های روانی شدید

کد اخلاق: IR.ZAUMS.REC.1399.114

* نویسنده پاسخگو: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز تحقیقات سلامت بارداری
E-mail: alinavidian@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

مقدمه

مطالعات اپیدمیولوژیک در ۵۹ کشور جهان در حد فاصل سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۳ نشان داده است که ۲/ ۲۹ درصد افراد بین سن ۱۶ تا ۶۵ ساله در طول عمر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند[۱]. به رغم دشواری در دستیابی به آمار دقیق در ایران ولی بررسی ها نشان می دهد که ۲۳/۶ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله معیارهای تشخیصی مربوط به حداقل یک اختلال روانپزشکی را در یک سال گذشته را دارند[۲]. واژه اختلال روانی شدید انواع اختلالات روانی روانپزشکی مانند اسکیزوفرنیا، اختلال هذیانی، اسکیزوافکتیو، اختلال دو قطبی و حتی در مواردی افسردگی را هم پوشش می دهد[۳]. اختلالات روانی شدید یکی از علل عمده ناتوانی بشمار می روند و هرچند که درمان دارویی مناسب نقش کلیدی را در بهبود و ارتقای عملکرد بیماران ایفا می کند ولی کیفیت مراقبت ارائه شده از سوی مراقبان خانوادگی هم بسیار اهمیت دارد [۴].

مراقبان خانگی بیماران هم ممکن است از سطح سلامت جسمی و روانی کمتری نسبت به افراد غیر مراقب برخوردارند[۵]. هیجانات منفی از جمله علایم اضطراب و افسردگی در اعضای خانواده ای که از بیماری های روانی مزمن مراقبت می کنند، بین ۴۰ تا ۵۵ درصد گزارش شده است. این هیجانات منفی ممکن است افراد را از مسیر زندگی طبیعی خارج کند بطوری که مهار زندگی از دست آنان خارج شود[۶]. بنا به اعتقاد روانشناسی سلامت و مثبت گرا هیجان پذیری منفی و روان نژندی، مانع بزرگی برای شادکامی مراقبان خانوادگی است[۷]. بنابراین مراقبت از فرد مبتلا به اختلال روانپزشکی، هیجانات منفی، استرس، اضطراب، بار روانی قابل توجهی به مراقبان خانوادگی تحمیل می کند. مشکلاتی که اعضای خانواده بیمار در نتیجه نقش مراقبتی شان تجربه می کنند بار مراقبتی خانواده نامیده می شود[۸].

مراقبت خانواده که در نتیجه آموزش های بالینی، روانی و اجتماعی در زمینه اختلالات روانی حاصل می شود، به میزان قابل توجهی شرایط مراقبتی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد[۹]. انواع مختلفی از مداخله های خانواده محور برای کاهش بار و استرس بیماران و مراقبان خانوادگی وجود دارد که از آن جمله می توان به درمان رفتاری، مداخله آموزش روانی خانواده و انواع خانواده درمانی ها اشاره کرد[۱۰]. مداخله آموزش روانی مداخله ای نظامند است که بر درمان شناختی رفتاری و حمایتی و با تاکید بر نیازهای بیمار و خانواده بنا نهاده شده است. این مداخله بر افزایش آگاهی بیمار و خانواده در مورد بیماری، سازگاری بهتر با بیماری، ارتباط و تسهیل مهارت های حل مسئله تاکید دارد[۱۱]. مداخله آموزش روانی خانواده در مطالعات مختلف و به اشکال گوناگون مورد استفاده قرار گرفته است که مطالعه آموزش روانی خانواده بر اساس الگوی اتکینسون و کوپا بر سلامت روان اعضای خانواده[۱۲]، مقایسه تاثیر آموزش روانی توسط پرستار و همتا بر بار روانی مراقبان خانوادگی [۱۳]، آموزش روانی توسط همتا به خانواده[۱۴]، آموزش روانی خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی[۱۵]، آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبان خانوادگی بیماران روانی[۱۶] و آموزشی روانی برفشار مراقبتی مراقبان خانوادگی و علایم روانشناختی[۱۰] از آن جمله اند.

یکی دیگر از رویکردهای آموزشی و مشاوره ای، کیفیت زندگی درمانی است. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین های شناختی رفتاری به دنبال ایجاد تحول و افزایش کیفیت در ۱۶ حوزه اصلی زندگی یعنی بهداشت و سلامت جسمانی، عزت نفس، اهداف و ارزش ها، پول و مادیات، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، همسایه و جامعه است .این الگوی درمانی با معرفی ۱۶ حوزه اصلی زندگی و ارایه اصول در هر یک از CASIO درمانی این حوزه ها به مراجعان کمک می کند نه تنها رضایتشان را در هر یک از حوزه ها، بلکه رضایت کلی شان از زندگی را افزایش دهند[۱۸،۱۷]. اثربخشی رویکرد کیفیت زندگی درمانی نیز در مطالعات مختلف از جمله در رضایت و کیفیت زندگی[۱۹]، بار روانی مراقبان خانوادگی معتادین[۲۰]، رضایت و شادکامی[۲۱]، رضایت زناشویی [۲۲]، استرس و رضایت از زندگی مراقبان خانوادگی معتادین[۲۳]، مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به شیوع اختلالات روانی و تاکید بر نگهداری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی در خانه، مراقبان خانوادگی را در معرض هیجانات منفی، فشار و بار مضاعف روانی قرار می دهد. با توجه به اثربخشی نسبی روش های مختلف مداخله ای، در این میان بحث بر سر روشی موثر، آسان و کاربردی تر است. اثربخشی رویکرد مشاوره ای کیفیت زندگی درمانی بر روی مشکلات گوناگون و حتی در مورد افراد غیر بیمار در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است. رویکرد آموزش روانی خانواده نیز در مطالعات مختلف در کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و بار روانی موثر گزارش شده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

است ولی سازوکار و فرآیند تاثیرگذاری این دو رویکرد با هم فرق دارد. بنابراین به منظور دستیابی و یافتن روشی با تاثیر گذاری بیشتر، این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر آموزش روانی و کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید بستری در بیمارستان روانپزشکی بهاران زاهدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه از نوع نیمه تجربی سه گروهی با طرح پیش آزمون – پس آزمون بود که بر روی ۱۵۰ نفر از مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روانپزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بر عهده داشتن کلیه مسولیت های بیمار و تجربه مراقبت از بیمار حداقل در یک دوره از بیماری، سن بالاتر از ۲۰ سال، توانایی برقراری ارتباط، دارا بودن حداقل تحصیل ۱۰ کلاس، نداشتن مشکلات حاد روانی ، عدم وجود حادثه ناگوار طی یک ماه گذشته از معیارهای ورود مراقب و ابتلا به اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلالات سایکوتیک طبق پرونده روانپزشکی، دارا بودن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال.، عدم ابتلا به اعتیاد توام با اختلال روانپزشکی از مهمترین معیارهای ورود بیماران در این مطالعه بودند. غیبت یا عدم شرکت مراقب در بیش از یک جلسه آموزشی، وقوع حادثه ناگوار و بحران در طی زمان اجرای مطالعه و ترخیص زودهنگام از بیمارستان از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها و با توجه به میانگین و انحراف معیار نمره بار روانی مراقبان خانوادگی در مطالعه نویدیان و همکاران و حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد در هر گروه مشخص شد. با توجه به سه گروهه بودن مطالعه حجم مطالعات مشابه در کشور و برای افزایش اعتبار مطالعه و امکان تعمیم بخشی بیشتر در هر گروه ۵۰ نفر و در مجموع ۱۵۰ نفر برآورد گردید[۱۵].

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه ای متشکل از دو بخش بود که مراقبان بیماران از طریق خودگزارش دهی در دو نوبت قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. بخش اول شامل اطلاعات فردی فرد مراقب و بیمار شامل: سن، نوع بیماری، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات،شغل،محل سکونت، مدت بیماری و نسبت با بیمار است. بخش دوم پرسشنامه ۲۲ گویه ای بار روانی خانوادگی بود.

پرسشنامه بار روانی خانواده: برای سنجش بار روانی خانواده از پرسش نامه زاریت و همکاران استفاده شد که رایج ترین ابزار سنجش برای اندازه گیری بار روانی ادراک شده ناشی از ارایه مراقبت توسط مراقب خانوادگی است. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه و ۴ بعد است. ابعاد بار روانی شامل، فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی بر روی مراقب بیمار می باشد. برای پاسخ گویی به هر گویه امتیازاتی به صورت هرگز(۰)، به ندرت(۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده شده است. مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبان بین صفر تا ۸۸ است. هر چه نمره کسب شده مراقب خانوادگی از این پرسشنامه بالاتر باشد، بار روانی وارد شده به مراقب هم بیشتر است. پایایی پرسشنامه در نسخه اصلی توسط سازنده اصلی به روش آزمون مجدد۷۱/. و همسانی درونی با آلفای کرونباخ۹۱/. بوده است[۲۴]. این پرسش نامه توسط نویدیان و همکاران باتوجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم و پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی۹۴/. و روایی آن علاوه بر روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسش نامه اضطراب هامیلتون ۸۹/. r=+ و نیز پرسش نامه افسردگی بک ۶۷/. r=+ تأیید شده است[۲۵]. پایایی آن در مطالعه حاضر به شیوه همسانی درونی به کمک آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تعیین شد.

بعد از دریافت کد اخلاق و معرفی نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به بیمارستان روانپزشکی بهاران زاهدان مراجعه شد و با مسولان مربوطه برای همکاری در اجرای مطالعه هماهنگی لازم بعمل آمد. ابتدا به شیوه نمونه گیری در دسترس، بیماران بستری واجد شرایط در بیمارستان روانپزشکی بهاران شناسایی شدند، سپس با خانواده های آنان تماس گرفته و درصورت دارا بودن معیارهای ورود و داشتن رضایت مراقب اصلی آنها شناسایی و بعد از وی دعوت می شد به بیمارستان مراجعه نماید. پس از مراجعه و ارتباط با مراقب اصلی مختصری درباره پژوهش توضیح و رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ می گردید. سپس مراقبان بیماران به کمک قانون تخصیص تصادفی به صورت تصادفی در سه گروه مداخله کیفیت زندگی درمانی، آموزش روانی و کنترل قرار گرفتند. سپس بطور تصادفی کارت ها از ظرف خارج شده و توالی ایجاد شده ثبت گردید و مبنای انتخاب و تخصیص افراد واجد شرایط قرار گرفت. از هر سه گروه پیش آزمون از طریق تکمیل پرسشنامه های بار روانی عمل آمد. برای گروه های مداخله به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

تفکیک تعلق گروهی هماهنگی لازم برای شروع جلسات درمانی انجام شد. گروه مداخله کیفیت زندگی درمانی هشت جلسه برنامه آموزش را بصورت یک روز درمیان و گروه مداخله آموزش روانی چهار جلسه را طی دو هفته و حتی المقدور در ساعات ملاقات و یا بر اساس توافق با شرکت کنندگان قبل یا بعد از پایان ساعات ملاقات و به مدت متوسط ۹۰ دقیقه براساس محتوای تعیین شده در جداول شماره ۱ و ۲ با هماهنگی مسولان بخش های مربوطه در قالب گروه های کوچک ۵ تا ۶ نفره دریافت کردند. ۴ هفته پس از پایان مداخله ها با هماهنگی های قبلی که با مراقبان بعمل آمده بود، پس آزمون انجام شد. محتوای این دو روش مداخله ای به دفعات در مطالعات متعددی در ایران مورد استفاده و تایید قرار گرفته است. گروه کنترل در این مدت هیچگونه مشاوره و آموزشی دریافت نکردند و در همان فاصله زمانی گروه های مداخله پس آزمون در مورد آنان نیز انجام شد. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار spss نسخه ۲۲ شد. ابتدا به کمک آمار توصیفی فراوانی، درصد میانگین، انحراف معیار تعیین و در ادامه آزمون آماری کای دو برای مقایسه متغیرهای دمو گرافیک کیفی سه گروه از آزمون تی زوجی برای مقایسه میانگین های قبل و بعد در هر گروه استفاده شد. برای مقایسه میانگین های سه گروه و آزمودن فرضیه از آزمون ANOVA و در ادامه از آزمون های تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معنادار در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به ثبت رسیده است. ارایه اطلاعاتی در خصوص پژوهش، مداخله و کسب رضایت آگاهانه کتبی، اطمینان از محرمانه بودن و آزاد بودن ترک مطالعه در هر مرحله از پژوهش، از ملاحظات اخلاقی این مطالعه بود.

یافته‌ها

نتیجه آزمون شاپیرو ویلک بر روی نمرات بار روانی قبل و بعد؛ نشان داد داده ها از توزیع نرمال برخوردار است. در نتیجه امکان استفاده از آزمون های پارامتریک فراهم بود. یافته ها در خصوص مشخصات فردی بیماران و مراقبان خانوادگی بر اساس جدول ۳ نشان می دهد که بین سه گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهایی همانند سن مراقب و بیمار، طول مدت بیماری، شغل مراقب و بیمار، جنسیت مراقب و بیمار، تحصیلات بیمار و مراقب، وضعیت تاهل بیمار و مراقب و نسبت خویشاوندی مراقب با بیمار در سه گروه تفاوت معنادار وجود نداشت ($P< ۰/۰۵$). یافته ها در خصوص متغیر اصلی یعنی بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی نشان داد که میانگین نمره بار روانی گروه دریافت کننده آموزش روانی قبل از آموزش از ۱۱/۴۳ ±۵۸/۵۸ به ۱۲/۵۱±۵۰/۷۲ پس از آن کاهش معنادار یافت ($p= ۰/۰۰۲$) و در مراقبان دریافت کننده مداخله کیفیت زندگی درمانی از ۱۰/۱۵ ±۵۷/۸۸ به ۹/۸۷ ±۴۷/۷۸ پس از آن کاهشی معنادار داشت ($p= ۰/۰۰۱$) ولی در گروه کنترل از ۱۰/۲۶±۵۶/۵۸ به ۱۱/۸۴±۵۷/۸۷ تغییر معنادار نداشت ($p= ۰/۸۲$). آزمون ANOVA نشان دادگرچه سه گروه قبل از مداخله ها تفاوت معنادار با هم نداشتند($p= ۰/۳۱$)، ولی پس از اجرای مداخله ها سه گروه با هم تفاوت معنادار داشتند ($p= ۰/۰۰۲$). در ادامه آزمون های تعقیبی بونفرونی در مقایسه های زوجی نشان داد میانگین نمره بار روانی گروه آموزش روانی و کیفیت زندگی درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند ($p= ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمره بار روانی گروه کیفیت زندگی درمانی بطور معنادار از گروه دریافت کننده آموزش روانی کمتر بود ($p= ۰/۰۱$).

جدول ۱: ساختار ومحتوای جلسات آموزشی

	محتوا
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر ، تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان شناسی، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، توافق بر حوزه های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ، بررسی نقش متغیرهای مربوطه در سلامت روانی افراد، دریافت بازخورد
جلسه دوم	مرور مطالب قبلی، معرفی CASIO ، شروع از بعد C بعنوان راهبرد اول، و کاربرد آن در کیفیت زندگی افراد.
جلسه سوم	مرور مطالب قبلی، بحث درباره CASIO ، معرفی A بعنوان راهبرد دوم، و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی.
جلسه چهارم	مرور مطالب جلسه قبلی، ادامهه بحث درباره CASIO ، معرفه ی SIO بعنوان راهبردهای های سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی،آموزش اصول کیفیت زندگی.
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کار برای این اصول برای افزایش رضایت از زندگی.
جلسه ششم	مرور مطالب قبل، ادامه بحث درباره اصول کیفیت زندگی، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در آن حیطه.
جلسه هفتم	تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی، کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون زندگی و اجرای پس آزمون
جلسه هشتم	مرور الگو و تکالیف، مرور همه جلسات درمان، رسیدن به کیفیت زندگی درمانی خود انجام تمرین و تکالیف بیشتر.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

جدول ۲: ساختارجلسات و محتوای آموزش روانی

	محتوای آموزشی
جلسه اول	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده، آشنایی با علل و عوامل مؤثر در ایجاد اختلالات روانی شدید، آشنایی با علائم عود و علایم و نشانه های بیماری ها، آشنایی با علل پرخاشگری و حالات تهاجمی بیماران، اهمیت درمان دارویی و آشنایی با عوارض داروها.
جلسه دوم	بیان احساسات و بحث گروهی درمورد تجارب مراقب در مراقبت و مشکلات مراقبت از بیمار، آموزش آرامسازی و روشهای کاهش اضطراب، انجام تمرین های عملی ریلکسیشن (تنفس عمیق ، دیافراگمی) و ماساژ فردی، چگونگی پر کردن اوقات فراغت.
جلسه سوم	مرور تجارب شناسائی شده، اهمیت شیوه های مقابله با مشکل و حل مسئله پذیرش و قبول مشکل (به جای گریه کردن و متوسل شدن به افکار آزار دهنده) ،آموزش راهکارهای مراقبت جسمی و روانی، نحوه مراقبت از خود، خواب کافی و استراحت، ورزش انجام تمرین عملی ریلکسیشن (تنفس عمیق و دیافراگمی).
جلسه چهارم	ایمن سازی محیط زندگی بیمار و چگونگی ارجاع به مراکز درمانی مربوطه و سایر سیستم های حمایتی، اهمیت حفظ صمیمیت روابط خانوادگی، یافتن معنا در زندگی.

جدول ۳: مقایسه مشخصات فردی مراقبان خانوادگی بیماران در گروه های آموزش روانی، کیفیت زندگی درمانی و کنترل

گروه	آموزش روانی		کیفیت زندگی درمانی		کنترل		نتیجه آزمون
متغیر	تعداد (۵۰)	درصد (۱۰۰)	تعداد (۵۰)	درصد (۱۰۰)	تعداد (۵۰)	درصد (۱۰۰)	
جنس بیمار							p=۰/۷۷*
زن	۳۱	۶۲	۳۰	۶۰	۲۸	۵۴	
مرد	۱۹	۳۸	۲۰	۴۰	۲۲	۴۴	
شغل بیمار							p=۰/۸۱*
شاغل	۱۸	۳۶	۲۰	۴۰	۱۷	۳۴	
غیر شاغل	۳۲	۶۴	۳۰	۶۰	۳۳	۶۶	
تاهل بیمار							p=۰/۵۷*
متاهل	۲۷	۵۴	۲۳	۴۶	۲۸	۵۶	
مجرد	۲۳	۴۶	۲۷	۵۴	۲۲	۴۴	
تحصیلات بیمار							p=۰/۷۱*
بیسواد	۱۱	۲۲	۸	۱۶	۷	۱۴	
زیر دیپلم	۲۰	۴۰	۲۰	۴۰	۲۱	۴۲	
دیپلم	۱۳	۲۶	۱۸	۳۶	۱۶	۳۲	
بالاتر	۶	۱۲	۴	۸	۶	۱۲	
تاهل مراقب							p=۰/۶۳*
متاهل	۴۳	۸۶	۴۵	۹۰	۴۸	۹۶	
مجرد	۷	۱۴	۵	۱۰	۲	۴	
جنس مراقب							p=۰/۸۲*
زن	۳۰	۶۰	۲۸	۵۶	۲۷	۵۴	
مرد	۲۰	۴۰	۲۲	۴۴	۲۳	۴۶	
شغل مراقب							p=۰/۸۵*
شاغل	۲۲	۴۴	۲۷	۵۴	۲۲	۴۴	
غیر شاغل	۲۸	۵۶	۲۳	۴۶	۲۸	۵۶	
تحصیلات مراقب							p=۰/۳۷*
زیر دیپلم	۳۳	۶۶	۳۰	۶۰	۳۸	۷۶	
دیپلم	۱۰	۲۰	۱۵	۳۰	۸	۱۶	
بالاتر	۷	۱۴	۵	۱۰	۴	۸	
نسبت خویشاوندی با بیمار							p=۰/۵۸*
والدین	۱۳	۲۶	۹	۱۸	۱۴	۲۸	
خواهر برادر	۱۶	۳۲	۱۹	۳۸	۱۰	۲۰	
همسر	۱۲	۲۴	۱۳	۲۶	۱۴	۲۸	
فرزند	۹	۱۸	۹	۱۸	۱۲	۲۴	
	(انحراف معیار) میانگین		(انحراف معیار) میانگین		(انحراف معیار) میانگین		
سن بیمار	۳۶/۲۴ (۹/۸۰)		۳۶/۶۴.(۹/۲۳)		۳۶/۱۰.(۱۰/۶۰)		P = ۰/96**
سن مراقب	۳۸/۹۶.(۱۳/۴۸)		۳۸/۴۲(۱۰/۱۲)		۴۱/۳۸.(۱۰/۴۹)		P = ۰/41**
مدت بیماری (سال)	8/68.(۸/۴۱)		۷/۶۴.(۵/۵۳)		۹/۹۴.(۷/۷۴)		P = ۰/29**

کای دو * ANOVA * *

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

جدول ۴ مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی قبل و بعد از مداخله در گروه های آموزش روانی، کیفیت زندگی درمانی و کنترل

زمان / گروه	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین	پس از مداخله (انحراف معیار) میانگین	تغییرات (انحراف معیار) میانگین	آزمون تی زوج
آموزش روانی	۵۸/۵۸ (۱۱/۴۳)	۵۰/۷۲(۱۲/۵۱)	-۶/۸۸(۳/۳۲)	P=۰/۰۰۲
کیفیت زندگی درمانی	۵۷/۸۸ (۱۰/۱۵)	۴۷/۷۸ (۹/۸۷)	-۱۰/۲۵ (۶/۲۲)	P=۰/۰۰۱
کنترل	۵۶/۵۸(۱۰/۲۶)	۵۷/۸۷(۱۱/۸۴)	۱/۰۲(۰/۶)	P=۰/۸۲
آزمون ANOVA	P=۰/۳۱	P=۰/۰۰۲	P=۰/۰۰۱	

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل هر دو مداخله بکار گرفته شده یعنی کیفیت زندگی درمانی و آموزش روانی می توانند بر کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شدید، تاثیر مثبت و معنادار داشته باشند. اما مداخله کیفیت زندگی درمانی نسبت به مداخله آموزش روانی در کاهش بار روانی تاثیر بیشتری داشته است. مرور مطالعات مرتبط در راستای تایید بخشی از نتیجه فوق مبنی بر اثربخشی آموزش روانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی می باشد که در مطالعات مختلف به عنوان اولین رویکرد آموزشی خانواده محور در حوزه خانواده بیماران روانی مورد آزمون قرار گرفته است. مطالعه Magliano و همکاران این فرضیه را مورد تایید قرار داده است که ادغام مداخله های خانوادگی آموزش روانی در مراقبت های رایج، تاثیر مثبت و معنادار بر پیامدهای اجتماعی و بار روانی خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارد[۲۶]. سایر مطالعات از جمله مطالعه نویدیان و همکاران و نیز مطالعه پهلوانزاده و همکاران در راستای تاثیر مداخله آموزش روانی نشان داده است که برنامه آموزش روانی گروهی ۴ جلسه ای می تواند بار روانی، اضطراب، استرس و افسردگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اختلالات طیف اسکیزوفرنی را در پیگیری سه ماهه پس از دریافت آموزش کاهش دهد[۱۵،۱۶]. مطالعه حاضر از نظر تعداد، ساختار و محتوای جلسات شبیه به آنچه در دو مطالعه فوق استفاده شده است. در راستای تایید این بخش از یافته ها، مطالعه شریف و همکاران نشان داد مداخله آموزش روانی طولانی مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای توانسته است علاوه بر کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی سرپایی، کاهش معنادار در شدت علایم بیماری را هم در پی داشته باشد [۱۰]. در خصوص اثربخشی آموزش روانی مطالعات نشان داده است که این مداخله نه تنها در کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران روانی تاثیر مثبتی داشته است بلکه بر روی کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی سایر بیماری های مزمن و جدی نظیر مراقبان بیماران دمانس، همودیالیزی و سالمندان نیز موثر بوده است[۲۷].

بخش دوم یافته های مطالعه حاضر حاکی از اثربخشی مثبت و معنادار مداخله کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی است. در خصوص اثربخشی مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی می توان گفت تاثیر این روش بر مشکلات گوناگون و حتی در مورد افراد غیر بیمار در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است. بطوری که تاثیر کیفیت زندگی درمانی بر رضایت و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به وسواس[۱۹]، افسردگی مبتلایان به سوگ[۲۸]، بهزیستی روان شناختی[۲۹] و بهبود کیفیت زندگی معتادان[۳۰] مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. در مرور، مطالعه ای مبنی بر کاربرد رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی یافت نشد ولی مطالعه کریمی و همکاران در حوزه اعتیاد نشان داد که استفاده از مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی به صورت گروهی و بر اساس ساختار ۸ جلسه ای بر کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی معتادین در حال ترک مراجعه کننده به یک بیمارستان روانپزشکی، تاثیر مثبت و معنادار آماری داشته است[۲۰]. مداخله کیفیت زندگی درمانی بر مشکلات روانشناختی مراقبان نیز مورد بررسی قرار گرفته و نتیجه آن نشان داد که این رویکرد مشاوره ای آموزشی تأثیر مثبتی بر کاهش شدت واکنشهای روانشناختی مراقبان خانوادگی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی را نیز در پی داشته است [۳۱]. همچنین کیفیت زندگی درمانی، رضایت از زندگی مراقبان خانوادگی معتادین را که اغلب همسران بیماران بودند، به نحو چشمگیری افزایش داده است[۲۳].

بطور کلی مطالعات مرتبط و غیر مرتبط با مراقبان خانوادگی نشان می دهد که کیفیت زندگی درمانی روشی موثر برای بهبود وضعیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

بهداشت روانی در اکثر گروه ها و جمعیت ها از جمله حوزه مراقبان خانوادگی بیماران است.

بخش سوم یافته ها با توجه به هدف اصلی مطالعه مبنی بر مقایسه تاثیر دو روش مداخله ای در کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی نشان داد که در مقام مقایسه، مداخله کیفیت زندگی درمانی نسبت به مداخله آموزش روانی در کاهش بار روانی تاثیر بیشتری دارد. متفاوت بودن این دو رویکرد آموزشی و مشاوره ای در کاهش بار روانی را می توان به سازوکار تاثیرگذاری متفاوت آنها مربوط دانست. در گروه آموزش روانی بیشتر مداخله بر بیمار، علایم، تعامل با بیمار، برخورد مناسب با علایم و مشکلات رفتاری، اثرات حضور در گروه و کمتر بر مراقب متمرکز است. معقدند آشنایی با علایم بیماری و مشکلات رفتاری بیمار، آگاهی مراقبان و خانواده از راهبردهای مقابله ای در برخورد با علایم و موقعیت های دشوار، یادگیری راه های موثر ابراز هیجانی، پذیرش بیماری و سازگاری بهتر با نقش مراقبتی خود، حساسیت و نظارت بیشتر در مصرف داروها توسط بیمار که منجر به کاهش شدت علایم و نهایتا کاهش استرس های مراقبان از جمله مولفه های آموزش روانی است که احتمالا در تاثیر گذاری بر بار روانی دخیل هستند[۱۰،۱۳،۱۵]. در حالی که در رویکرد کیفیت زندگی درمانی سازوکار تاثیر گذاری متفاوت و بجای بیمار، علایم و یادگیری نحوه تعامل با بیمار و مقابله با مشکلات مرتبط با بیماری، بیشتر بر فرد مراقب متمرکز است. تمرین های شناختی رفتاری شامل طرح تنظیم فعالیت روزانه، ثبت و گزارش استرس، بکارگیری روش های آرام بخشی، فن زمان گریستن، شناسایی خطاهای شناختی و اصلاح نگرش ها و باورهای غیر منطقی، افزایش آگاهی و اراده برای تغییر جنبه های قابل تغییر زندگی، آموزش شناسایی و برآوردن نیازها و اهداف در حوزه های با ارزش زندگی، افزایش خودمراقبتی، غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی مهمترین عناصر درمانی این مداخله عمومی را تشکیل می دهند [۱۷،۱۸،۳۲،۳۳]. یکسان نبودن مراقبان از نظر رابطه خویشاوندی با بیمار، تنوع در نوع اختلال روانپزشکی و عدم سنجش ماندگاری تاثیر مداخله در طولانی مدت از جمله محدودیت های مطالعه حاضر هستند. یافته ها این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله کیفیت زندگی درمانی و آموزش روانی در مقایسه با روش معمول بر کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی شدید تاثیر مثبت و معنادار دارند ولی تاثیر رویکرد کیفیت زندگی درمانی بیشتر بود. با توجه به سهولت یادگیری روش کیفیت زندگی درمانی با استفاده از کتابچه آموزشی خودیار به رغم تعداد جلسات زیاد، بنابراین آموزش این مداخله به مراقبان خانوادگی بیماران روانی به منظور کاهش بار روانی و در نتیجه ارایه مراقبت خانوادگی بهتر به بیماران از سوی تیم روانپزشکی توصیه می شود.

سهم نویسندگان

نسرین رضایی: کمک در طراحی پروپوزال و مداخله، مشارکت در تهیه و تدوین مقاله

سهیلا پویا مقدم: اجرای مداخله و جمع آوری داده های تحقیق

علی نویدیان: کمک در طراحی تحقیق، تجزیه و تجلیل داده ها و نگارش مقاله و راهنمای طرح

مهناز قلجه: کمک در طراحی پروپوزال و اجرای مداخله های آموزشی

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری با کد ۹۹۱۶ در دانشکده پرستاری و مامایی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه انجام شده است. از معاونت تحقیقات و فناوری، مدیریت و پرستاران بیمارستان روانپزشکی و همکاری خانواده بیماران تقدیر و تشکر به عمل میآید.

منابع

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International Journal of Epidemiology2014;43:476-93doi: 10.1093/ije/dyu038.

2. Vandad Sharifi M, Hajebi A, Radgoodarzi R. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey 2011. Archives of Iranian Medicine 2015; 18: 76e84

3. Nesvåg R, Jönsson EG, Bakken IJ, Knudsen GP, Bjella TD, Reichborn-Kjennerud T, Melle I, Andreassen OA. The quality of severe mental disorder diagnoses in a national health registry as compared to research diagnoses based on structured interview. BMC Psychiatry 2017; 17: 93

4. Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GD,Vahidi M. Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

Iran: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Sciences 2019; 6: 148-153

5. Wells R, Dywan J, Dumas J. Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioral changes after traumatic brain injury. Brain Injury 2005; 19:1105-1115

6. Mojaradkahani AH, GhanbareHashemabade GH. Assessing the effectiveness of educational interventions on mental group family practice patients with mood disorders, Journal of Family Counseling and Psychotherapy 2011; 1: 399-412 [Persian]

7. Kiani A, Solati K. The effect of quality of life therapy (QOLT) on mental health for the families of chronic psychotic patients. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2018; 20: 51-58 [Persian]

8. Chan, SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2011; 25: 339-349.

9. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. Journal of the American Geriatrics Society 2003; 51:657-64

10. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of psycho-educational intervention for family members caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz , Iran BMC Psychiatry 2012;12:48

11. Khodabakhshi Koolaee A, Etemadi A: The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. International Journal of Social Psychiatry. 2010; 56: 634-646 10.1177/0020764009344144 [Persian]

12. Mami S, kaikhavani S, Amirian K, Neyazi E. The effectiveness of family psycho-education on mental health family members of patients with psychosis. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences 2016;24:8-17 [Persian]

13. Raeisi M, Navidian A, Rezaee N. Comparison of the Effect of Nurses' Education on Stress, Anxiety and Depression of Family Caregivers of Patients Hospitalized with Schizophrenia Disorder. Archives of Pharmacy Practice 2020; 11:82-7

14. Dixon LB, Luksted A, Medoff DR , BurlandJ , Stewart B , Lehman AF ,et all . Outcomes of a randomized study of a peer –taught family-to-family education program for mental illness. Psychiatric Services 2011; 62:7-591

15. Navidian A, Kermansaravi F, Navabirigi SH. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. BMC Research Notes 2012; 5:399

16. Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patient with mental disorders. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2010; 3:228-236 [Persian]

17. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. 1st Edition, New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.

18. Frisch MB. Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the quality of life inventory (QOLI). Social Indicators Research 2013; 114: 193-227 doi: 10.1007/s11205-012-0140-7.

19. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorders in Iran. European Child and Adolescent Psychiatry 2010;19:605-613 DOI10.1007/s00787-010-0099-4

20. Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. Effect of the quality of life therapy intervention on the burden of the family caregivers of addicts. Hayat 2019; 25: 231-251 [Persian]

21. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. Behavioral Sciences Research 2013;10:363-372 [Persian]

22. Nooripour R, Bass CK, Apsche J. Effectiveness of quality of life therapy aimed at improving sexual efficacy and marital satisfaction in addict couples of treatment period. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2013; 8:26-29

23. Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. The Effect of group counseling based on quality of life therapy on stress and life satisfaction in family caregivers of individuals with substance use problem: A Randomized controlled trial, Issues in Mental Health Nursing 2019; 40:1012-1018 doi:10.1080/01612840.2019.1609635

24. Zarit SH, Reever KE, Bach-petrson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist, 1980; 20:649-655

25. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]

Pakistan Journal of Psychological Research 2008; 23: 19-28

26. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Favata G, Sasso A, et al. Family psycho-educational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2006; 15: 219-27.

27. Orrell M, Yates L, Leung P, Kang S, Hoare Z, Whitaker C, et al. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomized controlled trial. PLOS Medicine 2017; 214: e1002269 doi.org/ 10.1371/journal.pmed.1002269

28. Ysefpoor N, Akbari A, Ahangari E, Samari AA. An investigation of the effectiveness of psychotherapy based on the life quality improvement on the reduction of depression of those suffering from complicated grief. Research in Clinical Psychology and Counseling 2017; 7: 21-37 doi:10.22067/ijap.v7i1.54663 [Persian]

29. Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick D. A randomized controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. Computers in Human Behavior 2009; 25: 749-760 doi: 10.1016/j.chb.2009.02.003.

30. Porzoor P, Alizadeh Ghoradel J, Yaghuti Zargar H, Basharpoor S. Effectiveness of positive psychotherapy in improving opiate addicts' quality of life. Quarterly Journal of Research on Addiction 2015; 9: 137-148 [Persian]

31. Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. The effect of group counseling based on quality of life therapy on psychological reactions in family caregivers of addicts. Hayat 2020; 26:163-177 [Persian]

32. Kajbaf M, Hosseini F, Qamarani A, Rosazian N. Comparison of the efficacy of life quality therapy and Islamic-based Islamic-based treatment on perceived stress, anxiety and depression in women with tension cancer. Clinical Psychology 2017; 9: 21-38 [Persian]

33. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. Effectiveness of psychotherapy based on the quality of life, psychological well-being discordant couples. Journal of Counseling and Psychotherapy Family 2012; 3:105- 123 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.20.1.4.5]
[DOI: 10.29252/payesh.20.1.71]