

Positive Psychotherapy to Improve the Quality of Life of Paraplegic Veterans through Virtual Social Networks

Manijeh Firoozi ^{*1}, Mehrdad Ramezani Piyani ²

¹ Assistant Professor in Health Psychology, University of Tehran, Farabi Campus, Tehran, Iran

² M.Sc. in Clinical Psychology, University of Tehran, Farabi Campus, Tehran, Iran

Received: 1 August 2017 Accepted: 31 July 2018

Abstract

Background and Aim: The application of social networks in psychological interventions is novel, but tends to rapid increase. People who have a need for psychological interventions may benefit from such modern technologies. In the present study, we aimed to study the effectiveness of positive psychotherapy on the quality of life of paraplegic veterans through social networks.

Methods: This was a semi-experimental pre-test-post-test with the control group. The population consisted of all paraplegic veterans in Khuzestan province in 2017. A total of 36 veterans were randomly selected and randomly assigned to experimental and control groups. Questionnaires used included "Health-related quality of life (HRQOL)", "Pittsburgh Sleep Quality Assessment (PSQI)" and "Beck's Depression Inventory (BDI)", which were completed by both groups before the intervention. Then, a positive psycho-therapeutic intervention was performed on the experimental group during 14 sessions, while the control group did not receive any intervention. Both groups completed the questionnaires again post-test. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: Positive psychotherapy through social networks has a significant effect on improvement in quality of life (in physical, psychological, and environmental health) ($P < 0.05$) and decreasing sleep disorders and depression of veterans ($P < 0.001$). This intervention did not have a significant impact on social health, this impact was achieved at a moderate level (between 23 to 71 percent).

Conclusion: Positive psychotherapy through virtual networks can improve the quality of life of paraplegic veterans. Modifying beliefs, increasing social interactions and increasing intellectual and physical activity for doing homework led to improvement in quality of life. There are challenges to the application of this technique.

Keywords: Veteran, Paraplegia, Quality of Life, Positive Psychotherapy, Social Networks.

*Corresponding author: Manijeh Firoozi, Email: mfiroozy@ut.ac.ir

روان‌درمانی مثبت‌نگر برای ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان پاراپلژی از طریق شبکه‌های اجتماعی مجازی

منیژه فیروزی^{۱*}، مهرداد رمضانی پیانی^۲

^۱استادیار، روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران، پردیس فارابی، تهران، ایران

^۲کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران، پردیس فارابی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از شبکه‌های اجتماعی در اجرای مداخلات روانشناختی امری جدید، اما به سرعت رشد کننده است. افرادی که سطح نیاز بالایی به چنین مداخلاتی دارند، می‌توانند با ابزارهای مدرن از آن بهره‌مند شوند. در پژوهش حاضر تلاش شد تا اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی جانبازان پاراپلژی از طریق شبکه‌های اجتماعی مورد مطالعه قرار گیرد.

روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه جانبازان پاراپلژی در استان خوزستان در سال ۱۳۹۶ بودند که ۳۶ نفر از آن‌ها به صورت تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل آزمون‌های کیفیت زندگی (HRQOL)، اضطراب Beck و افسردگی Beck بودند که آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از مداخله آزمایشی، آنها را تکمیل کردند. سپس مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر طی ۱۴ جلسه روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق شبکه‌های مجازی تاثیر معنی‌داری بر کاهش افزایش کیفیت زندگی (در سه حیطه سلامت جسمانی، روانی، و محیطی)، در سطح $P < 0.05$ و اختلالات خواب و افسردگی جانبازان پاراپلژی در سطح $P < 0.001$ داشت و توانست اختلاف معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله ایجاد کند، اما در مورد سلامت اجتماعی، این مداخله تاثیر معناداری ایجاد نکرد، این تاثیرگذاری در سطح متوسط (بین ۲۳ تا ۷۱ درصد) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق شبکه‌های مجازی می‌تواند کیفیت زندگی جانبازان پاراپلژی را بهبود بخشد. این بهبود از طریق مکانیسم‌های مختلف مانند تغییر باورها، افزایش تعاملات اجتماعی، افزایش فعالیت‌های فکری و جسمی به خاطر انجام تکالیف ایجاد می‌گردد. قابل توجه این که در مسیر اجرایی شدن این تکنیک در حال حاضر چالش‌هایی وجود دارد که در این مطالعه به آن اشاره شده است.

کلیدواژه‌ها: جانباز، پاراپلژی، کیفیت زندگی، روان‌درمانی مثبت‌نگر، شبکه‌های اجتماعی مجازی.

*نویسنده مسئول: منیژه فیروزی. پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۰۹

مقدمه

جنگ به عنوان یک عامل فشارزای روانی، پیامدهای گسترده-ای را در زمینه‌های مختلف فردی و اجتماعی بر جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات جسمی و روانی فرد جانباز و اثرات غیرمستقیم آن بر خانواده‌های آنان از جمله ناگوارترین تبعات این پدیده است (۱). در ایران در حال حاضر تعداد جانبازان آسیب نخاعی ۲۰۱۴ نفر است. طبق آمار اعلام شده از سوی معاونت بهداشت در حال حاضر هشتاد هزار معلول نخاعی در کشور وجود دارد که از این تعداد دو هزار نفر جانبازانی هستند که در جریان جنگ تحمیلی دچار این ضایعه شده‌اند (۲). مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که از دست دادن عضوی از بدن، پیامدهای روان شناختی گوناگونی در بر دارد. این عوارض، وسیع بوده و به طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی افراد آسیب دیده از جنبه‌های مختلف تاثیر می‌گذارد (۳).

جنگ‌ها کیفیت زندگی را بیش از هر عامل دیگری تحت تاثیر قرار می‌دهند (۴). جانبازان با آسیب نخاعی کیفیت زندگی بهداشتی پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند (۵) و نشانه‌های درد و PTSD در آنها عمومیت دارد که پیامد آن خشم و پریشانی هیجانی است (۶). Seligman در سال ۱۹۹۸ روان‌شناسان را نه تنها بر تمرکز بر درمان بیماری روانی بلکه ایجاد زندگی پر بار، کامل، شناسایی و پرورش استعدادها هدایت کرد (۷). روان‌شناسی مثبت‌نگر حوزه تمرکز روان‌شناسی بالینی را فراتر از علائم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (۸). امروزه کیفیت زندگی یک شاخص اساسی سلامت محسوب می‌شود که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک و عملکردی را در بر می‌گیرد. بنابراین می‌توان مجموعه‌ای از وضعیت بهینه جسمانی، روانی و اجتماعی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود (مانند شادی، رضایت، افتخار، سلامتی، موقعیت اقتصادی، فرصت آموزشی و غیره) را همان کیفیت زندگی دانست (۹).

مطابق با پروتکل ۱۴ جلسه‌ای روان‌درمانی مثبت‌نگر Rashid و Seligman (۱۰) در هر کدام از جلسات موضوع متفاوتی از روان‌شناسی مثبت‌نگر مورد توجه قرار می‌گیرد. پژوهش‌های گوناگونی اثر بخشی این درمان را تایید کرده‌اند. به طور مثال، روان‌درمانی مثبت‌نگر با عنوان مداخله‌ای موثر برای درمان اختلالات روان‌شناختی، بازتوانی اختلالات شناختی، ترک سیگار و مقابله با درماندگی در بیماران مبتلا به آسیب مغزی به کار گرفته شده است (۱۱-۱۴). اگرچه روان‌درمانی مثبت‌نگر برای مواجهه با انواع ناتوانی‌های جسمی و ذهنی به کار رفته شده، اما تاکنون برای آسیب دیدگان در جنگ مورد استفاده قرار نگرفته است. آسیب دیدگان در جنگ بیش از دیگران مستعد از دست دادن معنا هستند. به علاوه، با گسترده شدن جنگ‌های تحمیلی گوناگون در سطح منطقه، منطقی است که باید برای مقابله با انواع آسیب‌ها آماده باشیم.

اینترنت نیز به عنوان یکی از ابعاد نوپای این فناوری‌های جدید جهان معاصر، نقش مهمی در تغییر و تحول زندگی افراد جامعه دارد و با ورود به زندگی افراد به یکی از ابزارهای لازم زندگی تبدیل شده است (۱۵). به کارگیری شبکه‌های اجتماعی مجازی برای انتقال مفاهیم روان‌شناختی رویکردی جدید است. این رویکرد دسترسی به افراد خواهان مداخله را تسهیل می‌کند. تحقیقات نشان داده که دسترسی به نمونه‌ها از این طریق آسان‌ترین تکنیک است و ریزش مشارکت کنندگان در کمترین سطح قرار دارد (۱۶). پژوهشگران از این ابزار نو ظهور برای آموزش و مداخله روان‌شناختی به خوبی استفاده کرده‌اند. به طور مثال، برای کاهش استرس شغلی پرستاران، تفکر مثبت را از طریق تلگرام آموزش دادند (۱۷). در آموزش به مادرانی که از نوزادان مراقبت می‌کنند (۱۸) و تغییر نگرش زنان برای رفتارهای سلامت (۱۹) از این ابزار استفاده شد. در مطالعه Razmgah و همکاران برای درمان اینترنتی اندازه اثر ۵۳٪ پیدا شد. یعنی اثر روان‌درمانی اینترنتی متوسط گزارش گردید که کاملاً شبیه اندازه اثر درمان چهره به چهره سنتی است (۲۰). این ابزار اگرچه پرچالش است و مشکلات اجرایی فراوانی دارد اما برای کسانی که امکان دسترسی به امکانات درمانی ندارند، می‌تواند سودمند باشد.

استفاده شبکه‌های اجتماعی مجازی از جهات مختلفی برای جانبازان مبتلا به پاراپلژی با اهمیت است. اول از همه امکانات برقراری با افرادی که شرایط مشابه دارند، تسهیل می‌شود، امکان کنترل کاربری بالایی دارد. در هر زمان می‌تواند با گروه درمانگر ارتباط داشته باشد. مشکل مسافت کاهش می‌یابد و هزینه‌های درمانی کاهش پیدا می‌کند. با وجود اهمیت این تکنیک، استفاده از آن برای جانبازان امری جدید است و پژوهش‌های زیادی به آن نپرداختند. از این نظر این پژوهش، به خصوص در ایران نوآورانه است. هدف اصلی پژوهش، مطالعه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر برای ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان پاراپلژی از طریق شبکه‌های اجتماعی مجازی است.

روش‌ها

این پژوهش، از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون به همراه گروه کنترل بین جانبازان پاراپلژی استان خوزستان در سال ۱۳۹۶ بود. تشخیص پاراپلژی بر اساس مندرجات در پرونده پزشکی بایگانی در بنیاد شهید انجام پذیرفت. ۳۶ نفر از جانبازانی که با معیارهای ورود و خروج پژوهش همخوان بودند، به صورت تصادفی از فهرست بنیاد شهید و امور ایثارگران استان خوزستان انتخاب شدند و سپس آنها به صورت تصادفی سازی ساده (اعداد تصادفی) در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جای‌گذاری گردیدند (هر گروه شامل ۱۸ شرکت‌کننده بود). برای انجام پژوهش‌های نیمه تجربی، تعداد حداقل ۱۵ نفر ضروری است (۲۱). از آنجا که انتخاب بیشتر نمونه به دلیل اندک بودن جامعه

پژوهش و برخی ملاحظات اجرایی امکان پذیر نبود، به تعداد حداقل بسنده شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل، دارا بودن تشخیص پاراپلژی (آسیب نخاعی زیر سطح مهره اول پشتی (T1) که منجر به فلج کامل در اندام ها می شود، در حالی که دستها سالمند)، سن کمتر از ۶۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، آشنایی و علاقه مندی به فضای مجازی و علاقه به فعالیتهای گروهی بود. معیارهای خروج عبارت بود از داشتن سابقه روانپزشکی جدی (داشتن اختلالات مزمن روانپزشکی)، نداشتن بیماری جسمی که مانع شرکت در جلسات مجازی و انجام تکالیف خانگی شود و دسترسی نداشتن به اینترنت به صورت پیوسته. قبل از انجام هرگونه مداخله درمانی، در پیش آزمون به صورت مجازی بر روی هر دو گروه اجرا شد که شامل آزمونهای کیفیت زندگی (IRQOL)، اضطراب و افسردگی بک بود. برنامه مداخله روان درمان مثبت نگر شامل ۱۴ جلسه، ۴۵ دقیقه ای و دو جلسه در هفته بود که در هر جلسه

پژوهش و برخی ملاحظات اجرایی امکان پذیر نبود، به تعداد حداقل بسنده شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل، دارا بودن تشخیص پاراپلژی (آسیب نخاعی زیر سطح مهره اول پشتی (T1) که منجر به فلج کامل در اندام ها می شود، در حالی که دستها سالمند)، سن کمتر از ۶۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، آشنایی و علاقه مندی به فضای مجازی و علاقه به فعالیتهای گروهی بود. معیارهای خروج عبارت بود از داشتن سابقه روانپزشکی جدی (داشتن اختلالات مزمن روانپزشکی)، نداشتن بیماری جسمی که مانع شرکت در جلسات مجازی و انجام تکالیف خانگی شود و دسترسی نداشتن به اینترنت به صورت پیوسته. قبل از انجام هرگونه مداخله درمانی، در پیش آزمون به صورت مجازی بر روی هر دو گروه اجرا شد که شامل آزمونهای کیفیت زندگی (IRQOL)، اضطراب و افسردگی بک بود. برنامه مداخله روان درمان مثبت نگر شامل ۱۴ جلسه، ۴۵ دقیقه ای و دو جلسه در هفته بود که در هر جلسه

جدول-۱. پروتکل روان شناسی مثبت سلیگمن و رشید برای جانبازان مبتلا به پاراپلژی

جلسه	محتوای جلسات	تکالیف خانگی
۱	آشنایی با شرکت کنندگان، چارچوب روان درمانی، آشنایی با قوانین گروه و تاکید بر حفظ اصول برای ماندن در گروه مداخله	خود معرفی مثبت درمان جو در یک صفحه
۲	مرور داستان مثبت و شناسایی توانمندیهای درون داستان و بحث در مورد سه مسیر شادی	ردیابی مسیرهای شاد در زندگی روزمره
۳	فرمول بندی و اجرای توانمندیها	نوشتن سه نشانه مثبت در روز گذشته
۴	کمک به برای درک نقش خاطرات بد در حفظ علائم افسردگی	نوشتن سه خاطره بد
۵	معرفی بخشش به عنوان ابزاری برای از بین بردن هیجانهای منفی	نوشتن نامه بخشش به شخص منفور
۶	تمرکز بر شکر گذاری	نوشتن نامه تشکر به عزیزان
۷	مرور میانه‌های درمان، بررسی پیشرفت درمان	
۸	آموزش رضایت در برابر کمال خواهی	نوشتن طرح رضایت شخصی
۹	تمرکز به امید و خوش بینی	مرو تمرین در بسته و در باز در زندگی
۱۰	بررسی پیشرفت درمان	
۱۱	تمرکز بر عشق و دل بستگی، آموزش تعهد و معنا در روابط	پاسخ‌دهی به شیوه فعال سازنده،
۱۲	افزایش معنا از طریق شناسایی توانمندیهای بالای اعضای خانواده	انجام تکلیف توانمندیهای خانواده
۱۳	آشنایی با مفهوم حس ذائقه (مزه کردن لذتها)	طرح‌ریزی و انجام فعالیت‌های لذت بخش
۱۴	مورد بحث قرار گرفتن زندگی کامل	مرور همه تکالیف خانگی

در این پژوهش، از پرسشنامه های زیر به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال هستند). دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سؤال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. در مطالعات پایایی آزمون، بازآزمون ۸۰٪ و همسانی درونی بین ۶۰٪ تا ۹۰٪ و همبستگی بالایی برای

اعتبار سازه و افتراقی این مقیاس نشان داده شده است. اعتبار محاسبه شده این آزمون در حیطه‌های سلامت فیزیکی ۷۷٪، سلامت روانی ۷۷٪، روابط اجتماعی ۷۵٪ و سلامت محیط ۸۴٪ می‌باشد و آلفای کرونباخ در حیطه‌های سلامت جسمانی ۷۰٪، سلامت روان ۷۳٪، روابط اجتماعی ۵۵٪ و سلامت محیط ۸۴٪ محاسبه گردید (۲۳).

پرسشنامه افسردگی Beck ویرایش دوم (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)، یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۲۱ ماده‌ای است که برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی طراحی شده است. هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای است که بر مبنای آن از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمرات از ۰ تا ۶۳ می‌باشد که بیشترین نمره نشان‌گر علائم شدید

اعتبار سازه و افتراقی این مقیاس نشان داده شده است. اعتبار محاسبه شده این آزمون در حیطه‌های سلامت فیزیکی ۷۷٪، سلامت روانی ۷۷٪، روابط اجتماعی ۷۵٪ و سلامت محیط ۸۴٪ می‌باشد و آلفای کرونباخ در حیطه‌های سلامت جسمانی ۷۰٪، سلامت روان ۷۳٪، روابط اجتماعی ۵۵٪ و سلامت محیط ۸۴٪ محاسبه گردید (۲۳).

ملاحظات اخلاقی: همه مشارکت کننده ها از اهداف پژوهش مطلع شدند. به آنها توضیح داده شد که هر گاه تمایل داشتند می توانند از پژوهش خارج شوند، با این وجود کسی پژوهش را تا به آخر ترک نکرد. در ضمن، به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد. این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان با شماره کد اخلاق دریافت کرد.

نتایج

در این پژوهش جمعاً ۳۶ نفر که همگی مرد بودند، مشارکت داشتند و در دو گروه ۱۸ نفری قرار گرفتند. ۱۸ نفر (۵۰ درصد) در گروه مداخله و ۱۸ نفر (۵۰ درصد) در گروه گواه به صورت تصادفی جایگذاری شدند.

جدول ۳- یافته های توصیفی حاصل از متغیرهای زیرمقیاس-های کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب را در جانبازان پاراپلژی دو گروه مداخله و کنترل در دو مرحله پیش و پس از آزمون نشان می دهد. مقایسه مقادیر خرده مقیاس های کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل، پیش و پس از درمان تفاوت هایی داشت که در جدول ۳- نشان داده شده است.

به منظور بررسی این که آیا دریافت روان شناسی مثبت از طریق شبکه های اجتماعی در گروه مداخله بر مقیاسهای کیفیت زندگی و اختلالات خواب و افسردگی اثر معنادار داشته است، از روش کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش فرض های تحلیل کواریانس شامل نرمال بودن، همگونی واریانس، پایایی متغیرهای همپراش، همگونی شیب رگرسیون و خطی بودن متغیر همپراش و متغیر مستقل بررسی شد تا در صورت رعایت پیش فرض ها، تحلیل کواریانس صورت گیرد. نتایج نشان داد که پیش فرض ها برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است.

نتایج جدول ۴- نشان داد که مداخله روان شناسی مثبت از طریق شبکه اجتماعی مجازی در مورد سه زیر مقیاس کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی در دو گروه مداخله و کنترل به جز در مورد زیر مقیاس سلامت اجتماعی ($F=11/61$, $P=0/072$) که تفاوت معنادار نبوده، تفاوت معناداری نشان داده است. در نتیجه میتوان گفت که مداخله منجر به ایجاد تفاوت در این مقیاسها بین دو گروه آزمایش و گواه شده است. از سوی دیگر ضرایب Eta به دست آمده در این پژوهشبه ترتیب برابر با $0/48$ ، $0/68$ ، $0/23$ ، $0/49$ ، $0/64$ و $0/71$ بوده که به عنوان اندازه اثرهای پژوهش حاضر، نشان میدهند مداخله مثبت گرا از طریق تلگرام میتواند ۲۳ تا ۷۱ درصد تغییرات حاصل در متغیرهای زیر مقیاسهای کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی را در جانبازان پاراپلژی که در برنامه مداخله شرکت کردند، پیش بینی کند.

افسردگی می باشد (۲۴) این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه های افسردگی محسوب می شود و پایایی و روایی آن در پژوهش های متعدد تایید شده است. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۷۳٪ تا ۹۲٪ و ضرایب پایایی بازآزمایی آن را ۴۸٪ تا ۶۸٪ گزارش کرده اند. ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک، با مقیاس درجه بندی روانپزشکی همپلتون برای افسردگی ۷۳٪ است. بشارت و شهیدی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک را برای نمره نمونه ای از آزمودنی های بهنجار از ۸۵٪ تا ۹۲٪ و برای نمونه ای از آزمودنی های بیمار از ۸۳٪ تا ۹۱٪ گزارش کرده اند که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های آزمودنی های بهنجار و بیمار برای سنجش پایایی بازآزمایی به ترتیب ۸۱٪ و ۷۹٪ محاسبه شد (۲۵).

کیفیت خواب Pittsburgh: یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh (PSQI) است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتسبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که عبارتند از کیفیت ذهنی خواب تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب آور، اختلالات عملکردی روزانه. انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی $0/86$ و پایایی $0/89$ به دست آمد شهریفر (۲۶) در پژوهشی پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ $0/46$ و به روش تنصیف $0/52$ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده های آماری: برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخصهای فراوانی، میانگین و انحراف معیار، آزمون کولموگروف اسمیرنف و تحلیل کواریانس به کمک نرم افزار SPSS ۱۶ استفاده گردید. ابتدا پیشفرضهای آزمون تحلیل کواریانس شامل نرمال بودن، همگونی واریانسها، پایایی متغیرهای همپراش، همگونی شیب رگرسیون و خطی بودن متغیر همپراش و متغیر مستقل بررسی شد. برای رعایت پیشفرض تساوی واریانسها و ماتریس کواریانسهای دو گروه در پیشآزمون ابعاد افسردگی و اضطراب نیز از آزمون لون استفاده شد.

جدول-۲. اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه مداخله و کنترل

ویژگی‌های جمعیت شناختی	مداخله	کنترل
سن	۴۹/۸±۷/۹۴	۴۵/۴۳±۸/۵۳
وضعیت تاهل (%)		
مجرد	۵۶٪	۵۳٪
متاهل	۴۴٪	۴۷٪
تحصیلات (%)		
زیر دیپلم	۷٪	۱۰٪
دیپلم	۲۰٪	۲۴٪
تحصیلات تکمیلی	۷۳٪	۶۶٪
میانگین مدت جانبازی بر حسب سال	۳۳/۸	۳۴/۱

جدول-۳. نمرات زیر مقیاسهای کیفیت زندگی، اختلالات خواب و افسردگی در دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	زیر مقیاس ها	گروه	پیش آزمون M±SD	پس آزمون M±SD
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	مداخله	۱۹/۲۱±۷/۱۱	۲۸/۵۶±۴/۲
		کنترل	۱۸/۱۹±۶/۷	۱۶/۵۷±۵/۲
	سلامت روانی	مداخله	۵۲/۳۵±۸/۶۷	۶۵/۲۳±۹/۴۵
		کنترل	۵۰/۳۶±۹/۳۴	۴۹/۸۹±۸/۸
	سلامت اجتماعی	مداخله	۳۷/۵۹±۱۴/۰۶	۳۹/۲۶±۱۱/۱۴
		کنترل	۳۷/۴۷±۱۲/۳۲	۳۶/۸۹±۱۲/۳۵
سلامت محیطی	مداخله	۴۱/۶۳±۵/۳۱	۵۵/۷۵±۴/۳۸	
	کنترل	۴۰/۸۹±۶/۰۱	۴۰/۶۷±۵/۶۵	
اختلالات خواب	مداخله	۴۵/۴۴±۹/۲۱	۵۷/۳±۶/۱۶	
	کنترل	۴۴/۴۸±۹/۳۴	۴۳/۷۲±۹/۶۷	
افسردگی	مداخله	۷/۸۹±۲/۴۱	۵/۲۷±۰/۸۷	
	کنترل	۷/۴۵±۳/۴۲	۹/۴۲±۲/۳۱	

جدول-۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات زیر مقیاسهای کیفیت زندگی، اختلالات خواب و افسردگی

متغیر	F	سطح معناداری	ضریب Eta
سلامت جسمانی	۲۹/۳۶	۰/۰۵*	۰/۴۸
سلامت روانی	۳۴/۵۷	۰/۰۰۱**	۰/۶۸
سلامت اجتماعی	۱۱/۶۱	۰/۰۷۲	۰/۲۳
سلامت محیطی	۲۸/۴۶	۰/۰۵*	۰/۴۹
اختلالات خواب	۳۳/۶۲	۰/۰۰۱**	۰/۶۴
افسردگی	۳۷/۵۹	۰/۰۰۱**	۰/۷۱

بحث

و همکاران (۳۱) نیز اثر بخشی مداخلات مثبت را در بزرگسالانی که اختلالات هیجانی و خلقی داشتند نشان دادند. چنین تحقیقاتی همسو با این پژوهش قرار دارد. در یک متآنالیز مشخص شد مداخلات روان شناسی مثبت در همه جنبه های کیفیت زندگی اثر می گذارد. در پژوهش دیگری که مداخله روان شناسی مثبت گرا به صورت اینترنتی ارائه گردید، نشان داده شد که بی خوابی کاهش یافته است (۳۲). در متآنالیز دیگر روشن شد که مداخلات اینترنتی مثبت گرا نشانه های PTSD را کنترل کرده و موجب افزایش رشد پس از آسیب می شود (۳۳) همچنین پژوهشی (۳۴) که با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی انجام شد، نتایج حاکی از اثربخشی مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی بود. Strachan

نتایجی که از این پژوهش به دست آمد آشکار کرد که در مقایسه با گروه لیست انتظار، مداخله های روان شناسی مثبت گرا از طریق شبکه اجتماعی مدرن باعث بهبود اضطراب و افسردگی شده و کیفیت زندگی جانبازان را ارتقاء می دهد.

مطابق یافته ها بین دو گروه آزمایشی و کنترل پس از انجام مداخله از نظر میزان اضطراب تفاوت معنادار بود. در این زمینه پژوهش های پیشین با یافته های این پژوهش مطابقت داشتند. برای مثال، Andersson (۲۷)، Ebert و همکاران (۲۸)، Donker و همکاران (۲۹) و Meyer و همکاران (۳۰) نمونه ای از پژوهشگرانی هستند که نشان دادند اضطراب و انواع اختلالات هیجانی و استرس به کمک مداخلات اینترنتی قابل تعدیل شدن است. Blackwell

تعدادی از تکالیف موجود در پروتکل درمان، نیاز به فعالیت جسمی و تغییر در محیط اطراف داشت که در تناقض با فقدان انگیزه و تداوم افسردگی قرار دارد. از طرفی دیگر، برخی جانبازان به دلیل محدودیتهای حرکتی، بیشتر اوقات را در خانه و بدون فعالیتهای هدفمند سپری می کنند. نتایج این پژوهش نشان داد که نزدیک به نیمی از نمونه‌ها بیکار هستند. بیکار بودن و داشتن زمان زیاد برای اشتغال با افکار منفی، زمینه ساز افسردگی است. این امر سبب می شود تا آنها از خودشکوفایی و حرکت رو به جلو باز بمانند که خود افسردگی را شدت می بخشد. برنامه مداخله ای این امکان را فراهم می ساخت که مشارکت کنندگان ساعاتی از روز را به صورت هدفمند برنامه ریزی کنند و این عامل افسردگی را کاهش می دهد. عامل مهم دیگر ایجاد پارادوکس فکری بود که طرحواره های مثبت ارائه شده در مداخله، در تضاد و تناقض با طرحواره های افسرده ساز مشارکت کنندگان قرار داشتند. این پارادوکس عاملی برای تغییر شد. لازم به ذکر است شرکت کنندگان کسانی بودند که برای حضور در جلسات علاقه مند بودند و به همین دلیل برای تغییر، انگیزه بالاتری داشتند.

نتیجه گیری

درمانهای غیر حضوری به خصوص برای جانبازان و خانواده آنها دارای امتیازات ویژه ای است. بسیاری از جانبازان نه تنها از مشکلات جسمی ناشی از آسیب های جنگ رنج می برند، بلکه کیفیت زندگی و سلامت روانی-اجتماعی آنها به مخاطره می افتد و نیازمند دریافت حمایت و مداخله به موقع هستند. شبکه های اجتماعی راهی برای ارائه به موقع و مناسب این خدمات است. اما هنوز چالش های زیادی برای استفاده از این ابزار وجود دارد. گرفتن مجوز ارائه خدمت، چگونگی دریافت دستمزد، ایمنی اطلاعات (هم برای درمانجو و هم درمانگر)، دسترسی به فن آوری برای افراد متقاضی این خدمات و پیروی از دستورات درمانی پاره ای از چالش هایی هستند که درمانگران مجازی با آن دست و پنجه نرم خواهند کرد.

طبقاً تعداد کم نمونه، بزرگترین محدودیت پژوهش بود که وابسته به تعداد کم افراد در جامعه بود. از محدودیت جدی دیگر می توان به جدید بودن این روش اشاره کرد. ارائه خدمات روان شناختی از طریق شبکه های مجازی، اگرچه به سرعت رو به گسترش است، اما در عین حال با چالشهایی مواجه است که در طول زمان و استفاده پیوسته آشکار می شود. به این دو دلیل باید در تعمیم نتایج احتیاط به کار برد.

بر اساس نتایج این پژوهش، به ارگانهای مسئول پیشنهاد می شود تا روان درمانی مثبت را برای جانبازانی که در تردهای شهری مشکل دارند از طریق شبکه های اجتماعی مجازی به کار گیرند. برای پژوهشهای آینده پیشنهاد می شود این رویکرد درمانی برای همسران جانبازان مورد استفاده قرار گیرد. همچنین پژوهشهایی که

و همکاریانش (۳۵) در مرکز پزشکی جنوب کارولینا پژوهشی را آغاز کردند که چندین سال به طول انجامید. آنها با استفاده از روان درمانی تلفنی به مصدومین جنگی خدمات غیرحضوری ارائه می کردند. دلیل آنها برای استفاده از این تکنولوژی این بود که این گروه نیاز به خدمات روانی مستمر دارند اما مایل نیستند هر هفته به مراکز درمانی مراجعه کنند. برای بسیاری از آنها این رفت و آمدها دشوار است و همین امر استفاده از روان درمانی غیر حضوری را در دستور کار روان درمانگران قرار داده است. بر اساس پژوهش طولی آنها چنین مداخلاتی مطمئن و قابل اجرا ارزیابی شده است. استفاده از شبکه های اجتماعی مجازی در پژوهش حاضر، پا را فراتر نهاده و جانبازان را در فرایندهای گروهی و همدلانه درگیر می سازد. در پژوهش دیگری که وابسته به اداره سلامت جانبازان بود، Hermes و Rosenheck (۳۶) نشان دادند که از طریق مداخلات روان شناختی می توان به طور موثری اعتیاد مصدومین جنگی (که به دلیل دردهای شدید به اعتیاد گرویده بودند) را مداوم کنند. آنها علاوه بر خدمات اینترنتی، حمایتیهای تلفنی را نیز ارائه می کردند. این پژوهش نیز با پژوهش حاضر در اثر بخشی مداخلات روان شناختی غیر حضوری همراستا است. در پژوهشی Miller به عنوان پژوهشگر دانشگاه نظامی (۳۷) از روان شناسی مثبت به واسطه اینترنت برای توانمندسازی مصدومین جنگی در محیط کار و دانشگاه استفاده کرده و آن را اثربخش یافته است. این پژوهش مانند پژوهش حاضر به اثرات مثبت روان درمانی مثبت از طریق فضای مجازی در توانمندسازی جانبازان پرداخته است و نتایج پژوهش حاضر را حمایت می کند.

جانبازان پاراپلژی دارای علائم جسمی و روانی مختلف و متنوعی هستند که به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف منجر می شود. به عنوان مثال یکی از محدودیت های این افراد، محدودیت در عملکرد حرکتی است که باعث کاهش توانایی فرد برای انجام فعالیتهای روزانه می شود. به تبع این حالت فرد در درونش احساس نارضایتی داشته و به مرور دچار علائم روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب و خشم می شود. تفکر مثبت گرا سبب می شود افراد سبک زندگی خود را اصلاح کنند، به مسائل سلامت خود بیشتر اهمیت دهند و تعاملات مثبت تری با دیگران داشته باشند. این تغییرات به واسطه معنابخشی به دردها و محدودیتهای زندگی ایجاد می شود. وقتی افراد در شرایط پر از چالش و همراه با انواع محدودیتهای قرار گیرند، یافتن معنا می تواند آنها را در مسیر زندگی سالم نگه دارد.

نتایج این پژوهش نشان داد که روان درمانی مثبت نگر از طریق شبکه های مجازی می تواند اختلالات خواب و افسردگی جانبازان پاراپلژی را کاهش دهد. یکی از دلایل افسردگی در جانبازان به محدودیت روابط بین شخصی مربوط می شود. در این برنامه درمانی، امکان تعامل با اعضاء گروه که حتی خارج از ساعات مداخله ادامه می یافت، یکی از دلایل کاهش نشانه های افسردگی بود.

صورت مرتب در جلسات درمانی شرکت می‌کردند و بنیاد شهید و امور ایثارگران استان خوزستان که در این پژوهش ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله حاضر تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافی در انجام پژوهش مذکور وجود نداشته است.

منابع

1. Khajavi D, MirAli H. Predicting trait Competitive Anxiety, Competitive Aggression, and Competitive Anger based on Spiritual Intelligence in Veterans and Disabled Athletes. *Iran J War Public Health* 2017; 9(3): 18-27.
2. Hafiei M, Basharpour S, Heidarirad H. The role of Affective and Emotional Temperament in anticipation of post-traumatic stress disorder symptoms in people exposed to mine defect member. *Iran J War Public Health*. 2017; 9(3): 23-29.
3. Damirchi ES, Mohammadi N. The Role of Religious Orientation and Perceived Social Support in the Prediction of Spiritual Well-Being of Veterans. *Iran J War Public Health*. 2017; 9(3):48-56.
4. Bakhshi R. The relationship between the participating and non- participating veterans benefits and drawbacks of Ardabil province physical activity and exercise. *Iran J War Public Health*. 2011; 9(3): 33-39.
5. Soleymani S, Dioulagh AS. Comparing the Anxiety and Depression of Death between Chemical and Non-Chemical Veterans of Sardasht City, Iran. *Iran J War Public Health*. 2017; 9(2): 69-74.
6. Parvaneh MJ, Sahaf R, Delbari A, Kamrani AA, Fadayee Vatan R. Health Status of Elder Spinal Cord Veterans. *Iran J War Public Health*. 2017; 9(2): 93-99.
7. Rashid T, Seligman M. Positive psychotherapy (pp. 466; 461-498). Raymond J. Corsini (Author), Danny Wedding. *Current Psychotherapies* (10th Ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning. ISBN. 2014; 65:978-1.
8. Peterson C, Park N. Meaning and positive psychology. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*. 2014;5(1):7.
9. Khani H, Zamani N, Ghorbani A, Jahangir AH, Jenaabadi H. Mental health of Iranian amputees veterans living on the Mazandaran province. *Iran J War Public Health*. 2016; 8(3): 149-156.
10. Rashid T, Seligman ME. Positive psychotherapy in current psychotherapies. Belmont, CA: Cengage. 2013.
11. Schrank B, Brownell T, Tylee A, Slade M. Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2014;24(3):95.
12. Tomasulo DJ. Positive group psychotherapy modified for adults with intellectual disabilities.

نشان دهند کدام رویکرد درمانی از طریق شبکه های اجتماعی مجازی موثرتر است، ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش قسمتی از طرح پژوهشی حمایت شده از پژوهشکده مهندسی و پزشکی جانبازان است. از کلیه جانبازانی که در این پژوهش به

Journal of Intellectual Disabilities. 2014;18(4):337-50.

13. Kahler CW, Spillane NS, Day A, Clerkin EM, Parks A, Leventhal A, et al. Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. *The journal of positive psychology*. 2014;9(1):19-29.
14. Tomasulo DJ. Positive group psychotherapy modified for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2014;18(4):337-50.
15. Weitz P. Psychotherapy 2.0 reflects and parallels Web 2.0 as an active participation in the digital world, providing us with new forms of social. *Psychotherapy 2.0: Where Psychotherapy and Technology Meet*. 2014:3.
16. Torrey EF, Jaffe DJ, Director MI, Geller JL, Lamb R. *Fraud, Waste and Excess Profits: The Fate of Money Intended to Treat People with Serious Mental Illness*. *Mental Illness Policy*. 2015.
17. Gidenko YL. *Telemental Health Care Services Acceptance among Primary Care Physicians* (Doctoral dissertation, Capella University). 2018.
18. Lowry PB, Zhang J, Wang CL, Wu T, Siponen M. Understanding and Predicting Cyberstalking in Social Media: Integrating Theoretical Perspectives on Shame, Neutralization, Self-Control, Rational Choice, and Social Learning.
19. Haverinen A. *Memoria virtualis-death and mourning rituals in online environments*. 2016.
20. Razmgah P, Mojtahedzadeh R, Borjaliloo S, Mohammadi A. The Effect of Social Network and Short Messages through E-Content on Reducing Negative Thoughts in Women. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences*. 2016;7(4).
21. Salehiniya H. Improve the quality of reporting trial articles. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14 (2):184-186
23. Swain SP, Behura SS. A comparative study of quality of life and disability among schizophrenia and obsessive-compulsive disorder patients in remission. *Industrial Psychiatry Journal*. 2016;25(2): 210.
24. Porzor P, Alizadeh goradeh J, Yaghoti Zargar H, Basharpour S. The Effectiveness of Positive Psychotherapy Based on Quality of Life on improving the quality of life of opiate addicts. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 2015; (35): 137-148.

25. Lee EH, Lee SJ, Hwang ST, Hong SH, Kim JH. Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-II among Korean Adolescents. *Psychiatry investigation*. 2017;14(1):30-6.
26. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
27. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 2014; 13(1):4-11.
28. Ebert DD, Zarski AC, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS one*. 2015;10(3):e0119895.
29. Donker T, Blankers M, Hedman E, Ljotsson B, Petrie K, Christensen H. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychological medicine*. 2015; 45(16):3357-76.
30. Meyer B, Bierbrodt J, Schröder J, Berger T, Beevers CG, Weiss M, et al. Effects of an Internet intervention (Deprexis) on severe depression symptoms: randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 2015;2(1):48-59.
31. Blackwell SE, Browning M, Mathews A, Pictet A, Welch J, Davies J, et al. Positive imagery-based cognitive bias modification as a web-based treatment tool for depressed adults: a randomized controlled trial. *Clinical Psychological Science*. 2015; 3(1):91-111.
32. Roepke AM, Jaffee SR, Riffle OM, McGonigal J, Broome R, Maxwell B. Randomized controlled trial of SuperBetter, a smartphone-based/Internet-based self-help tool to reduce depressive symptoms. *Games for health journal*. 2015;4(3):235-46.
33. Van Straten A, Emmelkamp J, De Wit J, Lancee J, Andersson G, van Someren EJ, et al. Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. *Psychological medicine*. 2014;44(7):1521-32.
34. Kuester A, Niemeyer H, Knaevelsrud C. Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2016;43:1-6.
35. Hermes ED, Rosenheck RA. Implementing computer-based psychotherapy among veterans in outpatient treatment for substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2015;67(2):176-83.
36. Miller LM. A Positive Psychology Theoretical Model to Coach Veterans through Successful Transitions. *Advances in Developing Human Resources*. 2017; 19(1): 25-35.