



## Efficacy Quality of Life Therapy on the Perceived Stress and Psychological Capital in the Female Caregivers of the Elderly in the Town of Ardestan

Farzaneh Shafagh<sup>1</sup> , Zahra Yousefi<sup>2\*</sup> , Gholamreza Manshaei<sup>3</sup> 

1. Department of Counseling and Guidance, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: [f.shafagh68@gmail.com](mailto:f.shafagh68@gmail.com)
2. Corresponding Author, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: [z.yousefi@khuisf.ac.ir](mailto:z.yousefi@khuisf.ac.ir)
3. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: [gh.ymanshaei@khuisf.ac.ir](mailto:gh.ymanshaei@khuisf.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 31 May 2022  
Revised: 29 Jun 2022  
Accepted: 9 Aug 2022  
Published: 7 Jul 2024

**Keywords:**  
*Female Caregivers of the Elderly, Perceived Stress, Psychological Capital, Quality of Life Therapy.*

### ABSTRACT

The objective of the current study was to examine the efficacy of life therapy in reducing the perceived stress and increase psychological capital among female caregivers of the elderly in Ardestan. The research method was quasi-experimental, utilizing a control group, pretest, and posttest. The statistical population of the current research consisted of female caregivers of the elderly in the town of Ardestan during the first six months of 2020 who were responsible for an elderly member of their family. A total of 30 female caregivers of the elderly were randomly assigned to the experimental and control groups, each consisting of 15 women, using the available sampling method. Over the course of two months, the experimental group was subjected to eight sessions of quality of life therapy, each lasting seventy-five minutes. The pretest was administered prior to the intervention, and the posttest was administered subsequent to it. In this study, the Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983) and the Psychological Capital Questionnaire (PCQ) (Luthans, Avoliveand, 2007) were implemented. The data from the study were analyzed through Covariance via SPSS23 software. The results showed quality of life therapy has significant effect on the perceived stress ( $F=41.31$ ;  $\text{Eta}=0.50$ ;  $P<0001$ ) and psychological capital ( $F=46.91$ ;  $\text{Eta}=0.55$ ;  $P<0001$ ) in female caregivers of the elderly. According to the findings of the present study it can be concluded that quality of life therapy can be employed as an effective therapy to reduce perceived stress and enhance psychological capital in female caregivers of the elderly. This can be achieved by training family members' communication, members' support and acceptance, and the replacement of irrational thoughts with rational thoughts.

**Cite this article:** Shafagh, F., Yousefi, Z., & Manshaei, G. (2024). Efficacy Quality of Life Therapy on the Perceived Stress and Psychological Capital in the Female Caregivers of the Elderly in the Town of Ardestan. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(2), 45-59. doi: 10.22059/japr.2023.343902.644287.



**Publisher:** University of Tehran Press  
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.343902.644287>

© The Author(s).

## اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان شناختی زنان مراقب سالمند شهرستان اردستان

فرزانه شفق<sup>۱</sup>، زهرا یوسفی<sup>۲\*</sup>، غلامرضا منشی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: [f.shafagh68@gmail.com](mailto:f.shafagh68@gmail.com)
۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: [z.yousefi@khuif.ac.ir](mailto:z.yousefi@khuif.ac.ir)
۳. دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: [gh.ymanshaei@khuif.ac.ir](mailto:gh.ymanshaei@khuif.ac.ir)

### اطلاعات مقاله

### چکیده

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۴/۱۷

#### کلیدواژه ها:

استرس ادراک شده، زنان مراقب سالمند، سرمایه روان شناختی، کیفیت زندگی درمانی.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان شناختی زنان مراقب سالمند شهرستان اردستان انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مراقب سالمند شهرستان اردستان در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که در خانواده خود از سالمند مراقبت می کردند. در این پژوهش ۳۰ زن مراقب سالمند با روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جای دهی شدند (هر گروه ۱۵ زن). گروه آزمایش مداخله کیفیت زندگی درمانی گروهی را طی دو ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه ای دریافت کردند. پیش آزمون قبل از اجرای مداخله و پس آزمون پس از اتمام مداخله اجرا شد. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس استرس ادراک شده (کوهن، کاکارک و مرملستین، ۱۹۸۳) (PSS) و پرسشنامه سرمایه روان شناختی (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷) (PCQ) بود. داده های پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس با نرم افزار آماري SPSS<sup>23</sup> تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده ( $F=41/31$ ;  $\text{Eta}^2=0/50$ ;  $P<0/001$ ) و سرمایه روان شناختی ( $\text{Eta}^2=0/55$ ;  $P<0/001$ ) زنان مراقب سالمند تأثیر معنادار دارد. براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی درمانی با آموزش ارتباط با اعضای خانواده، حمایت و پذیرش اعضا و آموزش جایگزین سازی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی می تواند به عنوان یک درمان کارآمد برای کاهش استرس ادراک شده و بهبود سرمایه روان شناختی زنان مراقب سالمند مورد استفاده قرار گیرد.

استناد: شفق، ف.، یوسفی، ز.، و منشی، غ. (۱۴۰۳). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان شناختی زنان مراقب سالمند شهرستان اردستان. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۲)، ۴۵-۵۹. doi: 10.22059/japr.2023.343902.644287

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.343902.644287>

© نویسنده گان.



## ۱. مقدمه

رشد جمعیت سالمندان از یک طرف و مراقبت بهینه از آن‌ها از طرف دیگر، تقاضا برای خدمات مراقبتی و توان بخشی را افزایش داده است. این در حالی است که گروهی از سالمندان به خدمات ویژه مراقبتی، بهداشتی و توان بخشی نیاز دارند و نبود سیستم مراقبتی مناسب و دانش کافی برای رفع نیازهای این قشر در منزل موجب شده است تا مراقبت‌های بیشتری در مراکز شبانه‌روزی غیردولتی-توان بخشی انجام شود؛ بنابراین ارائه راهکار برای ارتقای کیفیت زندگی گروه هدف با خانواده و افزایش رضایت آن‌ها در کشور حائز اهمیت است. براین اساس، مراقبت از سالمند در زمینه خانواده بسیار مهم است (یانگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). مراقبت از سالمندان می‌تواند سبب آسیب روانی، عاطفی و هیجانی به مراقبان آن‌ها شود (لو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵)؛ زیرا با توجه به روند فزاینده مشکلات جسمی و روانی سالمندان و به تبع آن افزایش نیازهای مراقبتی آن‌ها و همچنین طولانی شدن روند مراقبت به دلیل تداوم زندگی سالمندان، خانواده و به ویژه مراقب اصلی به تدریج از خستگی، فرسودگی رنج می‌برند و دچار آشفتگی روانی می‌شوند (والث و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). سالمندی به دلیل ماهیت ناتوان کننده‌اش، وابستگی به مراقبان را در طول زمان افزایش داده است و بنابراین بار مراقبت و سطوح بالای استرس، خستگی، عصبانیت و آزرده‌گی مراقبان را افزایش داده است (آتکاک-سیتاک و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰).

در فرایند مراقبت از سالمندان، مراقبان اغلب احساس می‌کنند کنترلی بر زندگی ندارند و مراقبت از سالمند را تجربه‌ای استرس‌زا می‌دانند که با احساس بی‌کفایتی همراه است (رزند و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). در بسیاری از موارد، افراد میانسال مجبور می‌شوند از اوقات فراغت یا ساعات کاری خود کم کنند و بخشی از درآمد خود را از دست بدهند؛ بنابراین ممکن است درگیری‌های خانوادگی تشدید شود (گابرمین و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). همچنین مشخص شده است که مراقبان در مقایسه با کسانی که چنین نقشی ندارند، در استفاده از اوقات فراغت و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی محدودیت دارند (سوتو-رابیو و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). کنگ و مارکس<sup>۸</sup> (۲۰۱۴) نشان دادند مراقبت والدین می‌تواند با افزایش تنش زناشویی، علائم سلامت جسمانی و سلامت خودارزیابانه را کاهش و محدودیت‌های عملکردی و بروز بیماری‌های مزمن جسمی را افزایش دهد. علاوه بر این، نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد مراقبان سالمندان استرس ادراک شده<sup>۹</sup> بیشتری از افراد غیرمراقب تجربه می‌کنند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵). استرس محرک محیطی ناخوشایندی است که می‌تواند جنبه روانی یا جسمی داشته باشد (مقصودی و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). استرس هرگونه محرک یا تغییر در محیط داخلی و خارجی است که می‌تواند مختل کننده تعادل حیاتی و در شرایط خاص آسیب‌زا باشد. استرس بخشی اجتناب‌ناپذیر از زندگی است که همه با آن سروکار دارند و از نظر متخصصان سلامت روان، پاسخ کلی فرد به خواسته‌ها و فشارهای محیطی تلقی می‌شود. از سوی دیگر با محدودیت منابع هیجانی برای مقابله مؤثر با این خواسته‌ها همراه است (اموند و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). استرس ادراک شده حالتی است که ارزیابی کلی از اهمیت و شدت چالش‌های محیطی و فردی را منعکس می‌کند (سالادک و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶). در عین حال، افراد می‌توانند محرک‌های خاص (استرسورها) را به روش‌های مختلف منفی یا مثبت درک کنند و اثرات نامطلوب استرس ادراک شده می‌تواند بر آستانه درد و تحمل درد در افراد تأثیر بگذارد (جوا و دفرین<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۸). در این راستا، تحقیقات نشان می‌دهد استرس ادراک شده، پیامدهای پاتولوژیک منفی مرتبط

1. Yang et al.
2. Lu et al.
3. Vallet et al.
4. Akgun-Citak et al.
5. Rezende et al.
6. Guberman et al.
7. Soto-Rubio et al.
8. Kang & Marks
9. perceived stress
10. Maghsoudi et al.
11. Emond et al.
12. Sladek et al.
13. Geva & Defrin

با سلامت را پیش‌بینی می‌کند (جانکوویچ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱).

بروز و شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی مانند استرس می‌تواند به فرایندهای عاطفی و روانی مراقبان سالمند آسیب وارد کند و سایر ظرفیت‌های روان‌شناختی مانند سرمایه روان‌شناختی<sup>۲</sup> آن‌ها نیز آسیب جدی ببیند. این در حالی است که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند قدرت مقابله افراد را بهبود بخشد و رضایت کلی آن‌ها را از زندگی افزایش دهد. باین‌حال، نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد سرمایه روان‌شناختی قابلیت تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد را دارد (یه و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). سرمایه روان‌شناختی حالت مثبتی از رشد روانی فرد را فراهم می‌کند که شامل چهار بعد مهم خودکارآمدی (احساس اطمینان از توانایی خود و تلاش مداوم برای موفقیت در صورت نیاز)، خوش‌بینی (اسناد مثبت‌اندیشی درباره موفقیت فعلی و آینده) و انعطاف‌پذیری (قدرت رویارویی با چالش‌های پیش‌رو) است (تسار و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). این مؤلفه‌ها در تعامل با هم به زندگی فرد معنا و غنا می‌بخشند و به تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های استرس‌زا ادامه می‌دهند، او را برای مقابله با حوادث آماده می‌کنند و تاب‌آوری و پشتکار در دستیابی به اهداف را تضمین می‌کنند (پوتس و کسیدی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). سرمایه روان‌شناختی به‌جای تمرکز آسیب‌شناسانه بر رفتار و افکار انسان‌ها، نقاط قوت و ابعاد مثبت رفتار آنان را دربرمی‌گیرد و به ظرفیت‌ها و قابلیت‌های انسان از دیدگاهی مثبت می‌نگرد. همان‌طور که شواهد تحقیقاتی نشان داده است، سرمایه روان‌شناختی و چهار مؤلفه آن با طیف وسیعی از متغیرهای رفتاری، سلامتی و شناختی مانند رضایت، تعهد، عملکرد سلامت و بهزیستی و ادراک استرس مرتبط است (گائو و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

استفاده از روش‌های آموزشی و درمانی در بیشتر تحقیقات مرتبط برای مراقبان سالمند نادیده گرفته شده است. یکی از رویکردهای درمانی که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته، کیفیت زندگی درمانی<sup>۷</sup> است. در سال‌های اخیر پژوهش‌های مختلفی به کارایی این درمان پرداخته‌اند. چنان‌که کریمی و همکاران (۱۳۹۹)، حیدریان و عیسی‌نژاد (۱۳۹۹)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸)، فرازمنند و ابراهیمی (۱۳۹۷)، یوسف‌وند و همکاران (۱۳۹۷)، کارنی و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۹) و یو و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۲۲) اثربخشی این درمان را برای افراد مختلف سنجیده و کارایی بالینی آن را تأیید کرده‌اند. کیفیت زندگی درمانی در عمل به‌شدت به تکنیک‌های شناختی-رفتاری وابسته است، اما از حیث رویکرد به‌شدت بر روان‌شناسی مثبت‌گرا متکی است (حیدریان و عیسی‌نژاد، ۱۳۹۹). درمان با کیفیت زندگی رویکردی کل‌نگر است که سلامت روان را در بستر زندگی روزمره مورد توجه قرار می‌دهد و تلاش می‌کند تمامی جنبه‌های مرتبط با این عامل را در زمینه کیفیت زندگی بهبود بخشد. در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که بر کمک به مراجعان به‌منظور شناسایی، پیگیری و رفع نیازها، اهداف و آرزوها در زمینه‌های ارزشمند زندگی متمرکز است (کارنی و همکاران، ۲۰۱۹). اصول درمانی کیفیت زندگی درمانی بر پنج پایه شرایط میدانی عینی زندگی، نگرش به درک حوزه‌ها، معیارهای دستیابی به این حوزه‌ها، اهمیت به خوشبختی کلی حوزه و ادراک خشنودی در سایر زمینه‌های مهمی که فرد در حال حاضر به آن‌ها علاقه‌ای ندارد، استوار است (فریش<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). با توجه به مبانی نظری کیفیت زندگی درمانی، به‌نظر می‌رسد این مداخله می‌تواند استرس ادراک‌شده را کاهش دهد و سرمایه روان‌شناختی را در میان مراقبان سالمند بهبود بخشد؛ زیرا مبانی نظری درمان با کیفیت زندگی برگرفته از درمان‌های حوزه مثبت‌گرایی و روان‌شناسی مثبت‌گرایی است (یو و همکاران، ۲۰۲۲). با دقت در مفاهیم سرمایه روان‌شناختی، مشخص است که این متغیر در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا نیز فرموله و معرفی شده است (پوتس و کسیدی، ۲۰۲۰). براین‌اساس

1. Jankovic et al.
2. psychological capital
3. Ye et al.
4. Tsaur et al.
5. Poots & Cassidy
6. Guo et al.
7. quality of life therapy
8. Carney et al.
9. Yu et al.
10. Frisch

و با توجه به ریشه‌های نظری مشابه می‌توان انتظار داشت کیفیت زندگی درمانی می‌تواند به افزایش سرمایه روان‌شناختی در میان مراقبان سالمند منجر شود. بهبود این متغیر می‌تواند استرس را نیز در این افراد کاهش دهد؛ همان‌طور که نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد افزایش سرمایه روان‌شناختی به کاهش اضطراب و استرس در افراد منجر می‌شود (لیائو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در ضرورت انجام این پژوهش باید گفت امروزه در بیشتر مشاغل گوناگون فشارهای عصبی و روانی به درجات گوناگون وجود دارد. از جمله کارکنانی که در معرض خطر آسیب‌های روان‌شناختی قرار دارند، می‌توان به مراقبان سالمندان اشاره کرد که در این حوزه نتایج پژوهش‌های پیشین بیانگر آن است که این افراد آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی بیشتری را نسبت به دیگر اعضای خانواده متحمل می‌شوند (والث و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین توان‌بخشی روانی و هیجانی و حیطة‌های مرتبط با آن در افراد مراقب سالمند، به دلیل اهمیت و حساسیت امر، از جمله تأثیر مستقیم و غیرمستقیم آن بر وضعیت سلامت سالمندان، باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. مراقبان بیماران از نظر هیجانی و همچنین فیزیکی در ارتباط تنگاتنگ با سالمند هستند و نقش بسیار مهمی در وضعیت و روند سلامت روانی سالمند دارند. به همین دلیل وضعیت سلامت روانی و جسمانی خود مراقبان به‌ویژه در مراقبان سالمندانی که ماهیت بیماری آن‌ها مزمن و ناتوان‌کننده است، اهمیت بسیاری دارد. علاوه‌براین در صورت اثربخش بودن کیفیت زندگی درمانی می‌توان از این درمان برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مراقبان سالمند استفاده کرد تا از این طریق از میزان آسیب‌های روان‌شناختی آنان کاست که این فرایند می‌تواند به بهبود سلامت روانی کلی سالمندان نیز بینجامد. به این ترتیب موضوع اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند است. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده زنان مراقب سالمند اثربخش است.

۲. کیفیت زندگی درمانی بر سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند اثربخش است.

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر را مراقبان سالمندان شهرستان اردستان در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند که از سالمندان در خانواده خود نگهداری می‌کنند. برای انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب از میان مراقبان سالمند ثبت‌نام شده در سازمان بهداشتی، ۴۰ مراقب سالمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن در گروه گواه) قرار گرفتند. پس از نمونه‌گیری، زنان گروه آزمایش مداخله کیفیت زندگی را دریافت کردند. پیش‌آزمون قبل از مداخله و پس‌آزمون بعد از مداخله انجام شد. در طول مداخله، ۵ زن در گروه آزمایش و ۵ زن در گروه گواه از مطالعه انصراف دادند. براین اساس، ۳۰ زن (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه) در مطالعه باقی ماندند. در طول فرایند مداخله فعلی، گروه گواه مداخلات فعلی را دریافت نکردند. معیارهای ورود عبارت‌اند از: اعضای درجه یک خانواده سالمند، داشتن حداقل سه سال سابقه مراقبت از سالمند، محدوده سنی ۳۰ تا ۵۰، داشتن حداقل سواد دیپلم، نداشتن بیماری روانی با مصاحبه بالینی کوتاه، رضایت کامل برای شرکت در تحقیق. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمانی، عدم همکاری با محقق، وقوع حوادث غیرمترقبه و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پیش‌آزمون یا پس‌آزمون است.

### ۲-۲. ابزارهای پژوهش

#### ۲-۲-۱. مقیاس استرس ادراک شده<sup>۲</sup> (PSS)

برای سنجش استرس ادراک شده نیز از پرسشنامه استرس ادراک شده که در سال توسط کوهن، کامارک و مرملستین<sup>۳</sup> (۱۹۸۳) ساخته شده، استفاده شده است. این پرسشنامه دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی

1. Liao et al.

2. Perceived Stress Scale (PSS)

3. Cohen, Kamarck, & Mermelstein

ادراک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات دربارهٔ حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه‌شده را می‌سنجد. در این پژوهش از نسخهٔ ۱۴ ماده‌ای استفاده شده است. برای نمره‌گذاری این مقیاس از شیوهٔ لیکرت بهره گرفته می‌شود. گزینهٔ هرگز نمرهٔ صفر، تقریباً هرگز نمرهٔ یک، گاهی نمرهٔ دو، اغلب نمرهٔ سه و بسیاری اوقات نمرهٔ چهار دریافت می‌کند. با توجه به شیوهٔ نمره‌گذاری این پرسشنامه، کمینه و بیشینهٔ نمرهٔ این پرسشنامه صفر و ۵۶ است. هرچقدر فرد نمرهٔ بالاتری کسب کند، استرس بیشتری دارد. کوهن، کامارک و مرمستین (۱۹۸۳) روایی سازهٔ این پرسشنامه را ارزیابی و مطلوب گزارش کردند. همچنین آنان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی ۸۵/۰ به‌دست آوردند (کوهن، کامارک و مرمستین، ۱۹۸۳). روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴). همچنین ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در محدودهٔ ۰/۸۶ تا ۰/۸۴ در دو گروه از دانشجویان به‌دست آمده است (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴). این مقیاس توسط قربانی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) هنجاریابی شد و سطح آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۸۶ برای آزمودنی‌های آمریکایی نشان داده شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

### ۲-۲-۲. پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی<sup>۲</sup> (PCQ)

لوتانز و اولیو<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) به نقل از نریمانی و همکاران، (۱۳۹۳) پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی ۲۴ سؤالی تهیه کردند. آزمودنی به هر ماده در مقیاس لیکرت شش درجه‌ای پاسخ می‌دهد (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم: نمرهٔ یک تا شش). برای محاسبهٔ امتیاز سرمایهٔ روان‌شناختی، مجموع نمرات ماده‌ها به‌عنوان امتیاز کل سرمایهٔ روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. نمرات این پرسشنامه از ۲۴ (حداقل امتیاز) تا ۱۴۴ (حداکثر امتیاز) متغیر است. هرچه امتیاز بالاتر باشد، سرمایهٔ روان‌شناختی بالاتر است. لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) به نقل از نریمانی و همکاران، (۱۳۹۳) روایی سازهٔ پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین این پژوهشگران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۸۸ محاسبه کردند (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷) به نقل از نریمانی و همکاران، (۱۳۹۳). از طریق تحلیل عاملی تأییدی، روایی سازهٔ این پرسشنامه تأیید شد و آلفای کرونباخ و بازآزمایی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۸۰ به‌دست آمد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

### ۲-۳. روند اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان بهزیستی شهرستان اردستان انجام و مجوز انجام پژوهش اخذ شد. در گام بعد به روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه (۴۰ زن مراقب سالمند) برای پژوهش حاضر از بین زنان مراقب سالمند انتخاب شد که ۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن در گروه گواه قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی و گمارش زنان مراقب سالمند در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت گروهی روی افراد حاضر در پژوهش اجرا شد. در حین اجرای مداخله، ۵ زن در گروه آزمایش و ۵ زن در گروه گواه از مطالعه انصراف دادند. براین اساس، ۳۰ زن (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه) در مطالعه باقی ماندند. در نهایت، روی گروه آزمایش کیفیت زندگی درمانی طی ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه در طول دو ماه انجام شد؛ درحالی‌که گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکرد. شایان ذکر است که پروتکل کیفیت زندگی درمانی از فریش (۲۰۰۶) است که اعتبار درمانی آن در پژوهش حیدریان و عیسی‌نژاد (۱۳۹۹) و قدم‌پور، حیدریانی و برزگر فربویی (۱۳۹۸) تأیید شده است. مداخلهٔ پژوهش حاضر با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی توسط پژوهشگر در سالن اجتماعات ادارهٔ ورزش و جوانان شهرستان اردستان در گروه‌های پنج‌نفره ارائه شد.

1. Ghorbani, Bing, Watson, Davison, & Mack  
2. Psychological Capital Questionnaires (PCQ)  
3. Luthans, F., & Avolive B. J.

جدول ۱. خلاصه جلسات کیفیت زندگی درمانی

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی با کیفیت زندگی درمانی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی آنان با مفاهیم کیفیت زندگی درمانی و شانزده حیطه مربوط به آن، مشخص کردن رضایت از زندگی هریک از اعضا در شانزده حیطه کیفیت زندگی
جلسه دوم	معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی	معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی همراه با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی، کار روی شرایط عینی و تغییر نگرش به منظور افزایش رضایت از زندگی مبتنی بر پنج ریشه مطرح شده در کیفیت زندگی درمانی
جلسه سوم	شناساندن افکار غیرمنطقی و چالش با آن	ارائه خلاصه‌ای از بحث‌ها و فنون جلسه قبل، آموزش جایگزین‌سازی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی، بررسی اصول و فرض‌های زیربنایی افکار، شناسایی باورهای محوری افکار غیرمنطقی و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی
جلسه چهارم	تعیین اهداف در فرایند زندگی روزمره	مروری بر فنون و مباحث جلسه سوم و ارائه خلاصه‌ای از آن، تعیین اهداف واقع‌بینانه به‌عنوان سومین ریشه از پنج ریشه، کار روی تغییر اولویت یا مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در دیگر حوزه‌های زندگی که قبلاً احساس می‌شد در آن رضایت اندک است
جلسه پنجم	بحث درباره اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی	آموزش اصول کیفیت زندگی درمانی، آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی با تأکید بر این امر که کیفیت زندگی درمانی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از ابعاد مختلف زندگی است
جلسه ششم	ادامه معرفت اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی	ادامه آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی
جلسه هفتم	ادامه معرفت اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی	ادامه آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی
جلسه هشتم	جمع‌بندی و اختتام جلسات	آموزش تعمیم پنج پایه شرایط میدانی عینی زندگی در تمامی ابعاد و به‌کارگیری اصول کیفیت زندگی درمانی در زندگی، جمع‌بندی مباحث دوره آموزشی، اجرای پس‌آزمون

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین<sup>۲</sup> به‌منظور بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس<sup>۳</sup> برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۷/۲۵ سال و در گروه گواه ۴۱/۷۵ سال است. همچنین تحصیلات بیشتر اعضای نمونه در گروه آزمایش (۶ نفر یا ۴۰ درصد) و گروه گواه (۷ نفر یا ۴۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم بوده است. شایان ذکر است مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن و تحصیلات بین دو گروه آزمایش و گواه نشانگر آن است که بین دو گروه در این متغیرها تفاوت معناداری نیست و براین اساس نیازی به تفکیک اثر این متغیرها وجود ندارد.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Shapiro-Wilk test  
2. Levine test  
3. Covariance analysis

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس ادراک شده	گروه آزمایش	۴۶/۱۳	۶/۴۳	۳۸/۴۰	۶/۱۰
	گروه گواه	۴۴/۲۰	۷/۲۱	۴۴/۸۶	۶/۵۵
سرمایه روان‌شناختی	گروه آزمایش	۹۰/۱۳	۱۵/۳۹	۱۰۱/۶۶	۱۳/۳۳
	گروه گواه	۹۳/۰۶	۱۶/۷۱	۹۰/۴۰	۱۵/۱۹

نتایج جدول توصیفی مشخص کرد میانگین استرس ادراک شده زنان مراقب سالمند گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش و میانگین نمرات و سرمایه روان‌شناختی افزایش یافته است. اما اهمیت این تغییر با تحلیل کوواریانس بررسی می‌شود.

### ۳-۳. بررسی مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک

قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس، مفروضات آزمون‌های پارامتریک آزمون شد. براین اساس، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد پیش‌فرض توزیع نرمال نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای استرس ادراک شده ( $F=0/10$ ;  $P=20$ ) و سرمایه روان‌شناختی ( $P=20$ ) در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است. از طرفی پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با آزمون لوین سنجش شد که نتایج آن نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر استرس ادراک شده ( $P=0/65$ ) و سرمایه روان‌شناختی ( $F=0/19$ ;  $P=0/69$ ) رعایت شده است. در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص کرد تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی معنادار نبوده است ( $p>0/05$ ). این بدان معنا است که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی برقرار بوده است.

### ۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای اثر کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند

منبع تغییرات	نوع آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	ضریب آزمون
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	۸۱۶/۶۸	۱	۸۱۶/۶۸	۵۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	گروه‌بندی	۴۶۹/۲۵	۱	۴۶۹/۲۵	۴۱/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	خطا	۳۰۶/۶۵	۲۷	۱۱/۳۵				
	کل	۵۳۴۳۷	۳۰					
سرمایه روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۳۲۴/۰۵	۱	۱۳۲۴/۰۵	۱۷/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۸
	گروه‌بندی	۳۶۳۲/۴۹	۱	۳۶۳۲/۴۹	۴۶/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
	خطا	۲۰۹۰/۴۳	۲۷	۷۷/۴۲				
	کل	۲۸۳۳۴۷	۳۰					

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (کیفیت زندگی درمانی) توانسته به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ منجر شود؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با تفکیک اثر متغیر مداخله‌گر (نمرات مرحله پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند با ارائه کیفیت زندگی درمانی دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که کیفیت زندگی درمانی توانسته به کاهش استرس ادراک شده و افزایش سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند منجر شود. مقدار تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر میزان استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۵۰ بوده است. این بدان معنا است که به ترتیب ۵۰ و ۵۵ درصد تغییرات متغیرهای استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند توسط ارائه متغیر مستقل (کیفیت زندگی درمانی) تبیین می‌شود.



#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند شهرستان اردستان انجام گرفت. نتایج نشان داد کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی مراقبان سالمند زن تأثیر معناداری دارد. اولین یافته پژوهش درمورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی مراقبان سالمند زن با نتایج مطالعات زیر هم‌راستا است: فرازند و ابراهیمی (۱۳۹۷) با اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی بیماران ناباور، نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸) با اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر مهارت‌های ارتباطی، اعتماد به فضای مجازی، رضایت زناشویی و خودنظم‌دهی هیجانی زوجین، و حیدریان و عیسی‌نژاد (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی خانواده آزادگان. علاوه بر این، یو و همکاران (۲۰۲۲) نقش مهمی را برای کیفیت زندگی در بهبود شرایط سازگار خانوادگی و اجتماعی گزارش کردند. به این ترتیب باید گفت کیفیت زندگی درمانی سعی می‌کند حمایت اجتماعی و پیوندهای اجتماعی را برای افراد تحت آموزش ایجاد کند و افزایش دهد و همچنین آن‌ها را قادر به داشتن دوستان بیشتر کند. این فرایند به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد رضایت و شادی به عملکرد اجتماعی بهتر و درنهایت سلامت روحی و جسمی بیشتری دست یابند؛ زیرا شادی و رضایت بیشتر از زندگی، موجب موفقیت بیشتر در زندگی، سلامتی بهتر و روابط اجتماعی پربارتر می‌شود (قدم‌پور، حیدریانی و برزگر بفرویی، ۱۳۹۸). هرگونه بهبود در شادی افراد می‌تواند بر رضایت شخصی مراقبان سالمند از زندگی شخصی و اجتماعی تأثیر بگذارد. بر این اساس، کیفیت زندگی درمانی بر تعاملات اجتماعی و شادی مراقبان مسن تأثیر می‌گذارد و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا روابط اجتماعی گسترده‌تری را تجربه کنند. گسترش دامنه تعاملات اجتماعی سبب می‌شود زنان مراقبان سالمند حمایت اجتماعی بیشتری و در نتیجه استرس کمتری را درک کنند. علاوه بر این، کیفیت زندگی درمانی ابتدا فرد را ملزم می‌کند که حوزه‌های مهمی را بین فرایندهای ارتباطی و اجتماعی که می‌خواهد تغییر دهد شناسایی کند و سپس در طول جلسات بر این حوزه‌ها متمرکز شود (نجارزادگان و فرهادی، ۱۳۹۸). برای هریک از این بخش‌ها، وظایف و تمرینات براساس تکنیک‌ها و اصول درمانی برای جلسات داخل و خارج از جلسه طراحی شده است. بر این اساس، زنان مراقبان سالمند با معرفی مهارت‌های خودمدیریتی و خودآگاهی به‌عنوان زمینه‌ای که می‌خواهند در آن تغییر کنند، روش‌ها و اصولی را یاد می‌گیرند که عملکرد فردی آن‌ها را بهبود می‌بخشد و زمینه کاهش استرس ادراک شده را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر، یکی از مکانیسم‌های مؤثر کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس ادراک شده زنان مراقب سالمند، تمرکز این درمان بر نقش تعاملات جامعه و خانواده در بهبود وضعیت روانی و هیجانی افراد است. براساس چنین فرایندی، زنان مراقب سالمند آموزش می‌بینند تا تعاملات خانوادگی خود را گسترش دهند و برای یادگیری مهارت‌های ارتباطی کارآمدتر تلاش کنند. یادگیری مهارت‌های ارتباطی و گسترش تعاملات خانوادگی به زنان مراقب سالمندان کمک می‌کند استرس کمتری را تجربه کنند. شایان ذکر است اندازه اثر کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده زنان مراقب سالمند ۵۰ درصد به‌دست آمد. این نتیجه نشان‌دهنده اثر مناسب این درمان بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد کیفیت زندگی درمانی با تمرکز بر روابط خانوادگی و اجتماعی افراد، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده افراد را بهبود می‌بخشد و از این طریق استرس آنان را کاهش می‌دهد.

دومین یافته پژوهش درمورد اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند با نتایج کریمی و همکاران (۱۳۹۹) درباره تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانواده معتادان؛ براساس گزارش قدم‌پور، حیدریانی و برزگر بفرویی (۱۳۹۸) درمورد اثربخشی درمان مبتنی بر ارتقای کیفیت زندگی بر بهزیستی روانی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان همسو است. کارنی و همکاران (۲۰۱۹) همچنین گزارش دادند که کیفیت زندگی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود روابط خانوادگی و اجتماعی داشته باشد. به این ترتیب باید گفت هدف از درمان با کیفیت زندگی افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای برای غنی‌سازی درونی و پیشگیری از فرسودگی روانی است. براساس مبانی نظری توسعه‌یافته در فریش (۲۰۰۶) در کیفیت زندگی درمانی، خودمراقبتی معادل غنای درونی است و به‌عنوان احساس آرامش عمیق، استراحت، هوشیاری و آمادگی برای رویارویی با چالش‌های روزانه در یک محیط متفکر، عاشقانه، دلسوزانه

و جامع تعریف می‌شود. براین اساس، کیفیت زندگی درمانی که بر خودمراقبتی متمرکز است، زنان مراقب سالمند را از تعارضات کلامی و روانی غیرضروری آگاه می‌کند و آن‌ها را به تعامل سازنده با اعضای خانواده برای بهبود سلامت روانی و عاطفی سوق می‌دهد. این فرایند موجب می‌شود که آن‌ها نشاط و آرامش درونی بالاتری را درک و در نتیجه سرمایه روانی بیشتری را گزارش کنند. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی درمانی، رویکردی کل نگر است که سلامت روان را در چارچوب زندگی روزمره مورد توجه قرار می‌دهد و سعی در ارتقای همه ابعاد این عامل از نظر کیفیت زندگی دارد. براین اساس، در این درمان، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، پیگیری و رفع نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های ارزشمند زندگی آموزش داده می‌شود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹). کیفیت تعامل با اعضای خانواده یکی از بارزترین زمینه‌های زندگی یک فرد است؛ زیرا تعامل سازنده با اعضای خانواده، ضمن کمک به سلامت روانی و عاطفی زنان مراقب سالمند می‌تواند ارتباط عاطفی را با اعضای خانواده نیز تقویت کند که به نوبه خود سبب بهبود وضعیت روانی، عاطفی و ارتباطی و افزایش سرمایه روان‌شناختی می‌شود. شایان ذکر است اندازه اثر کیفیت زندگی درمانی بر سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند ۵۵ درصد به دست آمد. این نتیجه نشان‌دهنده اثر مناسب این درمان بر افزایش سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کیفیت زندگی درمانی با ایجاد خودمراقبتی روانی، هیجانی و اجتماعی در تلاش است تا شاخص سلامت روانی و هیجانی افراد را بهبود بخشد. براین اساس کیفیت زندگی درمانی با افزایش خودمراقبتی، تعامل خانوادگی و آموزش مهارت‌های مورد نیاز، زنان مراقب سالمند را تاب‌آورتر، خوش‌بین‌تر و امیدوارتر به آینده کند و از این طریق سرمایه روان‌شناختی آنان را بهبود بخشد.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن جمعیت زنان مراقب سالمند در اردستان، عدم کنترل متغیرهای فردی، اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و فقدان مرحله پیگیری مواجه بود. به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهادی پژوهشی، پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی سایر مراقبان (مراقبان بیماران خاص، افراد مبتلا به اختلال‌های روانی حاد و مزمن و...) در سنین دیگر، گروه‌ها و سایر شهرها، مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و پیگیری انجام شود. با توجه به اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی مراقبان سالمند، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود مسئولان مراکز بهزیستی مشاوران، روان‌درمانگران و متخصصان خود را در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی فعال کنند تا آن‌ها را با روش کیفیت زندگی درمانی آشنا کنند و بستری برای اجرای این روش برای زنان مراقب سالمند فراهم کنند تا این افراد بتوانند با استفاده از کیفیت زندگی درمانی بر استرس ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی زنان مراقب سالمند تأثیر بگذارند.

## ۵. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت زنان مراقب سالمند برای شرکت در برنامه مداخله اخذ و تمامی مراحل مداخله اطلاع‌رسانی شد. همچنین به گروه گواه اطمینان داده شد که در صورت تمایل به تکمیل فرایند تحقیق، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. به دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه است و هیچ نامی از آن‌ها درخواست نشد. به منظور ایجاد انگیزه در شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، جنبه‌های درمانی و آموزشی مداخلات پیش از مداخله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. با این حال، کل فرایند مداخله به صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. شایان ذکر است پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400.278 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان ثبت شده است.

## ۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بود. از تمام مسئولان بهزیستی شهرستان اردستان، زنان مراقب سالمند و خانواده‌های آنان که همکاری کاملی در اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود. هیچ سازمان دولتی و خصوصی‌ای از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

## ۷. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

## منابع

- حسینی، م. ع.، فلاحی خشکناز، م.، محمدی شاهبلاغی، ف.، محمدظاهری آرتیمانی، س.، رضاسلطانی، پ.، خانجانی، م. س. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه ذهن آگاهی بر استرس درک شده مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر. *مجله روان پرستاری*. ۴(۳)، ۷-۱۰.  
<http://ijpn.ir/article-1-837-fa.html>
- حیدریان، م.، و عیسی نژاد، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عملکرد و کیفیت زندگی خانواده آزادگان. *روان شناسی نظامی*. ۱۱(۴۴)، ۴۵-۵۹.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.44.4.4>
- سعادت، س.، اصغری، ف.، و جزایری، ر. (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۵(۱۲)، ۶۷-۷۸.  
<http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3531-fa.html>
- فرزمنند، م.، و ابراهیمی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۶(۱)، ۳۲۹-۳۳۰.  
<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.15078>
- قدمپور، ع.، حیدریانی، ل.، و برزگر بفریوی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان. *مجله طب نظامی*. ۲۱(۲)، ۳۱-۳۲.  
[https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article\\_1000798.html?lang=fa](https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000798.html?lang=fa)
- کریمی، ز.، رضایی، ن.، شکیبیا، م.، و نویدیان، ع. (۱۳۹۹). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی، بر واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانوادگی معتادان. *حیات*. ۲۶(۲)، ۱۷۷-۱۶۳.  
<http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2681-fa.html>
- نجاززادگان، ف.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی کیفیت زندگی درمانگری بر مهارت‌های ارتباطی، اعتیاد به فضای مجازی، رضایت زناشویی و خودنظم‌جویی هیجانی در زوجین. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*. ۱۸(۷۴)، ۲۴۷-۲۵۶.  
<http://psychologicalscience.ir/article-1-252-fa.html>
- نریمانی، م.، شاه‌محمدزاده، ی.، امیدوار، ع.، و امیدوار، خ. (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های عاطفی در بین دانش‌آموزان پسر با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. ۴(۱)، ۱۱۸-۱۰۰.  
[https://jld.uma.ac.ir/article\\_220.html](https://jld.uma.ac.ir/article_220.html)
- یوسف‌وند، م.، رجبی، ه.، حسونند، ب.، و یوسف‌وند، م. (۱۳۹۷). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خودتعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*. ۳۳(۳)، ۴۳-۳۰.  
[https://psyedu.tonekabon.iau.ir/article\\_673553.html](https://psyedu.tonekabon.iau.ir/article_673553.html)

## References

- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., ... & Mattace-Raso, F. U. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
- Carney, T., Yager, J., Maguire, S., & Touyz, S. W. (2019). Involuntary treatment and quality of life. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 299-307. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.011>
- Cohen, S., Kamarak, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal Health Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

- Emond, M., Eycke, K. T., Kosmerly, S., Robinson, A. L., Stillar, A., & Blyderveen, S. (2016). The effect of academic stress and attachment stress on stress-eaters and stress-undereaters. *Appetite, 100*, 210-215. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.035>
- Farazmand, M., & Ebrahimi, S. (2019). Effectiveness of quality of life therapy on marital burnout and psychological distress in the infertile women. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 61*(1), 320-329. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.15078> (In Persian)
- Frisch, M. I. B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch27>
- Geva, N., Defrin, R. (2018). Opposite effects of stress on pain modulation depend on the magnitude of individual stress response. *The Journal of Pain, 19*(4), 360-371. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.011>
- Ghadampour, E., Heydariyani, L., & Barzegar Bofroei, M. (2019). The effectiveness of quality of life therapy on psychological well-being, resiliency, marital satisfaction in wives of veterans. *Journal of Military Medicine, 21*(1), 22-31. [https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article\\_1000798.html?lang=fa](https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000798.html?lang=fa) (In Persian)
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology, 37*(5), 297-308. <https://doi.org/10.1080/00207590244000098>
- Guberman, G., Lavoie, J. P., Blein, L., & Olazabal, I. (2012). Baby Boomcaregivers: Care in the age of individualization. *The Gerontologist, 52*(2), 210-218. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr140>
- Guo, L., Decoster, S., Babalola, M.T., De Schutter, L., Garba, O.A., Riisla, K. (2018). Authoritarian leadership and employee creativity: The moderating role of psychological capital and the mediating role of fear and defensive silence. *Journal of Business Research, 92*, 219-230. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.07.034>
- Heydarian, M., & Isanezhad, O. (2021). The impact of treatment based on improving quality of life on the performance and quality of life of the families of prisoners released. *Scientific Journal of Military Psychology, 11*(44), 45-59. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.44.4.4> (In Persian)
- Hosseini, M. A., Fallahi Khoshknab, M., Mohammadi Shahbolaghi, F., Mohammad Zaheri, S., Soltani, P., & Khanjani, M. S. (2016). The effect of mindfulness program on the perceived stress of family caregivers of elderlies with alzheimer's disease. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 4*(3), 1-7. <http://ijpn.ir/article-1-837-fa.html> (In Persian)
- Jankovic, M., Sijtsema, J. J., Reitz, A. K., Masthoff, E. D., & Bogaerts, S. (2021). Workplace violence, post-traumatic stress disorder symptoms, and personality. *Personality and Individual Differences, 168*, 110-114. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110410>
- Kang, S. W., & Marks, N. F. (2014). Marital strain exacerbates health risks of filial caregiving: Evidence from the 2005 National Survey of midlife in the United States. *Journal of Family Issues, 36*, 105-110. <https://doi.org/10.1177/0192513X14526392>
- Karimi, Z., Rezaee, N., Shakiba, M., Navidian, A. (2020). The effect of group counseling based on quality of life therapy on psychological reactions in family caregivers of addicts. *Journal of Hayat, 26*(2), 163-177. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2681-fa.html> (In Persian)
- Liao, M., Fang, F., Liu, G., Zhang, Y., Deng, C., & Zhang, X. (2020). Influencing factors and correlation of anxiety, psychological stress sources, and psychological capital among women pregnant with a second child in Guangdong and Shandong Province. *Journal of Affective Disorders, 264*, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.148>

- Lu, N., Liu, J., & Lou, V. W. Q. (2015). Caring for frail elders with musculoskeletal conditions and family caregivers' subjective well-being: The role of multidimensional caregiver burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 411-418. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.07.002>
- Maghsoudi, R., Shapka, J., & Wisniewski, P. (2020). Examining how online risk exposure and online social capital influence adolescent psychological stress. *Computers in Human Behavior*, 113, 1064-1068. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106488>
- Najarzadegan, F., & Farhadi, H. (2019). The effectiveness of quality of life therapy on communication skills, addiction to cyberspace, marital satisfaction, and emotional self-regulation in couples. *Journal of Psychological Science*, 18(74), 247-256. <http://psychologicalscience.ir/article-1-252-fa.html> (In Persian)
- Narimani, M., Shahmihammadzadeh, Y., Omidvar, A., & Omidvar, K. H. (2014). A comparison of psychological capital and affective styles in students with learning disorder and normal students. *Journal of Learning Disabilities*, 4(1), 100-118. [https://jld.uma.ac.ir/article\\_220.html](https://jld.uma.ac.ir/article_220.html) (In Persian)
- Poots, A., & Cassidy, T. (2020). Academic expectation, self-compassion, psychological capital, social support and student wellbeing. *International Journal of Educational Research*, 99, 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2019.101506>
- Rezende, G., Gomes, C. A., Rugno, F. C., Eva, G., Lima, N. K. C., & De Carlo, M. M. (2017). Burden on family caregivers of the elderly in oncologic palliative care. *European Geriatric Medicine*, 8(4), 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.06.001>
- Saadat, S., Asghari, F., & Jazayeri, R. (2015). The relationship between academic self-efficacy with perceived stress, coping strategies and perceived social support among students of University of Guilan. *Iranian Journal of Medical Education*, 15(12), 67-78. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3531-fa.html> (In Persian)
- Sladek, M. R., Doane, L. D., Luecken, L. J., & Eisenberg, N. (2016). Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological Psychology*, 117, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.02.003>
- Soto-Rubio, A., Pérez-Marín, M., Barreto, P. (2017). Frail elderly with and without cognitive impairment at the end of life: Their emotional state and the wellbeing of their family caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.024>
- Tsaur, S., Hsu, F., & Lin, H. (2019). Workplace fun and work engagement in tourism and hospitality: The role of psychological capital. *International Journal of Hospitality Management*, 81, 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2019.03.016>
- Vallet, H., Moïsi, L., Thomas, C., Guidet, B., & Boumendil, A. (2019). Acute critically ill elderly patients: What about long term caregiver burden? *Journal of Critical Care*, 54, 180-184. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.028>
- Yang, Z., Jia, H., Lu, Y., Liu, S., Dai, M., & Zhang, H. (2021). Prevalence and related factors of depression and anxiety in a cohort of Chinese elderly caregivers in the nursing home. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1456-1461. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.026>
- Ye, X., Ren, S., Li, X., & Wang, Z. (2020). The mediating role of psychological capital between perceived management commitment and safety behavior. *Journal of Safety Research*, 72, 29-40. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2019.12.004>
- Yousefvand, M., Rajabi, H., Hasanvand, B., & Yousefvand, M. (2018). Effectiveness of quality of life therapy on the psychological resilience and self-determination in depressed girls high school students of Khorramabad. *Journal of Educational Psychology*, 33(3), 30-43. [https://psyedu.tonekabon.iau.ir/article\\_673553.html](https://psyedu.tonekabon.iau.ir/article_673553.html) (In Persian)

Yu, Y., Shen, M., Niu, L., Liu, Y., Xiao, S., & Tebes, J. K. (2022). The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia: A serial mediation model and the role of disability and quality of life. *Schizophrenia Research*, 239, 168-175.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.043>