Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/ 12 / No. 1.2025
Page: 65-86

The effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy combined with motivational interviewing on increasing life satisfaction of visually impaired students with major depression: a single subject study

Zahra Gholami[1], **Shahram Vaziri**[2], **Farah Lotfi kashani**[3]

1- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran.

2-Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran. (Corresponding Author). vaziri@riau.ac.ir

3-Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran.

Received: 05/06/2024 **Accepted:**18/06/2024

Abstract

Introduction: The goal of treatments should not only be the absence of disease but also the improvement of the patient's life satisfaction.

Aim: The present study aimed to investigate the effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy combined with motivational interviewing on increasing the life satisfaction of visually impaired students with major depression.

Methods: The research was a quasi-experimental study with a single-subject design including multiple baseline measurments. The statistical population consisted of members of the WhatsApp group of Mashhad welfare students in September 2022 (110 members); among them, 2 visually impaired participants suffering from major depression (one woman and one man) were selected using the purpose-based available sampling method. Beck's depression inventory, and the short form of the quality-of-life enjoyment and satisfaction questionnaire were used for the outcome evaluation. Participants received the intervention for 12 sessions, 1 hour per week; and were followed up for 3 months. Considering the index of stable change, effect size and visual analysis of graphs the data were analyzed.

Results: The results showed that interpersonal and social rhythm therapy combined with motivational interviewing significantly increased the participants' life satisfaction after the treatment.

Conclusions: The findings indicated that combined interpersonal and social rhythm therapy with motivational interviewing can be an appropriate method for increasing life satisfaction in visually impaired students with major depression. Therefore, it is suggested that the intervention be used to improve the quality of life of these people.

Keywords: Interpersonal and social rhythm therapy, Motivational interview, Life satisfacti

Gholami Z, Vaziri S, Lotfi kashani F. The effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy combined with motivational interviewing on increasing life satisfaction of visually impaired students with major depression: a single subject study. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (1) 65-86

URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2269-fa.htmlCopyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره :۱ .۱۴۰۴
صفحات: ۸۶-۶۵

اثربخشی ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی بر افزایش رضایت از زندگی دانشجویان کم‌بینای مبتلا به افسردگی اساسی: مطالعه تک آزمودنی

زهرا غلامی[۱]، شهرام وزیری[۲]، فرح لطفی کاشانی[۳]

۱-دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.(مولف مسئول).

ایمیل: vaziri@riau.ac.ir

۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

چکیده

مقدمه: هدف از درمان‌ها نه تنها باید عدم وجود بیماری باشد، بلکه هم‌چنین بهبود رضایت از زندگی بیمار نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی بر افزایش رضایت از زندگی دانشجویان کم‌بینای مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش: روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح تک آزمودنی با خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری شامل اعضای گروه واتساپ دانشجویان بهزیستی مشهد در شهریورماه ۱۴۰۱، (۱۱۰ عضو)، بود؛ از آن میان ۲ شرکت‌کننده‌ی کم‌بینای مبتلا به افسردگی اساسی (یک خانم و یک آقا)، به روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. از پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۱۹۹۶) و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی اندیکت و همکاران (۱۹۹۳) برای ارزیابی استفاده گردید. شرکت‌کنندگان ۱۲ جلسه، ۱ ساعت در هفته، مداخله را دریافت کردند؛ و ۳ ماه پیگیری شدند. داده‌ها به کمک شاخص تغییر پایا، اندازه اثر و تحلیل دیداری نمودارها، تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان را در پس از درمان تا مرحله پیگیری به طور قابل توجهی افزایش داده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها از این امر حمایت می‌کند که تلفیق ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی با مصاحبه انگیزشی می‌تواند روش مناسبی برای افزایش رضایت از زندگی دانشجویان کم‌بینای مبتلا به افسردگی اساسی باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود از این مداخله به منظور ارتقای کیفیت زندگی این افراد استفاده شود.

کلید واژه‌ها: ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی، مصاحبه انگیزشی، رضایت از زندگی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

سلامت روان، صرفا فقدان مشکلات سلامت روان نیست، بلکه مستلزم داشتن احساس خوب در مورد خود و زندگی و ظرفیت استفاده از منابع به شیوه‌ای سازنده و معنادار است؛ لذا، سازمان بهداشت جهانی[1] اخیرا اجرای برنامه‌هایی را برای تقویت بهزیستی ذهنی[2] به منظور کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی توصیه کرده است؛ و در سال ۲۰۱۳، کشورهای عضو اتحادیه اروپا بر روی یک معیار واحد از بهزیستی، یعنی رضایت از زندگی، به منظور نظارت بر پیشرفت بهزیستی توافق کردند؛ و پیشنهاد شده است که از این معیار برای انجام ارزیابی‌های مرتبط با سلامت روان و اطلاع‌رسانی تصمیمات سیاستی استفاده شود (گیگانتسکو[3] و همکاران، ۲۰۱۹). رضایت از زندگی[4] از نگرش و ارزیابی عمومی فرد نسبت به کلیت زندگی خود یا برخی از جنبه‌های زندگی همچون زندگی خانوادگی، شغلی، اوقات فراغت، درآمد، سلامتی و غیره نشات می‌گیرد؛ و در واقع بازتاب فاصله میان ایده آل‌های شخص و وضعیت فعلی او است؛ به طوری که هرچه شکاف میان ایده آل‌های شخص و وضعیت فعلی افزایش یابد، رضایت‌مندی فرد کاهش می‌یابد (سید موسوی پاسکه، ۲۰۱۹).

یکی از مشکلاتی که می‌تواند بر میزان رضایت از زندگی اثرگذار باشد، اختلال بینایی است. منظور از اختلال بینایی[5] محدودیت قابل توجه و غیر قابل اصلاح توانایی بینایی است (جمال[6] و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال فرد را با مشکلات و کمبودهایی مواجه می‌کند که تقریبا در هر جنبه‌ای از زندگی سازگاری می‌طلبد؛ به عنوان نمونه، از دست دادن توانایی عملکردی و تعاملات اجتماعی مناسب به دلیل عدم دریافت داده‌های بصری کافی(کلاوک، سوندسی و فاین[7]، ۲۰۲۳)؛ فرصت‌های کمتر برای یادگیری و اصلاح مهارت های اجتماعی (کارن، بارس، فان نیسپن و روفیو[8]، ۲۰۲۳)؛ که سبب سلامت عمومی و تحصیلات پایین‌تر (جمال و همکاران، ۲۰۲۳)، اشتغال و درآمد مالی کم‌تر (ویکراماراچی[9] و همکاران، ۲۰۲۳) و رویدادهای نامطلوب بین فردی می‌گردد؛ که این عواقب به نوبه خود در فرد احساس غم و اندوه، وابستگی، بی‌کفایتی، ترس و افسردگی ایجاد می‌کند (کورتویک و ایوانسیک[10]، ۲۰۱۹). به طوری که مطالعات نشان می‌دهد افراد بالغ مبتلا به کم‌بینایی ۱/۶ تا ۲/۸ برابر بیشتر از افراد بدون اختلال بینایی در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند (باخلا[11] و همکاران، ۲۰۲۳)؛ و کیفیت زندگی و رضایت از زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (برونز و هیر[12]، ۲۰۲۰؛ جمال و همکاران، ۲۰۲۳).

علی‌رغم وجود مطالعات متعدد در زمینه پیامدهای جسمی و روانشناختی اختلال بینایی و با وجود تأکید

[1]- World health organization (WHO)
[2] -Subjective well-being
[3] -Gigantesco
[4]- Life satisfaction
[5] -Visual impairment
[7] -Klauke, Sondocie, & Fine
[8] - Caron, Barras, Van Nispen, & Ruffieux
[9] -Wickramaarachchi
[10] -Kurtović & Ivančić
[11] -Bakhla
[12]- Brunes, & Heir

بر لزوم گسترش برنامه‌هایی که بتواند با آموزش مهارت‌های خودمدیریتی به این افراد، امکان مدیریت بهتر پیامدهای عملی، اجتماعی و عاطفی حاصل از اختلال بینایی را بهینه سازد (والترز[1]، ۲۰۲۳)، متأسفانه تاکنون اقدامات مؤثری در این رابطه صورت نگرفته است. در تائید این مطلب در یک متاآنالیز، اثربخشی مداخلات توانبخشی بر کیفیت مرتبط با سلامت، کیفیت مرتبط با بینایی یا عملکرد بینایی و سایر پیامدهای گزارش شده توسط بیماران کم‌بینا مورد ارزیابی قرار گرفت؛ و در نتایج هیچ شواهدی مبنی بر سود مداخلات توانبخشی بر کیفیت مرتبط با سلامت یافت نشد؛ و شواهدی با قطعیت پایین و متوسط از یک فایده کوچک در مداخلات توانبخشی بر کیفیت مرتبط با بینایی در مطالعات مقایسه درمان‌های روانشناختی با روش‌های تقویت بینایی دیده شد (فان نیسپن[2] و همکاران، ۲۰۲۰). این یافته‌ها نشان دهنده لزوم به کارگیری مداخلاتی مؤثرتر در این راستا است؛ که ضمن اصلاح کاستی‌های موجود در سبک زندگی این افراد، بتواند کیفیت زندگی و سطح رضایت‌مندی این بیماران را ارتقاء دهد.

ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی[3] نوعی روان درمانی است که اولین بار توسط الن فرانک (فرانک، سوارتز و کوپفر[4]، ۲۰۰۵) در راستای اصلاح سبک زندگی ناکارآمد و درمان خلق‌وخوی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی طراحی گردید. این درمان از تلفیق «ریتم درمانی اجتماعی» و «روان درمانی بین فردی» ایجاد شده است؛ که بخش «ریتم‌های اجتماعی» بر ایجاد یک روال روزانه منظم و ثابت و بخش «میان فردی» بر ایجاد روابط ایمن و سالم تمرکز دارد؛ لذا در این درمان با تنظیم ریتم شبانه روزی (مانند زمان خواب و بیداری) و ریتم اجتماعی (مانند زمان وعده های غذایی، کاری، استراحت و غیره) و هم‌چنین اصلاح روابط بین فردی مختل در چارچوب روان درمانی بین فردی[5] کلرمن[6]، به بیمار کمک می‌شود با ایجاد یک برنامه منظم و بهبود روابط میان فردی، خلق‌وخو و سلامت روانی کلی خود را بهبود بخشد. لازم به ذکر است که در این درمان علاوه بر چهار حوزه‌ای که کلرمن برای اصلاح روابط در نظر گرفت (غم و اندوه، اختلاف نقش، انتقال نقش و کاستی نقش)، «غم از دست دادن سلامتی» نیز مورد توجه قرار می‌گیرد (کومار[7]، ۲۰۲۳).

مطالعات نیز اثربخشی این درمان را بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب، شیدایی، پاسخ به تثبیت‌کننده‌های خلق و بهبود عملکرد کلی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی (استیردو[8] و همکاران، ۲۰۲۰؛ شاه محمدی و نیکنام، ۲۰۲۲؛ آکتاس و دولگرلر[9]، ۲۰۲۴)؛ بهبود افسردگی و عملکرد افراد مبتلا به افسردگی اساسی (کرو[10] و همکاران، ۲۰۲۰)، درمان افسردگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (بنفایلز و

1 -Walters
2- Van Nispen
3- Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)
4- Frank, Swartz, & Kupfer
5- Interpersonal therapy (IPT)
6 -Klerman
7- Kumar
8- Steardo
9- Aktas & Dülgerler
10-Crowe

نویک[1]، ۲۰۲۱)، کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت‌های خودنظم‌دهی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد (باقری، غضنفری و میردریکوند، ۲۰۲۳) و کنترل شیدایی، کاهش اضطراب امتحان و خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان جدیدالورود رشته پیراپزشکی (سیاسری، میرشکاری، بارانی، صابری و محمدی صادق، ۲۰۲۴)، تائید کرده است.

با این وجود، با توجه به اینکه ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی نیازمند تغییرات اساسی در ابعاد فردی، بین فردی و اجتماعی است و تغییراتی چنین گسترده می‌تواند درجاتی از اضطراب را به همراه داشته باشد، دور از انتظار نیست که پذیرش آن در افراد مبتلا به اختلال بینایی که با پیامدهای بی‌شمار این بیماری از جمله افسردگی اساسی دست به گریبانند با چالش هایی مواجه گردد؛ لذا، تلفیق آن با مصاحبه انگیزشی می‌تواند راه را برای تبعیت از تغییرات درمانی هموار سازد.

مصاحبه انگیزشی[2] که توسط میلر و رولنیک[3] اولین بار در سال ۱۹۸۳ به منظور درمان افراد وابسته به الکل منتشر گردید و امروزه به منظور درمان سایر اختلالات به صورت تک درمان و یا در تلفیق با سایر درمان‌ها به کار می‌رود، نوعی مداخله مراجع‌محور رهنمودی است که در آن درمانگر به شیوه‌ی غیرمستقیم به مراجعی که بر سر دو راهی تغییر یا مقاومت در برابر آن مردد مانده، کمک می کند مسیر تغییر را برگزیند و با افزایش خودکارآمدی مراجع، او را در حفظ مسیر یاری می دهد (میلر، ۲۰۲۳). نتایج یک متاآنالیز که به بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر بیماران مبتلا به اختلال‌های بسیار شایع پرداخت نیز تائید می‌کند که مصاحبه انگیزشی برای تقویت انگیزه تغییر رفتار و تبعیت از درمان مفید است؛ و می‌توان از آن برای بهینه سازی مداخلات پزشکی استفاده کرد (بیشاف گ، بیشاف او قومف[4]، ۲۰۲۱). المنصور، القورمله و عبدالرزاق[5] (۲۰۲۳) نیز در مطالعه خود مصاحبه انگیزشی را موجب تقویت انگیزه بیماران برای بهبود مشکلات سلامتی ناشی از سبک زندگی ناسالم و بهینه سازی مداخلات پزشکی دانستند.

از این رو، با توجه به پیشینه موجود و افزایش روزافزون اختلال بینایی به دلیل بالا رفتن سن و تبعات ناتوان کننده آن از جمله افسردگی اساسی و در مقابل، محدودیت مداخلات توانبخشی کارآمد و ضرورت پرداختن به برنامه هایی که بتواند با آموزش مهارت های خود مدیریتی باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران گردد، در این پژوهش به ارزیابی اثربخشی ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی بر افزایش رضایت از زندگی دانشجویان کم‌بینای مبتلا به افسردگی اساسی پرداخته شد.

[1]- Bonfils & Novick
[2] -Motivational interviewing (MI)
[3]- Miller & Rollnick
[4] -Bischof G, Bischof A, Rumpf
[5] -Almansour, Alqurmalah, & Abdul Razack

روش

روش پژوهش حا ضر شبه‌آزمای شی با طرح تک آزمودنی با خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری آن شامل کلیه دان شجویان کم‌بینای تحت پو شش بهزی ستی م شهد در شهریورماه ۱۴۰۱ بود که در گروه واج ساپ دان شجویان بهزی ستی شهر م شهد ع‌ضویت دا شتند (۱۱۰ ع‌ضو). روش نمونه‌گیری، با توجه به اینکه حداقل نمونه مورد نیاز برای قبول یا رد فر ضیه‌های پژوهش در طرح‌های تک آزمودنی ۲ نفر ا ست (لین و گا ست[1]، ۲۰۱۴)، بدین صورت بود که ابتدا در گروه واج ساپی که جامعه پژوهش را شامل می شد، فراخوان م شارکت در پژوهش به منظور دریافت درمان رایگان برای افسردگی، ارسال گردید. از میان اع ضای گروه ۶ نفر داوطلب شدند. سپس این افراد تو سط پژوهش‌گر (دان شجوی دکتری روان شنا سی بالینی) از طریق م صاحبه بالینی تشخی صی بر ا ساس نسخه تجدیدنظر شده پنجمین ویرایش راهنمای ت شخی صی و آماری اختلالات روانی[2] (انجمن روانپز شکی آمری کا[3]، ۲۰۲۲) و هم‌چنین پر سش‌نامه اف سردگی بک- ویرایش دوم مورد ارزیابی مقدماتی قرار گرفتند؛ که بر اساس آن از ۶ داوطلب، ۴ نفر (۳ خانم و ۱ آقا) واجد شرایط ورود به پژو هش شد ند؛ و از ا ین ۴ نفر، ۲ شرکت‌کننده‌ی خانم، یکی در مرحله خط پایه به دلیل م شکلات خانوادگی و دیگری در میانه درمان به دلیل سفر از پژوهش خارج شدند؛ و درنهایت تنها ۲ شرکت‌کننده در تمام جلسات درمان حضور یافتند و نمونه نهایی را تشکیل دادند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از گرفتن تشخیص اختلال افسردگی اساسی با شدت خفیف تا شدید، مطابق با پرسش‌نامه افسردگی بک -ویرایش دوم؛ فقدان ملاک‌های سایر اختلال‌های روانی، بر اساس مصاحبه بالینی تشخیصی انجام شده توسط روا نشناس بالینی؛ توانایی خواندن و نوشتن در حد مورد نیاز برای درک و انجام تکالیف درمانی؛ عدم دریافت درمان‌های موازی؛ و امضای فرم قرارداد شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: عدم تمایل مراجع به ادامه پژوهش؛ غیبت داشتن در دو جلسه درمانی؛ عدم انجام تکالیف درمانی تا آنجایی که روند درمان را با مشکل مواجه کند؛ بروز مشکلات جسمانی یا روانی مخل درمان.

رو ند ا جرای پژو هش بد ین صورت بود که شرکت‌کنندگان بعد از ارزیابی اولیه، در یک فرم قرارداد در مانی با مرا حل در مان آ شنا شدند و موافقت خود را اعلام نمود ند. م طابق این قرارداد شرکت‌کنندگان ابتدا حدود یک ماه بدون دریافت هیچ‌گو نه در مانی تا ز مان ر سیدن به ثبات در متغیرهای اف سردگی و ر ضایت از زندگی، هر دو هفته یک‌بار فایل صوتی پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت رضایت و لذت از ز ندگی ا ندیکت و همکاران را تکمیل کردند (به دلیل م شکل بینایی شرکت‌کنند گان

[1]- Lane & Gast

[2] -Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)

[3] -American Psychiatric association

پرسش‌نامه‌ها به صورت صوتی ضبط و برای ایشان ارسال گردید). شرکت‌کننده‌ی آقا بعد از سه بار ارزیابی در مرحله خط پایه (یک ارزیابی در ابتدای مرحله خط پایه و سایر ارزیابی‌ها بافاصله دو هفته) و شرکت‌کننده‌ی خانم بعد از ۴ بار ارزیابی در مرحله خط پایه (یک ارزیابی در ابتدای خط پایه و سایر ارزیابی‌ها با فاصله دو هفته)، در متغیر افسردگی و رضایت از زندگی به ثبات رسیدند و بلافاصله وارد مرحله مداخله شدند؛ لذا آغاز مرحله مداخله در شرکت‌کننده‌ی خانم مصادف شد با پایان جلسه سوم درمان در شرکت‌کننده‌ی آقا که با ظهور اثرات مطلوب درمان در این شرکت‌کننده همراه بود (کاهش شدت افسردگی). در مرحله مداخله، هر شرکت‌کننده، ۱۲ جلسه مداخله‌ی ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی را به مدت یک ساعت، هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد؛ و طی این مرحله هر دو هفته یک‌بار پرسش‌نامه‌های افسردگی و رضایت از زندگی را تکمیل نمود. فاصله جلسات پایانی درمان متناسب با شرایط شرکت‌کنندگان به دو هفته، سه هفته و هر یک ماه یک‌بار افزایش یافت (سه جلسه انتهایی). سپس، شرکت‌کننده‌ی آقا به مدت ۲ ماه، هر یک ماه یک بار (به دلیل عدم ارسال پاسخ پرسش‌نامه‌ها از سوی این شرکت‌کننده، پیگیری ماه سوم در ایشان انجام نشد) و شرکت‌کننده‌ی خانم به مدت ۳ ماه (هر یک ماه یک‌بار) بدون دریافت هیچ‌گونه درمانی پرسشنامه‌های فوق را تکمیل کردند (مرحله پیگیری).

ازجمله ملاحظات اخلاقی این پژوهش ذکر حقوق شرکت‌کنندگان در فرم رضایت آگاهانه بود که مواردی چون حفظ اطلاعات هویتی شرکت کنندگان و اصل رازداری، شرح مراحل پژوهش و موارد استفاده از اطلاعات به دست آمده، امکان خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش هر زمان که تمایلی به ادامه همکاری نداشته باشند و داشتن حق شکایت از مجریان پژوهش در صورت بروز هرگونه آسیب جسمی یا روانی ناشی از پژوهش را شامل شد.

در نهایت داده‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایا، اندازه اثر و تحلیل دیداری نمودارها با کمک نسخه ۲۷ نرم‌افزار SPSS و اکسل ۲۰۱۶، تجزیه‌وتحلیل گردید.

ابزار

فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی[1] (Q-LES-Q-SF).

پرسش‌نامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی توسط اندیکت، نی، هاریسون و بلومنتال[2] (۱۹۹۳) طراحی گردید. این پرسش‌نامه از ۱۴ گویه تشکیل شده است؛ که به منظور ارزیابی میزان رضایت و لذت از زندگی در ابعاد مختلف عملکرد روزانه مانند سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و وضعیت اقتصادی طی هفته گذشته بکار می‌رود. نمره‌گذاری

[1]- Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire-short form

[2]- Endicott, Nee, Horrison, Blumenthal

آن به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است که برای گزینه خیلی ضعیف، ضعیف، نسبی، خوب و خیلی خوب، به ترتیب امتیازات ۱،۲،۳،۴،۵ در نظر گرفته می شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۴ و ۷۰ ا ست؛ ولی به دلیل آن که ممکن ا ست برخی از سؤالات بی پا سخ بماند نمره نهایی به صورت در صدی محا سبه می‌گردد (تفا ضل حداقل نمره ممکن از نمره خام، تق سیم بر، تفا ضل حداقل نمره ممکن از حداکثر نمره ممکن، ضربدر ۱۰۰) که در نهایت فرد امتیازی بین ۰-۱۰۰ کسب می‌کند. نمرات بالاتر ن شان دهنده لذت و ر ضایت بهتر از زندگی ا ست (ریندو[1] و همکاران، ۲۰۱۸). ا ستوانو یک[2] (۲۰۱۱)، در مطالعه خود همسانی درونی و ضریب بازآزمایی مقیاس فوق را به ترتیب ۰/۹ و۰/۹۳ گزارش کرد. لی۳ و همکاران (۲۰۱۴) روا یی محتوایی این ابزار را خوب دانستند؛ و تقربی، شریفی، سوکی و تقربی (۲۰۱۲) نیز ضریب ثبات داخلی این پرسش‌نامه را ۰/۹۶-۰/۹۳ گزارش کردند؛ و با شیوه مقایسه گروه‌های شناخته شده روایی این ابزار را تائید کردند ($P<۰/۰۰۰۱$) . این یافته‌ها نشان دهنده پایایی و روایی بالای این ابزار است.

پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم[4] (BDI-II):

این ابزار یک شاخص خود گزارشی ۲۱ سؤالی است؛ که توسط بک، استیر و براون[5] در سال ۱۹۹۶ به منظور سنجش شدت افسردگی افراد بالای ۱۳ سال، طی دو هفته اخیر طراحی شده است؛ و هر سوال یک مقیاس ۴ درجه‌ای دارد که نمره‌ای بین ۰-۳ دریافت می‌کند؛ به طوری که حداقل و حداکثر نمره حاصل به ترتیب ۰ و ۶۳ است؛ و نمرات برش این ابزار معادل ۱۳=۰ غیر افسرده، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط تا شدید، ۶۳-۲۹ افسردگی شدید است (مارنات[6]، ۲۰۰۳). گارسیا- باتیستا، گرا- پنیا، کنو- وینذل، هررا- مارتینز و مدرانو[7] (۲۰۱۸) در مطالعه خود ضریب کرونباخ را برای بعد شناختی این ابزار $a = ۰/۷۸$؛ برای بعد سوماتیک $a = ۰/۷۷$، برای بعد عاطفی $a = ۰/۷۰$ و برای مقیاس کل $a = ۰/۸۹$؛ گزارش کردند؛ که نشان دهنده پایایی درونی متوسط تا بالای این ابزار است.حمیدی و همکاران (۲۰۱۵)، نیز پایایی درونی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ گزارش کردند؛ و روایی همگرای این ابزار را از طریق سنجش همبستگی آن با پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی[8] ۰/۸ ارزیابی کردند؛ که نشان دهنده پایایی و روایی مطلوب این ابزار است.

دستور جلسات درمان مطابق با پروتکل درمان ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی که توسط فرانک (۲۰۰۷) طراحی شده است، اجرا گردید. بر اساس این پروتکل تعداد جلسات می‌تواند مطابق با نیاز مراجع و شرایط موجود تنظیم گردد؛ لذا در این

[1] -Riendeau
[2]- Stevanovic
[3] -Lee
[4] -Beck depression inventory-2th ed
[5]- Beck, Steer, & Brown

[6] -Marnat
[7]- García-Batista, Guerra-Peña, Cano-Vindel, Herrera-Martínez, & Medrano
[8]- General health questionnaire (GHQ-28)

مطالعه بر اساس تعداد جلسات پیشنهادی پروتکل برای هر مرحله از درمان و شرایط پژوهش، ۱۲ جلسه در نظر گرفته شد و به شرکت‌کنندگان در ابتدای درمان اعلام شد که تعداد جلسات در صورت نیاز تغییر خواهد کرد. از آنجایی که میزان رضایت از زندگی برای هر شخصی منحصر به فرد است و نمی‌توان یک نقطه برش واحد در مورد آن در نظر گرفت که ملاک خاتمه درمان گردد. در این پژوهش ملاک خاتمه درمان رسیدن شرکت‌کنندگان به سطح بهبود بالینی در متغیر افسردگی اساسی (معادل نقطه برش ۱۳-۰ پرسش‌نامه افسردگی بک – ویرایش دوم) بود.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان

جلسه	شرح فعالیت
۱	صحبت درباره یک ماه اخیر (خط پایه)؛ ارزیابی‌های تکمیلی جهت اطمینان از ثبات ملاک‌های ورود به درمان؛ توضیح اختلال افسردگی و تأثیرات آن بر رضایت از زندگی؛ توضیح درمان ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی و علت انتخاب این درمان؛ صحبت درباره قوانین و تعداد جلسات.
۲	بررسی هفته گذشته؛ تعیین اهداف درمانی و انتظارات مراجع (دو هدف، یکی در حیطه روابط میان فردی و دیگری در حیطه تنظیم ریتم اجتماعی، انتخاب شد)؛ صحبت درباره شیوه پرداختن به اهداف انتخاب شده.
۳	بررسی هفته گذشته؛ صحبت درباره ریتم‌های زیستی و اجتماعی مراجع (ساعت خواب، بیداری، زمان صرف غذا و غیره) و تأثیر آن بر زندگی مراجع؛ ثبت برنامه روزانه مراجع؛ برنامه‌ریزی برای منظم کردن ریتم اجتماعی با تأکید بر زمان بیداری و صرف وعده‌های غذا
۴	بررسی هفته گذشته با تمرکز بر ارزیابی ریتم اجتماعی؛ ارزیابی روابط میان فردی تأثیرگذار بر وضعیت کنونی و انتخاب حوزه میان فردی مختل، به منظور اصلاح آن.
۱۱-۵	بررسی وقایع میان دو جلسه با تمرکز بر ریتم اجتماعی و روابط میان فردی مورد توافق؛ تجزیه‌وتحلیل مسائل پیش آمده؛ آموزش مهارت‌های مورد نیاز متناسب با مسئله پیش‌آمده.
۱۲	ارزیابی وقایع جلسه قبل تا کنون، تجزیه‌وتحلیل مسائل پیش‌آمده و بررسی راه‌های پیشنهادی مراجع بر اساس آنچه طی درمان آموخته است؛ ارزیابی

میزان حصول اهداف درمانی؛ پرداختن به برنامه‌ها و دغدغه‌های آتی مراجع و راه حل آن. صحبت درباره خاتمه درمان و دوره پیگیری.

لازم به ذکر است، بر اساس نظریه میلر (۲۰۲۳) که معتقد است مصاحبه انگیزشی را می‌توان هم به صورت مجزا و هم در تلفیق با سایر درمان‌ها در راستای افزایش انگیزه بیمار و تبعیت از درمان به کار برد، از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی از جمله سؤالات باز[1]، تأییدها[2]، انعکاس‌ها[3] و خلاصه‌کردن[4]، به هنگام ضرورت طی جلسات فوق به منظور افزایش پذیرش تغییرات و مقابله با موانع درمان و هم چنین افزایش احساس خودکارآمدی شرکت‌کنندگان استفاده گردید. برای اطمینان از پایبندی به مصاحبه انگیزشی در جلسات ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی، با توجه به آن که پیشینه مطالعاتی در این زمینه وجود نداشت، از معیارهای ارزیابی پایبندی به مصاحبه انگیزشی در جلسات روان‌درمانی شناختی- رفتاری استفاده گردید. منبع مورد استفاده کتاب مصاحبه انگیزشی در درمان مشکلات روانی (آرکوویتز، میلر و رولنیک[5]، ۲۰۱۵) بود. کلیه جلسات درمان به دلیل مشکل بینایی شرکت‌کنندگان به صورت مکالمات تلفنی برگزار گردید؛ و به دلیل اختلال شبکه اینترنت سراسری، همزمان با اجرای پژوهش، برگزاری جلسات به صورت تصویری امکان‌پذیر نشد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از ارزیابی روانشناختی

شرکت‌کنندگان:

شرکت‌کننده‌ی اول: آقای ۲۳ ساله، مجرد، دانشجوی سال چهارم کارشناسی علوم تربیتی، متولد و ساکن مشهد بود که به علت برهم خوردن رابطه با دوست صمیمی‌اش از حدود دو ماه قبل احساس افسردگی می‌کرد. علائم ایشان طی ارزیابی عبارت بود از: احساس غمگینی، کاهش لذت، احساس گناه، انتظار تنبیه شدن، سرزنش خود، تمایل به گریه کردن، تحریک پذیری شدید، تمایل به انزوا، مشکل در تصمیم‌گیری، احساس کم‌ارزشی، خواب زیاد، کاهش محسوس وزن و اشتها، لرزش و مورمور شدن خفیف دست و پاها، ترس از دست دادن کنترل و عصبی بودن، ترس از وقوع حادثه بد و مردن، داشتن سابقه ۲ بار خودکشی ناموفق با قرص در ۲ سال قبل؛ ولی در زمان مصاحبه تصمیم و یا فکری درباره اقدام به خودکشی نداشت. سابقه مراجعه به روانشناس و روانپزشک نداشت. دارای نقص بینایی مادرزادی با شدت شدید در شبکیه

[1] Open questions
[2] Affirmations
[3] Reflections
[4] Summarise
[5] Arkowitz, Miller, & Rollnick

چشم بود (با ظاهر چشم سالم) که به موجب آن تحت پوشش بهزیستی مشهد قرار داشت. دارای دو برادر و یک خواهر کوچک‌تر بود؛ که برادر کوچک نیز دچار اختلال بینایی مادرزادی در سطح شدید بود. در سابقه خانوادگی و سواس و مصرف الکل وجود داشت. روابط خانوادگی پرتعارض گزارش شد؛ و خانواده به لحاظ درآمدی در دهک ۴ قرار داشت. به دلیل مشکل بینایی، با وجودی که جویای کار بود، امکان اشتغال به کار برای ایشان فراهم نبود. در دانشگاه عادی مشغول به تحصیل بود؛ و وضعیت تحصیلی و روابط اجتماعی خود را تا قبل از افسردگی خوب گزارش کرد؛ ولی در زمان مصاحبه تمایل به برقراری ارتباط با دیگران نداشت. بینش مراجع به بیماری‌اش کامل بود؛ و طی مصاحبه همکاری خوبی با درمانگر داشت. سایر حوزه های مورد بررسی (ادراک، محتوا و جریان تفکرو غیره) نرمال بود.

شرکت‌کننده‌ی دوم: خانم ۳۵ ساله، مجرد، دانشجوی ترم پنجم کارشناسی ارشد روانشناسی، متولد و ساکن مشهد بود که از یک سال اخیر به دنبال برهم خوردن رابطه عاطفی با دوست صمیمی‌اش افسرده شده بود. علائم شرکت‌کننده طی ارزیابی عبارت بود از: احساس غمگینی، کاهش لذت، احساس گناه، کم‌ارزشی و سرزنش خود، انتظار تنبیه شدن، تمایل به گریه کردن و انزوا، تحریک‌پذیری، صبح‌ها زودتر از معمول بیدار می‌شد و ناتوانی در به خواب رفتن مجدد منجر به کسالت در طی روز می‌گردید، هم‌چنین تحریک‌پذیری بیش از حد و ترس از دست دادن کنترل و کاهش محسوس در وزن، تمرکز، میل جنسی و انرژی نیز گزارش شد. مراجعه قبلی به روانشناس و روانپزشک نداشت. در ۲۴ سالگی به دلیل افزایش فشار داخلی چشم دچار آسیب شدید عصب بینایی شده بود (با ظاهر چشم سالم)؛ که به موجب آن تحت پوشش بهزیستی مشهد قرار داشت. فرزند آخر از چهار فرزند بود. روابط خانوادگی در وضعیت نرمال گزارش شد. خانواده به لحاظ درآمدی در دهک ۵ قرار داشت؛ و در خانواده سابقه اعتیاد به مواد مخدر گزارش شد. محصل دانشگاه عادی بود؛ و وضعیت تحصیل و روابط اجتماعی ایشان تا قبل از افسردگی خوب ارزیابی شد؛ ولی در زمان مصاحبه منزوی و کم‌حوصله بود. بینش مراجع به بیماری‌اش کامل بود؛ و همکاری ایشان با درمانگر خوب بود. سایر حوزه‌های مورد بررسی (ادراک، محتوا و جریان تفکر و غیره) نرمال بود.

لازم به ذکر است که بر اساس نمره برش پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم، شدت افسردگی شرکت‌کننده‌ی آقا و خانم در مرحله خط پایه، به ترتیب ۲۷ و ۲۸ بود که معادل شدت افسردگی متوسط تا شدید است؛ و در خاتمه درمان هر دو شرکت‌کننده به سطح بهبود بالینی رسیدند و این وضعیت را تا زمان پیگیری حفظ کردند (۱۳-BDI=۰). به منظور اجتناب از طولانی شدن مقاله از آوردن جزییات بیشتر درباره روند تغییرات متغیر افسردگی اساسی که در راستای هدف مطالعه حاضر نیز نیست، خودداری شد.

در ادامه روند تغییر نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر رضـــایت از زندگی به تفکیک مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول۲. روند تغییرات نمره‌ها در متغیر کیفیت رضایت و لذت از زندگی

مراحل	تعداد ارزیابی	شرکت‌کنندهی مرد	شرکت‌کننده‌ی زن
خط پایه	اول	۳۷	۳۱
	دوم	۳۵	۳۵
	سوم	۳۷	۳۴
	چهارم	-	۳۴
میانگین مرحله خط پایه		۳۶/۳۳	۳۳/۵۰
مداخله	پنجم	۳۷	۳۵
	ششم	۳۷	۳۷
	هفتم	۴۹	۳۸
	هشتم	۴۲	۴۰
	نهم	۴۲	۴۳
	دهم	۴۴	۴۶
میانگین مرحله درمان		۴۱/۸۳	۳۹/۸۳
اندازه اثر		۱/۴۴	۱/۸۷
اندازه اثر کلی		۱/۶۵	
شاخص تغییر پایا		۱/۴۹	۲/۵۶
پیگیری	یازدهم	۳۹	۴۴
	دوازدهم	۴۲	۴۷
	سیزدهم	-	۴۴
میانگین مرحله پیگیری		۴۰/۵۰	۴۵/۰۰
اندازه اثر پیگیری		۲/۷۰	۶/۱۴
اندازه اثر کلی		۴/۴۲	
شاخص تغییر پایا		۱/۰۷	۲/۱۳

مطابق جدول ۲، قبل از مداخله، نمره رضـــایت شـرکت‌کننده مرد و زن به ترتیب برابر ۳۷ و۳۴ بوده است و پس از مداخله برابر ۴۴ و ۴۶ شده است؛ که نشان دهنده افزایش رضایت شرکت‌کنندگان است. در مرحله پیگیری نمرات شـــرکت‌کننده‌ی مرد به ترتیب ۳۹ و۴۲ ارزیابی شد؛ و نمرات شرکت‌کننده‌ی زن به ترتیب ۴۷،۴۴ و۴۴ گزارش گردید؛ که با وجود کـاهش جزئی، همچنـان میزان رضـــایت شرکت‌کنندگان از خط پایه بالاتر بود.

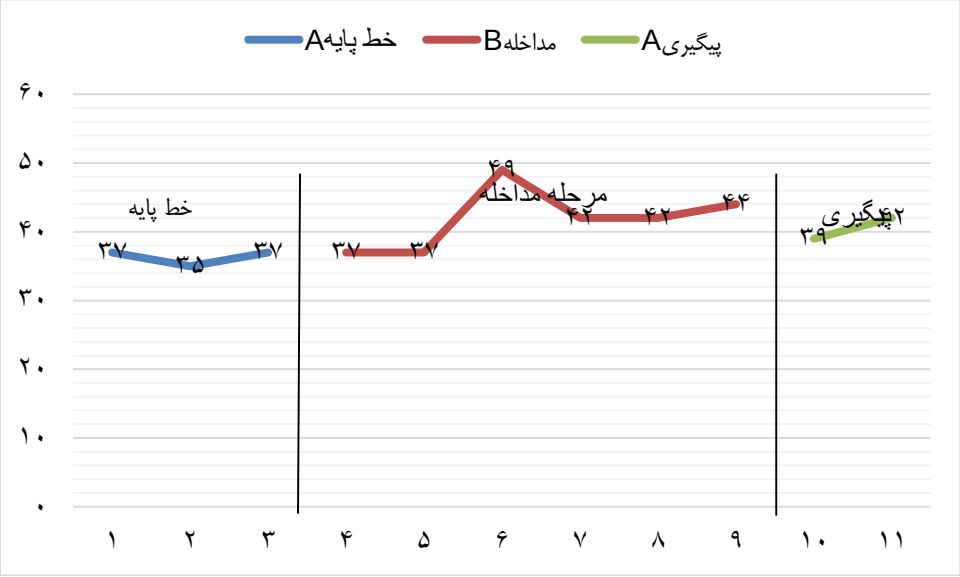
نتایج حاصل از شاخص تغییر پایا (جدول۲) که به تغییراتی بیش از خطای اندازه‌گیری اشاره دارد، نشان داد که نمرات شرکت‌کننده‌ی مرد در مراحل مداخله

و پیگیری به ترتیب برابر ۱/۴۹ و ۱/۰۷ بوده است؛ که چون کوچک‌تر از مقدار بحرانی ۱/۹۶ است، از نظر آماری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست؛ اما مقدار این شاخص برای مورد زن در مراحل مداخله و پیگیری به ترتیب برابر ۲/۵۶ و ۲/۱۳ بوده است که از مقدار بحرانی آن در سطح ۰/۰۵ یعنی ۱/۹۶ بزرگ‌تر است؛ و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین نمرات مرحله خط پایه با مراحل مداخله و پیگیری شرکت‌کننده‌ی زن وجود دارد.

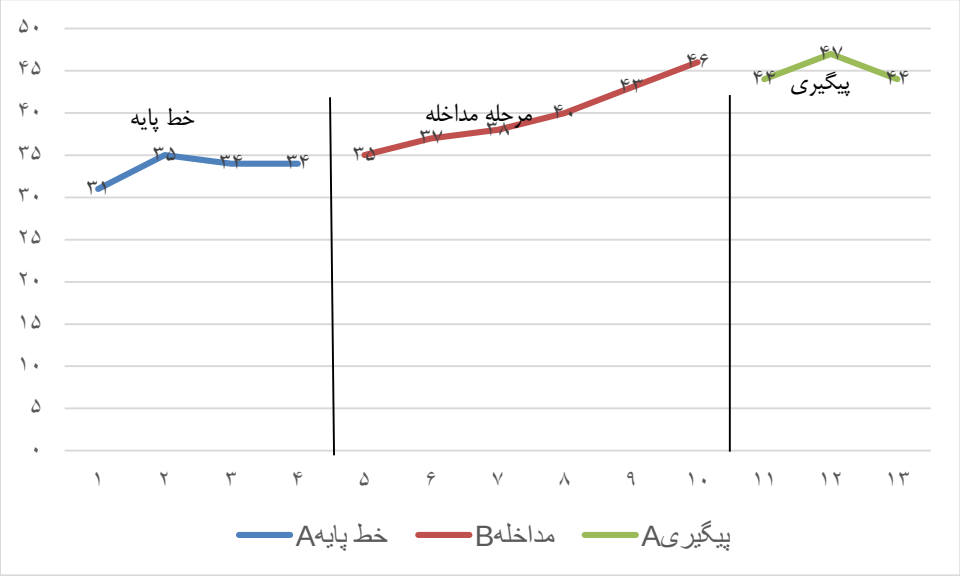
از آنجایی که نتایج حاصل از شاخص تغییر پایا که نشان دهنده معناداری آماری است، می‌تواند تحت تأثیر حجم نمونه قرار گیرد، به طوری که در نمونه های با حجم بزرگ اثرات درمانی بسیار ناچیز را قابل توجه نشان دهد و به‌عکس در نمونه‌های با حجم کوچک اثرات درمانی قابل توجه را نشان ندهد، پژوهشگران استفاده از شاخص اندازه اثر را که تحت تأثیر حجم نمونه قرار نمی‌گیرد و نشان می‌دهد متغیر مستقل تا چه اندازه بر متغیر وابسته اثرگذار بوده است را به منظور رفع این محدودیت پیشنهاد می‌دهند (سالیوان و فین[1]، ۲۰۱۲). در این پژوهش نیز نتایج حاصل از شاخص اندازه اثر (جدول ۲) در مرحله مداخله، برای شرکت‌کننده‌ی مرد و زن به ترتیب برابر ۱/۴۴ و ۱/۸۷؛ و در مرحله پیگیری برابر ۲/۷۰ و ۶/۱۴ بود که طبق طبقه‌بندی ارائه شده توسط فرگوسن[2] (۲۰۰۹) برای شاخص اندازه اثر در طرح‌های موردی که مقادیر ۰/۴۱، ۱/۱۵ و ۲/۷۰ را به ترتیب برای اثرات کم، متوسط و بالا در نظر گرفته است؛ برای هر دو شرکت‌کننده یک اندازه اثر بزرگ محسوب می‌شود. با این وجود این شاخص در نشان دادن چگونگی تغییرات محدودیت دارد؛ لذا به منظور مشاهده روند تغییرات از نمودارهای دیداری استفاده شد. نمودار ۱و۲ روند تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان را به شکل تصویری نشان داده است.

[1]- Sullivan & Feinn

[2] -Ferguson



نمودار۱. روند تغییرات رضایت از زندگی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری شرکت‌کننده‌ی مرد



نمودار۲. روند تغییرات رضایت از زندگی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری شرکت‌کننده‌ی زن

نمودارهای ۱و۲ نیز تائید کننده روند افزایشی میزان رضایت شرکت‌کنندگان در مرحله مداخله و پیگیری، نسبت به خط پایه است .

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی بر افزایش رضایت از زندگی دانشجویان کم‌بینایی مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر است. علی‌رغم اینکه تاکنون مطالعه‌ای در راستای ارزیابی تأثیر ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام نشده است، تحقیقات فراوانی وجود دارد که اثربخشی این درمان را در بهبود علائم، عملکرد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز افسردگی (استیردو و همکاران، ۲۰۲۰؛ شاه محمدی و نیکنام، ۲۰۲۱؛ آکتاس و دولگرلر، ۲۰۲۴) و هم‌چنین بهبود علائم و عملکرد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (کرو و همکاران، ۲۰۲۰؛ بنفایلز و نویک، ۲۰۲۱) تائید کرده است. در مطالعه حاضر نیز هم‌راستا با مطالعات فوق شرکت‌کنندگان در پایان درمان در متغیر افسردگی به سطح بهبود بالینی رسیدند و این روند را تا دوره پیگیری نیز حفظ کردند. با این وجود، از آنجایی که هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر این درمان بر متغیر رضایت از زندگی است و پیشینه مطالعاتی در این راستا در دسترس نیست، در تبیین اینکه چگونه ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی افزایش رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر را موجب گردیده است، عوامل مختلفی را می‌توان مطرح کرد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

چنانچه پیش‌تر نیز بیان گردید، اختلال بینایی علاوه بر اینکه سبب بروز کمبودهایی در توانایی عملکردی و تعاملات اجتماعی می‌گردد (کلاوک و همکاران، ۲۰۲۳)، به موجب فرصت‌های کمتری که برای یادگیری و اصلاح مهارت‌های اجتماعی در اختیار این افراد قرار می‌دهد (کارن و همکاران، ۲۰۲۳)، پیامدهایی از جمله سلامت عمومی و تحصیلات پایین‌تر (جمال و همکاران)، اشتغال و درآمد کم‌تر (ویکرامارا چی و همکاران، ۲۰۲۳) و افزایش رویدادهای نامطلوب بین فردی، وابستگی و احساس‌هایی از قبیل بی‌کفایتی و افسردگی (کورتویک و ایوانسیک، ۲۰۱۹؛ باخلا و همکاران، ۲۰۲۳) را در پی دارد؛ که سبب می‌شود این بیماران کیفیت و رضایت از زندگی پایین‌تری را تجربه کنند (برونز و هیر، ۲۰۲۰؛ جمال و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو، ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی می‌تواند با تلفیق دو بخش اساسی «ریتم اجتماعی» که در آن به ایجاد یک روال روزانه منظم و ثابت می‌پردازد؛ و «روان درمانی بین فردی» که در آن به آموزش مهارت‌های لازم برای ایجاد روابط ایمن و سالم می‌پردازد (آکتاس و دولگرلر، ۲۰۲۴). به رفع کاستی‌های عملکردی، عاطفی و اجتماعی ناشی از اختلال بینایی بپردازد و موجب کاهش افسردگی

(کرو و همکاران، ۲۰۲۰؛ بنفایلز و نویک، ۲۰۲۱) و به تبع آن افزایش رضایت از زندگی گردد؛ زیرا میان رضایت از زندگی و افسردگی رابطه‌ای معکوس وجود دارد (برونز و هیر، ۲۰۲۰).

مطالعات نیز از این امر حمایت می‌کند که بی‌نظمی ریتم اجتماعی می‌تواند با افزایش مشکلات سلامت از جمله افسردگی، اضطراب و استرس همراه گردد؛ و منظم بودن آن، با سلامت کلی بهتر و رضایت از زندگی در ارتباط است (مارگراف، لاوالی، ژانگ و اشنایدر[1]، ۲۰۱۶)؛ لذا، هر چه ریتم اجتماعی منظم تر، اضطراب و افسردگی کاهش و سلامت روان افزایش می‌یابد (ثابت، دائولوویچ و دزیرزوسکی[2]، ۲۰۲۱). هم‌چنین، مطالعات متعددی اثربخشی درمان بین فردی که جزء جدایی ناپذیر ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی است را بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران تائید کرده‌اند؛ که از آن جمله می‌توان به پژوهش بلی[3] و همکاران (۲۰۲۲) بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان دارای اختلالات روانشناختی اشاره نمود که روان‌درمانی بین فردی سبب کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران شد. احمدی سبزواری و جلالی (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود تأثیر قابل توجه روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت را بر کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روانی زنان زندانی تائید کردند؛ و محمدی، شهبازی و غلام‌زاده جفره (۲۰۲۱)، آموزش روان‌درمانی بین فردی را بر افزایش خودکنترلی و ابراز وجود و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان دانش‌آموزان، مؤثر دانستند.

هم‌چنین، با توجه به این‌که خودمختاری و شایستگی از جمله نیازهای بنیادین اثرگذار بر رضایت از زندگی است (کریمی، کارسازی، فاضلی مهرآبادی و عبدلپور، ۲۰۲۱). با فراگیری مهارت‌های زندگی می‌توان تسلط محیطی، استقلال و سایر سازه‌های بهزیستی روانشناختی را در افراد ارتقا داد (امینی و افشاری‌نیا، ۲۰۲۳)؛ و موجب کاهش غفلت از خود گردید؛ که از عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی است (نیک بخش، خواجه افلاطون مفرد و فتحی‌زادان، ۲۰۲۲). در این راستا، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی می‌تواند با ارتقای مهارت‌های لازم در حوزه تنظیم ریتم‌های اجتماعی و روابط بین فردی سبب کاهش مشکلات هیجان، بهبود عملکرد (آکتاس و دولگرلر، ۲۰۲۴؛ کرو و همکاران، ۲۰۲۰؛ بنفایلز و نویک، ۲۰۲۱)، بهبود مهارت‌های خودنظم‌دهی (باقری و همکاران، ۲۰۲۳)، افزایش خودکارآمدی تحصیلی (سیاسری و همکاران، ۲۰۲۴) و کاهش اضطراب (استیردو و همکاران، ۲۰۲۰) گردد.

علاوه بر آنچه بیان گشت تلفیق روان‌درمانی بین فردی با مصاحبه انگیزشی در مطالعه حاضر موجب

[1] -Margraf, Lavallee, Zhang, & Schneider
[2]- Sabet, Daulovich, & Dzierzewski
[3]- Belay

حضـــور فعال شـــرکت‌کنندگان در کلیه جلســـات درمان و افزایش خودکارآمدی و پایبندی آن‌ها به انجام تکالیف درمانی گردید. به طوری که از مزایای تلفیق ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی و مصـاحبه انگیزشی در این پژوهش می‌توان به اثربخشی بیشتر؛ پذیرش بیشـتر؛ پایبندی بیشـتر؛ مهارت‌های مقابله‌ای بهتر؛ و بهبود احساس افسردگی؛ و افزایش رضایت از زندگی اشـاره کرد؛ که هم‌سـو با نتایج متاآنالیز بیشـاف و همکاران (۲۰۲۱) اسـت که با بررسـی اثربخشـی مصـاحبه انگیزشـی بر بیماران مبتلا به اختلال‌های بسـیار شـایع، دریافتند که مصـاحبه انگیزشـی برای تقویت انگیزه تغییر رفتار و تبعیت از درمان مفید است؛ و می‌توان از آن برای بهینه سازی مداخلات پزشکی استفاده کرد. المنصور و همکاران (۲۰۲۳) نیز در مطالعه خود مصـاحبه انگیزشـی را موجب تقویت انگیزه بیماران برای بهبود مشـکلات سلامتی ناشی از سبک زندگی ناسالم، بهبود پایبندی به درمان، بهینه‌سـازی مداخلات پزشـکی و بهبود کیفیت زندگی دانسـتند؛ که مؤید یافته‌های مطالعه حاضر است.

در تبیین این امر که چرا شـرکت‌کننده‌ی مرد در مقایسه با شرکت‌کننده‌ی زن، میزان رضایت کمتری را گزارش کرده اسـت نیز، اگر از منظر تفاوت جنسیتی بررسی کنیم، برخلاف برخی از پژوهش‌ها که به بررسـی رابطه رضـایت از زندگی و علائم افسردگی با جنسیت پرداخته‌اند و رضایت از زندگی زنان افسـرده را بالاتر از مردان گزارش کرده‌اند، بارترام[1] (۲۰۲۲) اظهار داشت: بین رضایت از زندگی زنان و مردان افسـرده تفاوتی وجود ندارد؛ زیرا در مطالعاتی که میزان رضـایت زنان افسـرده از مردان بالاتر گزارش شده است، کنترل‌هایی صورت گرفته اسـت که سـوگیری نتایج را موجب می‌گردد. از جمله کنترل متغیر «درآمد» به این معنا است که زنان و مردان درآمدی یکسان دارند؛ در حالی‌که واقعیت موجود این اسـت که درآمد زنان از مردان کم‌تر و درآمد کم‌تر کاهش رضایت را موجب می‌گردد؛ یا در مورد «وضـعیت تأهل» نیز همین‌طور است؛ وقتی اثر آن کنترل شود، این واقعیت که امری مانند طلاق اثرات متفـاوت بر هر دو جنس دارد را یکسـان می‌انگارند. بر این اساس، شاید بهتر باشد از مبحث تأثیرگذاری جنسیت بر رضایت در پژوهش حاضر چشم‌پوشی کرد.

مورد دیگری که می‌تواند سـبب رضـایت کم‌تر شـرکت‌کننده‌ی مرد شـده باشـد، روابط خانوادگی، شـرایط اقتصـادی و وضـعیت بینایی ضـعیف‌تر شـرکت‌کننده‌ی مرد نسـبت به شـرکت‌کننده‌ی زن بود. به طوری‌که میزان رضایت شرکت‌کننده‌ی مرد از شـرایط خانوادگی، اقتصـادی و بینایی، بر اسـاس پرسـش‌نامه کیفیت رضـایت و لذت از زندگی، از ابتدا تا انتهای درمان به ترتیب، خیلی ضـعیف، ضعیف و خیلی ضعیف بود؛ و ازآنجایی‌که خانواده این شـرکت‌کننده تمایلی به مشـارکت در درمان نداشـتند، این حوزه‌ها بدون تغییر ماند. علاوه بر این، به موجب مشـکل بینایی شـدید این شـرکت‌کننده،

[1]- Bartram

امکان داشتن شغل و درآمدی که مرتفع کننده مایحتاج مالی ایشان باشد، مقدور نبود؛ و عدم حمایت مالی مکفی از سوی خانواده و سازمان بهزیستی، ایشان را با مشکلات عمده مالی حتی در زمینه ادامه تحصیل مواجه ساخته بود. مطالعات نیز تائید می‌کند که میان رضایت از زندگی و حمایت خانواده (اشنتلر[1] و همکاران، ۲۰۱۸)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سلامت جسمانی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد (کورتو یک و ایوانسیک، ۲۰۱۹؛ سیدموسوی پاسکه، ۲۰۱۹).

نتیجه‌گیری

چنانچه از یافته‌های این پژوهش و مطالب بیان شده استنباط می‌شود ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی در تلفیق با مصاحبه انگیزشی می‌تواند بر افزایش رضایت از زندگی دانشجویان کم‌بینای مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد اندک نمونه بود که به موجب آن امکان تعمیم یافته‌های پژوهش وجود ندارد؛ هم چنین، برگزاری جلسات به صورت غیرحضوری (مکالمات تلفنی)، عدم تبادل اطلاعات ارزشمند غیرکلامی در فرآیند درمان را موجب گردید؛ لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش با آزمودنی‌های بیشتر و در قالب جلسات حضوری تکرار گردد. هم‌چنین استفاده از این شیوه‌ی درمانی به منظور ارتقای برنامه های توانبخشی افراد دچار اختلال بینایی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری خانم زهرا غلامی، رشته روانشناسی بالینی، به راهنمایی آقای دکتر شهرام وزیری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است که با کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1401.036 در کمیته اخلاق این دانشگاه به ثبت رسیده است. بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در این پژوهش و هم‌چنین مسئول محترم امور دانشجویان بهزیستی مشهد سرکار خانم رفوگران که با همکاری خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم آوردند، تشکر و قدردانی می‌شود. این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع و منابع مالی نداشته است.

[1]-Schnettler

References:

Amini B, Afsharineya K. (2023). The effectiveness of life skills training on the psychological well-being of people with drug abuse. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 10(4), 41-54. (In Persian)

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition, text revision. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm. World H ealth

Almansour M, Alqurmalah SI, Abdul Razack HI. (2023). Motivational interviewing-an evidence-based, collaborative, goal-oriented communication approach in lifestyle medicine: A comprehensive review of the literature. Journal of Taibah University Medical Sciences, 18(5), 1170-1178.

Aktaş Y, Dülgerler S. (2024). Effectiveness of interpersonal social rhythm therapy applied to individuals with bipolar disorder: A systematic review. Journal of Psychiatric Nursing, 15(1), 81-92.

Ahmadi Sabzevari F, Jalali M. (2017). The effect of short-term group interpersonal psychotherapy on reducing depressive symptoms and psychological well-being in female prisoners. Journal of Police Medicine, 6(3), 207-212. (In Persian)

Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S. (2015). Motivational interviewing in the treatment of psychological problems: Guilford Publications. ISBN 9781462521036

Bartram D. (2022). The gender life-satisfaction/depression paradox is an artefact of inappropriate control variables. Social Indicators Research, 164, 1061–1072.

Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. (2021). Motivational interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. Deutsches Arzteblatt International, 118(7), 109-115.

Belay W, Kaba M, Labisso WL, Tigeneh W, Sahile Z, Zergaw A, Ejigu A, Baheretibeb Y, Gufue ZH, Haileselassie W. (2022). The effect of interpersonal psychotherapy on quality of life among breast cancer patients with common mental health disorder: A randomized control trial at Tikur Anbessa Specialized Hospital. Support Care Cancer, 30(1), 965-972.

Bonfils KA, Novick DM. (2021). Application of interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) for depression associated with schizophrenia spectrum disorders. Psychotherapy, 74 (3) 127-134.

Bakhla AK, Pallavi P, Kisku RR, Goyal N, Kumar A, Prasad K. (2023). Prevalence of depression in visually impaired children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Indian Journal of Psychiatry. 65(4), 396-403.

Bagheri F, Ghazanfari F, Mirdrikvand F. (2023). The effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy on alexithymia and self-regulation in individuals with substance use disorder in outpatient centers. Etiadpajohi, 16 (66), 267-290. (In Persian)

Brunes A, Heir T. (2020). Visual impairment and depression: Age-

specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. World Journal of Psychiatry, 10(6), 139-149.

Caron V, Barras A, Van Nispen RMA, Ruffieux N. (2023). Teaching social skills to children and adolescents with visual impairments: A Systematic review. Journal of Visual Impairment & Blindness, 117(2), 128-147.

Crowe M, Inder M, Douglas K, Carlyle D, Wells H, Jordan J, Lacey C, Mulder R, Beaglehole B, Porter R. (2020). Interpersonal and social rhythm therapy for patients with major depressive disorder. The American Journal of Psychotherapy, 73(1), 29-34.

Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. Psychopharmacology Bulletin, *29*(2), 321–326.

Ferguson CJ. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. Professional Psychology: Research and Practice, 40(5), 532–538.

Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. (2005). Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder, Biological Psychiatry, 48(6), 593-604.

Frank E, Swartz HA, Boland E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: An intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. Journal of Clinical Neuroscience, 9, 325-32.

García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. PLoS One, 13(6), e0199750.

Gigantesco A, Fagnani C, Toccaceli V, Stazi MA, Lucidi F, Violani C, Picardi A. (2019). The Relationship Between Satisfaction With Life and Depression Symptoms by Gender. Psychiatry,10, 419.

Hamidi R, Fekrizadeh, Z, Azad Bakht M, Garmarudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, Gheisavandi E. (2015). Validity and reliability study of the second version of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in Iranian elderly. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 22(1), 189-198. (In Persian)

Jammal HM, Khader Y, Kanaan SF, Al-Dwairi R, Mohidat H, Al-Omari R, Alqudah N, Saleh OA, Alshorman H, Al Bdour M. (2023). The effect of visual impairment and its severity on vision-related and health-related quality of life in Jordan: A comparative cross-sectional study. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 16, 3043-3056.

Kumar P. (2023). Interpersonal and social rhythm therapy: A brief overview, Journal of Psychosocial Well-being, 3(2), 2022.

Kurtović A, Ivančić H. (2019). Predictors of depression and life satisfaction in visually impaired people. Disability and Rehabilitation, 41(9), 1012–1023.

Karimi A, Karsazi H, Fazeli Mehrabadi A, Abdolpour G. (2021). The role of basic needs and attachment styles in prediction the life satisfaction of the high school students. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8(1), 106-120.

Klauke S, Sondocie C, Fine I. (2023). The impact of low vision on social

function: The potential importance of lost visual social cues. Journal of Optometry, 16(1), 3-11.

Lane JD, Gast DL. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. Neuropsychological Rehabilitation, 24(3-4), 445-463.

Lee YT, Liu SI, Huang HC, Sun FJ, Huang CR, Yeung A. (2014). Validity and reliability of the Chinese version of the Short Form of Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-SF). Quality of Life Research, 23, 907–916.

Marnat GG. (2003). Handbook of psychological assessment (Vol 2). New Jersey: John Wiley & Sons.

Miller WR. (2023). The evolution of motivational interviewing. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 51(6), 616-632.

Margraf J, Lavallee K, Zhang X, Schneider S. (2016). Social rhythm and mental health: A cross-cultural comparison. Public Library of Science One, 8,11(3), e0150312.

Mohammadi K, Shahbazi M, Gholamzadeh Jafareh M. (2012). The effectiveness of interpersonal psychotherapy on self-control and assertiveness of female students with self-harming behaviors. Bi-Quarterly Journal of Contemporary Psychology, 1, 129-143. (In Persian)

Nikbakhsh R, Khajeh Aflaton Mofrad S, Fathizadan A. (2022). The effect of passion for physical activity on the psychological well-being of sports facilities participants. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9 (1), 84-94. (In Persian)

Riendeau RP, Sullivan JL, Meterko M, Stolzmann K, Williamson AK, Miller CJ, Bauer BS, Bauer MS. (2018). Factor structure of the Q-LES-Q short form in an enrolled mental health clinic population. Quality of Life Research, 27(11), 2953-2964.

Stevanovic D. (2011). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire- Short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. Psychiatric and Mental Health Nursing ,18(8), 744-750.

Sabet SM, Daulovich ND, Dzierzewski JM. (2021). The rhythm is gonna get you: social rhythms, sleep, depressive, and anxiety symptoms. Journal of Affective Disorders, 286, 197-203.

Sullivan GM, Feinn R. (2012). Using effect size-or why the P value is not enough. Journal of Granduate Medical Education, 4(3), 279-89.

Siasari R, Mirshkari B, Barani M, Saberi S, Mohammadi Sadegh M. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy and interpersonal-social rhythm therapy on the control of mania, test anxiety and academic self-efficacy of new students of paramedical fields of Zabul University of Medical Sciences. The 16th National Conference on Management and Human Sciences Research in Iran. (In Persian)

Schnettler B, Miranda-Zapata E, Lobos G, Saracostti M, Denegri M, Lapo M, et al. (2018). The mediating role of family and food-related life satisfaction in the relationships between family support, parent work-life balance and adolescent

life satisfaction in dual-earner families. International Journal of Environmental Research and Public Health., 15(11),2549.

Seyedmousavi Paskeh, S. (2019). Life satisfaction and its dimensions. 6th National Conference of Modern Researches in Humanities, Economics and Accounting, Tehran, Iran. (In Persian)

Shahmohammadi H, Niknam M. (2021). Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) on depression and emotional instability in patients with bipolar disorder type 1 treated with medication. International Journal of Psychology, 15(2), 87-110. (In Persian)

Steardo LJ, Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, Segura Garcia C, De Fazio P, Fiorillo A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: Results from a real-world, controlled trial. Annals of General Psychiatry, 9(19),15.

Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooky Z, Tagharrobi L. (2012). Psychometric evaluation of the Iranian version of Quality of Life Enjoyment and Satsfaction Questionnaire Short Form (Q-LES-QSF). Payesh, 11(2), 235-244. (In Persian)

Van Nispen RM, Virgili G, Hoeben M, Langelaan M, Klevering J, Keunen JE, Van Rens GH. (2020). Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1(1), CD006543.

Walters MK, Malkin A, Deemer A, Contreras M, Quan AC, Koskey J, Edmonds H, Lawrenson JG. (2023). Self-management interventions for quality of life in adults with visual impairment. Cochrane Database of Systemaric Reviews, 2023(9), CD015790.

Wickramaarachchi C, Jayathilaka R, Suraweera T, Thelijjagoda S, Kollure L, Liyanage T, Serasinghe W, Bandara S. (2023). Can visual impairment impact your income potential? PLoS One, 18(4): e0284553.