اثربخشی گشتالت درمانی بر شادکامی سالمندان

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی)

هیمن سعادتی[۱]، سیدجلال یونسی[۲]، مهشید فروغان[*۳]، لیلا لشنی[۴]

چکیده:

هدف: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی گشتالت درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعهٔ آماری شامل سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان شاد بود. با استفاده از چک‌لیست، ملاک‌های ورود و خروج و اجرای آزمون کوتاه شناختی ۵۰ نفر از سالمندان ارزیابی و از میان آنان، ۲۸ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند و به روش تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مقیاس شادکامی آکسفورد برای دو گروه اجرا شد. جلسات گشتالت درمانی برای گروه مداخله، به‌صورت هفتگی و به مدت ۸ جلسه برگزار شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تی برای گروه‌های مستقل انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت میانگین نمرات شادکامی دو گروه معنی‌دار است و گشتالت درمانی، به‌صورت معنی‌دار موجب افزایش شادکامی سالمندان شد ($P<۰/۰۱$). همچنین، مقایسهٔ نمرات میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه، حاکی از افزایش نمرات شادکامی در تمامی خرده‌مقیاس‌ها در مقطع پس‌آزمون، با اختلاف معنی‌دار بود ($P=۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد گشتالت درمانی در ارتقای عواطف مثبت و شادکامی سالمندان مفید است. اجرای چنین جلسات گروهی در اقامتگاه‌ها و مراکز تجمع سالمندان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، شادکامی، گشتالت درمانی

تاریخ دریافت: ؟ تاریخ پذیرش: ؟

۱. دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳. دانشیار، روان‌پزشک، مرکز تحقیقات مسائل روانی و اجتماعی سالمندان، گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاورهٔ توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* آدرس نویسندهٔ مسئول: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۰۴

مقدمه

افزایش جمعیت سالمندان سبب شده است محققان و متخصصان، رفته‌رفته بر اهمیت توجه به سلامت سالمندان صحه گذاشته و فراهم آوردن امکانات لازم را برای خدمات ویژه در این زمینه توصیه کنند(۱). چندین عامل خطرآفرین روانی اجتماعی مانند فقدان نقش‌های اجتماعی، از دست دادن استقلال، مرگ دوستان و بستگان، افزایش انزوا، محدودیت‌های مالی و کاهش سلامت جسمی و روانی، بر سلامت سالمندان تأثیر منفی می‌گذارد(۲). شناسایی این‌گونه مشکلات و پیشگیری از آن‌ها، در افزایش کیفیت زندگی مستقل سالمندان نقش مهمی ایفا می‌کند(۳).

در سال‌های اخیر، توجه محققان و مؤلفان بیشتر متوجه مفهوم وسیع‌تر سلامت شده است؛ به‌گونه‌ای که در تعاریف جدید، سلامت تنها بیمار نبودن اطلاق نمی‌شود، بلکه دربرگیرندهٔ رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نیز می‌شود. از سوی دیگر، در حوزهٔ سلامت روان نیز با کارهای سلیگمن[۱] و همکارانش، جنبشی نو با عنوان روان‌شناسی مثبت‌گرا ایجاد شده است(۴) که به‌جای پرداختن به آسیب‌ها و اختلالات روانی، به ابعاد مثبت وجود آدمی مانند استعدادها، توانایی‌ها، مهارت‌ها و خصوصاً شادی و چگونه شاد زیستن که مفهومی بنیادی در این رویکرد است، توجه دارد(۵).

آلان کار[۲] در تعریف شادی، آن را نوعی حالت روانی مثبت می‌داند که با میزان بالای رضامندی از زندگی و عواطف مثبت و میزان پایین عواطف منفی مشخص می‌شود(۶). مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی افراد شاد، داشتن عاطفهٔ مثبت و عزت نفس بالاست(۷). افکار افراد دارای خلق شاد و خوش‌بین، بدین‌سو گرایش دارد که حوادث بد، متعلق به همین لحظه و همین جاست و بر سایر وجوه زندگی تأثیری ندارد(۸).

فریش[۳] (۲۰۰۶) معتقد است تجربهٔ درونی شادمانی پایدار (تجربهٔ عواطف مثبت در بیشتر اوقات) و رضایتمندی، اعتمادبه‌نفس، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تفسیر مثبت از دیگران را افزایش می‌دهد. این ویژگی‌ها متعاقباً موجب می‌شود افراد شاد در رسیدن به اهداف خود در حیطه‌های ارزشمند زندگی

1- Seligman 2- Alan Carr 3- Frish

موفق‌تر باشند(۹). با برنامه‌ریزی‌های مناسب، سالمندان از دوران سال‌خوردگی شاد و مولّد و لذت‌بخش برخوردار می‌شوند. از میان این برنامه‌ریزی‌ها که مستقیماً با سلامت روان سالمندان مرتبط است، می‌توان به انواع روش‌های روان‌درمانی اشاره کرد که در ارتقای سلامت سالمندان نقشی مؤثر دارد(۱۰).

انسانی که به دورهٔ بزرگ‌سالی پا نهاده است، برخلاف کودکی‌اش، به‌دلیل محدودشدن آگاهی توسط گشتالت‌های تثبیت‌شده و دخالت خاطرات گذشته یا انتظار از آینده، احساس آگاهی و نو بودن را از دست می‌دهد(۱۱). آگاهی را می‌توان هشیاری به بدن و احساس خود و نیز، به اینجا و اکنون دانست که به شادکامی انسان منجر می‌شود(۱۲). اگر انسان لحظات پردردورنج گذشته را در همان گذشته محدود کند و مهارت زندگی در زمان حال را بیاموزد، مانند کودکان، از زندگی لذت بیشتری می‌برد(۱۳).

گشتالت درمانی[1] به‌عنوان رویکردی که بر آگاهی مبتنی‌بر حال و یکپارچگی ذهن و بدن و احساسات تأکید می‌نماید(۱۱)، به انسان کمک می‌کند اکنون را عمیقاً تجربه کند و از افکار و احساسات و اعمالش آگاهی یابد(۱۴). آگاهی در گشتالت درمانی، به‌معنی تأمل و تفکر دربارهٔ خود نیست؛ بلکه بر آگاهی فرد از ارتباط با خود و دیگران و جهان تأکید کرده و سعی می‌کند موانع این آگاهی را از سر راه بردارد(۱۵). در گشتالت درمانی، کامل کردن و پایان دادن به اموری که غم و اندوه همیشگی برای انسان به بار می‌آورد، رمز خشنودی و شادکامی انسان است(۱۳). کامل کردن یعنی «پایان بخشیدن و پشت سر گذاشتن» که متضمن رها کردن گذشته است؛ یعنی یافتن و شناختن همهٔ اجزا و کنار هم قرار دادن آن‌ها برای ساختن و درک کلی واحد و بدون نقص(۱۱).

بدیهی‌ترین شیوهٔ افزایش آگاهی مُراجع در گشتالت درمانی، بیان زندگی خویش برای درمانگری است که با آگاهی کامل، در لحظهٔ حال حضور دارد و به مراجع گوش می‌دهد(۱۱). هدف از درمان، آگاهی بدون وقفه در لحظهٔ حال است که فرد را قادر می‌سازدتا متوجه شود چگونه خود جلوی عملکرد خویش را می‌گیرد(۱۶).

پی ویو[2] و گرین برگ[3] (۱۹۹۵) پژوهشی دربارهٔ افرادی انجام دادند که در روابط با دیگران به مشکلات هیجانی حل نشده مانند آشفتگی در پیوندهای بین‌فردی و احساس تنهایی دچارند. براساس نتایج این پژوهش، درمان گشتالتی پس از یک سال، به‌مراتب سودمندتر از دارونما عمل کرده است؛ این تأثیر در طولانی‌مدت نیز پایدار مانده است(۱۷). نتایج تحلیل داده‌ها در پژوهش بهرامی و سودانی و هنرمند (۱۳۸۹) نیز نشان داد گشتالت درمانی، موجب کاهش افسردگی و احساس تنهایی و افزایش عزت نفس زنان مطلقه در گروه آزمایش‌شده است(۱۸).

به‌منظور مقایسهٔ گشتالت درمانی و شناخت‌درمانی در درمان افسردگی، روزنر[4] و بوتلر[5] و دالدروپ[6] (۲۰۰۰) مطالعه‌ای انجام دادند که نتایج آن، پس از بیست هفته درمان، نشان داد هر دو رویکرد به یک اندازه مؤثر است(۱۹). یوسفی و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهشی با عنوان «اثربخشی معنادرمانی و گشتالت درمانی در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری» در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به مقایسهٔ اثربخشی این دو رویکرد پرداختند؛ نتایج نشان داد هر دو رویکردِ درمانی، نشانگان پرخاشگری و اضطراب را کاهش می‌دهد(۲۰).

به‌کاربردن رویکردی مانند گشتالت درمانی که هدف اصلی درمان را افزایش آگاهی افراد می‌داند، برای جامعهٔ ایران مناسب خواهد بود؛ زیرا: ۱. مرور زندگی از مشغله‌های ذهنی عمدهٔ سالمندان محسوب می‌شود(۲۱)؛ ۲. جامعهٔ ایرانی، جامعه‌ای مذهبی است و در جوامع مبتنی‌بر آیین‌های معنوی و مذهبی، توصیه می‌شود زندگی در هر لحظه باید با آگاهی و حضور کامل همراه باشد(۲۲). با توجه به آنچه آورده شد، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی گشتالت درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. با مراجعه به مدیریت کانون جهان‌دیدگان شاد، واقع در پارک سئول و توضیح اهداف پژوهش، درخواست شد با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، ۵۰ نفر از زنان عضو کانون را به پژوهشگر معرفی کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: ۱. سن ۶۰ سال و بیشتر؛ ۲. تکلم به زبان فارسی؛ ۳. توانایی شنیداری و گفتاری مناسب؛ ۴. نداشتن سابقهٔ بستری در بیمارستان روانی؛ ۵. نداشتن تجربهٔ سوگ طی ۶ ماه گذشته؛ ۷. رضایت برای شرکت در پژوهش؛ ۸. هشیاری نسبت به زمان و مکان و شخص؛ ۹. نداشتن سابقهٔ درمانی که در توانایی ذهنی یا حافظه یا تفکر اختلال ایجاد کند.

1- Gestalt therapy 2- Paivio 3- Greenberg 4- Rosner 5- Beutler 6- Daldrup

معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: ۱. ابتلا به اختلال شناختی (نمرهٔ ۸ و کمتر در آزمون کوتاه شناختی)؛ ۲. شرکت هم‌زمان در جلسات روان‌درمانی دیگر؛ ۳. انصراف از ادامهٔ مشارکت. پس از اجرای آزمون AMTS، برای بررسی وضعیت شناختی آنان، از میان ۴۹ نفر باقی‌مانده که نمرهٔ آن‌ها بالاتر از نقطهٔ برش آزمون (۷ تا ۸) به دست آمد، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، ۲۸ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای معادل کردن افراد در گروه آزمایش و کنترل نیز، از واگذاری تصادفی در دو گروه استفاده شد و یکی از گروه‌ها تصادفی برای مداخله انتخاب شد(۲۳). قبل از شروع جلسات درمان، پرسش‌نامهٔ شادکامی آکسفورد در اختیار شرکت‌کنندگان دو گروه قرار گرفت تا بدان پاسخ دهند.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش: ۱. مقیاس شادکامی آکسفورد: آرگیل[1] و مارتین[2] و گرسلند[3] (۱۹۸۹)، این مقیاس را تهیه کردند و در سال ۲۰۰۱ نیز در آن تجدید نظر کردند (آرگیل، ۲۰۰۱). این مقیاس، شامل ۲۹ گویه است که به‌صورت چهارگزینه‌ای (۱ تا ۴) طراحی شده است. پایایی و روایی این مقیاس در ایران، در پژوهش‌های متعددی مطلوب گزارش شده است(۲۵، ۲۴). علیپور و آگاه هریس (۱۳۸۶) در نمونه‌ای ۳۶۹ نفره، به اعتباریابی این پرسش‌نامه پرداختند. تمام ۲۹ گزارهٔ آن با نمرهٔ کل، هم‌بستگی بالا داشت. آلفای کرونباخ برای کل فهرست (۹۱ درصد) بود. روایی هم‌گرا و واگرای آن نیز تأیید شد. نتایج، نشان دهندهٔ اعتبار و روایی مناسب این آزمون برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعهٔ ایرانی است(۲۴).

در این پژوهش، ۵ عامل به دست آمد:رضایت از زندگی، حرمت نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت.

۲. آزمون کوتاه شناختی AMTS: هادکینسون[4] (۱۹۷۲) این آزمون را برای تشخیص سریع دمانس در سالمندان ساخت(۲۶). این آزمون مشتمل بر ۱۰ امتیاز است و اجرای آن به ۳ دقیقه زمان نیاز دارد. در مواقعی که موقعیت مکانی به‌گونه‌ای است که اجرای مادهٔ مربوط به بازشناسی عملاً اجرایی نباشد، نمرهٔ آزمون از ۹ محاسبه می‌شود. نقطهٔ برش ۷ تا ۸ از ۱۰ (۶ تا ۷ از ۹)، به‌عنوان نقطهٔ تفکیک وضعیت شناختی بهنجار و نابهنجار پیشنهاد شده است. ساختار درونی و اعتبار AMTS، در ۲۰۸۰ نفر ارزیابی شد. نتایج نشان داد حساسیت (۰/۸۱) و ویژگی (۰/۸۴) این آزمون در تشخیص اختلال شناختی در افرادی که نمرهٔ کمتر از ۷ داشته باشند، نسبتاً بالاست و توصیه می‌شود برای تشخیص دمانس در نمرات کمتر از ۷، ارزیابی شناختی سطح دوم انجام شود(۲۷).

براساس تعیین روایی AMTS به روش ملاکی هم‌زمان، این آزمون از روایی کافی (۰/۷۸) برخوردار است. محاسبهٔ پایایی آن به دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن نیز رضایت‌بخش است. آلفای کرونباخ برای گروه نمونه ۰/۷۱ و برای گروه شاهد ۰/۲۲ تعیین شد(۲۷).

پس از انتخاب تصادفی اعضای دو گروه (هر گروه ۱۴ نفر) و اجرای پیش‌آزمون در دو گروه، جلسات گشتالت درمانی مطابق با طرح درمانی در گروه آزمایش آغاز شد. مداخلات گشتالت درمانی، در ۸ جلسهٔ هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. پس از اتمام جلسات گشتالت درمانی، پس‌آزمون برگزار شد و برای تحلیل داده‌ها، از آزمون تی گروه‌های مستقل برای مقایسهٔ نمرات دو گروه استفاده شد.

در جلسهٔ اول، اعضای گروه با رهبر گروه و با همدیگر آشنا شدند. اهداف برگزاری گروه‌درمانی و مواردی مانند رازداری، حقِ جواب‌ندادن، سرزنش نکردن و قضاوت نکردن که لازم است در طول جلسات رعایت شود نیز، بیان شد؛ سپس با استفاده از تکنیک بهترین دوست، از اعضا خواسته شد خود را معرفی کنند. هدف این تکنیک، معرفی خویش به روشی کمتر تهدید کننده است. از هریک از اعضا درخواست می‌شود فردی را که بهتر از هرکس دیگر آنان را می‌شناسد، مشخص کنند: مادر، پدر، همسر یا دوستی که او را بهترین دوست می‌نامیم. هریک از اعضا به‌نوبت بلند می‌شود و پشت صندلی خود می‌ایستد و خود را آن‌گونه که بهترین دوستش می‌خواهد، از زبان او معرفی می‌کند و دربارهٔ علایق خود یا چیزهایی که از آن بیزار است یا هر ویژگی دیگر صحبت می‌کند.

در جلسهٔ دوم، دربارهٔ شادکامی و اصول گشتالت درمانی، مانند امور ناتمام و زندگی در زمان حال و تأثیر آن بر افزایش شادکامی از دیدگاه گشتالت درمانی صحبت می‌شود. سپس، برای افزایش آگاهی اعضا از زمان حال، تکنیک‌های فکر- احساس و تمرکز کردن به‌کار می‌رود.

تکنیک فکر- احساس با هدف تمرکز بر تمایز فکر و احساس استفاده می‌شود. اعضا جملات ناتمام را تکمیل می‌کنند با این عنوان که: «من الان احساس می‌کنم...» و «من الان فکر می‌کنم...». این جمله‌ها بررسی می‌شود تا اعضا به تمایز میان فکر و احساس دست یابند.

1- Argyle 2- Martin 3- Crossland 4- Hodkinson

تکنیک دیگر، تمرکز کردن با هدف رسیدن بـه آرامـش روانـی و فیزیکی و عاطفی در زمان حال بـود. در ایـن تکنیـک، از اعـضا خواسته شد: ۱. با چشمان بسته و به‌راحتـی بنـشینند؛ ۲. تنهـا از آنچه در جریان است، آگـاه شـوند؛ ۳. سـعی در انجـام دادن یـا انجام ندادن فعالیتی خاص نداشته باشند؛ ۴. دربارهٔ اتفاقـاتی کـه می‌افتد، احساسات و افکار خود را درک کنند و سـعی در تغییـر یا توقف آن‌ها نکنند؛ ۵. اجازه دهند هرچه در حال وقوع اسـت، پیش رود تا افکار و احساسات به آرامش برسد.

جلسهٔ سوم، تبدیل رؤیا به زندگی بود. این جلسه با هدف آشکار کردن کارهای ناتمام برگزار شد. تصاویر موجود در رؤیـا، ابعـاد مختلف شخصیت فرد را نشان می‌دهـد. از اعـضا خواسـته شـد فرض کنند، اکنون خـواب آن‌هـا در حـال رخ دادن اسـت. آن را همین حالا اجرا کنند و رؤیا را با صدای بلند و با افعال مـضارع تعریف کنند. در این روش، درمانگر سعی می‌کند از احساسی که فرد موقع گفتن رؤیا دارد، آگاه شود و تمـام عناصـر موجـود در رؤیا مانند افراد، حیوانات، رنگ‌ها و حالات مختلف را فهرسـت کند. فرد از هریک از موقعیت‌ها مثـل مـرگ و سـقوط، بـه‌طـور مشخص و جداگانه آگاه می‌شود و با فرار یا پریدن از خـواب از آن‌ها دوری می‌کند. اعضا تمام عناصر را به نمـایش مـی‌گذارنـد. «هریک از عناصر چه می‌گوید؟»، «شما به آن‌ها چه می‌گوییـد؟»، «عناصر به همدیگر چه می‌گویند؟»

جلـسهٔ چهـارم نیـز بـا اسـتفاده از تکنیـک پـذیرش مـسئولیت انتخاب‌ها با هدف بررسی انکار مـسئولیت انتخـاب‌هـا، علایـق، ترس‌ها و ضعف‌ها برگزار شد.

۱. ترجیح می‌دهم که... (به‌جای مجبورم که...)
۲. حاضر نیستم که...(به‌جای نمی‌توانم که...)
۳. می‌خواهم که...(به‌جای نیاز دارم که...)
۴. دوست دارم که...(به‌جای ناراحتم که...)
۵. نمی‌خواهم که...(به‌جای قادر نیستم...)

جلسهٔ پنجم با استفاده از تکنیک مرور تجربهٔ گذشته در وضعیت حاضر و با هدف کمک به حل تعارض‌های حل نشده و کارهای ناتمام برگزار شد.

در این روش، درمانگر مُراجع را تشویق می‌کند با اجرای مجـدد ماجراهای گذشته و آوردن آن‌ها به زمـان حـال، بـه‌گونـه‌ای کـه انگار اکنون در حال رخ دادن است، هیجانات مرتبط با آن ماننـد ترس و اضطراب و گم‌گـشتگی را تجربـه کنـد. بـا کـاربرد ایـن تکنیک، حالت بستهٔ فرد درقبال حادثه، تخفیف یافته و فراخوانی آن تسهیل می‌شود.

از دیگر تکنیک‌های استفاده شده در این جلسه، تکنیک والـدین/ همسران بود که هـدف آن، فراخـوانی رنجـش و حـل تعـارض است. درمانگر از مُراجع می‌خواهد کسی را که از او آزرده‌خـاطر است، تصور کند و به بالشتکی که در اختیار او قرار گرفته است، ضربه بزند و تمام چیزهایی را که موجب نفرت از او شده است، نام ببرد؛ مانند این جمله: «او به مادرم فحش می‌داد و قبل از اینکـه بزرگ شوم مرد.» این کار ادامه می‌یابد تا زمانی کـه درمـانگر از او می‌پرسد: «آیا او مرده است؟» و مراجع جواب مثبـت مـی‌دهـد. در این هنگام، درمانگر از او می‌خواهد سعی کند او را ببخشد.

در جلسهٔ ششم، از تکنیک صندلی خالی با هدف فرصـتی بـرای بیان ناگفته‌ها و پرداختن به مسائل متعـارض درونـی و ارتبـاطی مراجع اسـتفاده شـد. روش کـار، تحریـک افکـار و بـرانگیختن هیجانات فـرد بـود. در ایـن روش، فـرد مقابـل صـندلی خـالی می‌نشیند و فردی را روی آن تصور می‌کند که کاری ناتمام بـا او دارد؛ فردی که دوست دارد به او چیزی بگوید یا کاری بـرای او انجام دهد. این فرد ممکن است یکی از افراد زیر باشد: ۱. یکـی از نزدیکان یا کسی که با او مشکل ارتباطی دارد؛ ۲. کـسی کـه فـوت کرده است؛ ۳. کسی که مراجـع در کـودکی بـا او مـشکلی داشـته است. مراجع باید هم نقش خودش و هم نقش او را بازی کند.

در جلـسهٔ هفـتم، از تکنیـک گفـت‌وگـوی مـوازی، بـا هـدف وحدت‌بخشیدن به شخصیت اعضا و آگاهی بیـشتر از نیروهـای متعـارض اسـتفاده شـد. زمـانی کـه در ادراک و رفتـار مراجـع دوگـانگی و تـضاد دیـده مـی‌شـود، از او خواسـته مـی‌شـود گفت‌وگویی واقعی میان این دو جزء برقرار کند؛ مثلاً پرخاشـگر مقابل منفعل، قابل اعتمـاد مقابـل غیرقابـل اعتمـاد، شـاد مقابـل غمگین، اجتماعی مقابل خجـالتی، اسـتقلال مقابـل وابـستگی و ضعف مقابل قدرت. این گفت‌وگو همچنین ممکـن اسـت میـان شخص و یکی از افراد مهم زندگی او برقرار می‌شود؛ به‌گونـه‌ای کـه انگـار الان آن فـرد در آنجـا حـضور دارد و واکـنش‌هـا و پاسخ‌های او نیز به‌شکل تصوری بیان می‌شود.

جلسهٔ هشتم با کاربرد تکنیک رفت‌وبرگشت میان اینجـا و آنجـا (میان واقعیت و خیال) با هدف کشف آنچه در حال حاضر جای آن خالی اسـت، برگـزار شـد. در ایـن روش، از گـروه خواسـته می‌شود چشمانشان را ببندند و در خیال به جایی بروند که آنجـا

احساس امنیت و شادکامی می‌کنند. به اینجا و اکنون برگردند و دو موقعیت را با هم مقایسه کنند. اکثر مواقع، آنجا به اینجا ترجیح داده می‌شود. رهبر گروه می‌پرسد: «چگونه آنجا را ترجیح می‌دهید؟»، «چه چیزی می‌خواهید؟»، «چشمانتان را ببندید و دوباره به همان موقعیت برگردید و هرجا دوست دارید بروید.»، «آیا نسبت به دفعهٔ قبل، متوجه هیچ تغییری نشده‌اید؟»، «به اینجا و اکنون برگردید و دوباره دو موقعیت را با هم مقایسه کنید.»، «آیا هیچ تغییری پیش نیامده است؟» گروه به رفت‌وبرگشت به موقعیت اینجا و اکنون ادامه می‌دهد تا آنکه در موقعیت اینجا احساس آرامش می‌کند. افراد، این تکنیک را در هر موقعیت سخت و ملال‌آور انجام می‌دهند. در اغلب موارد، موقعیت‌های «آنجا»، سرنخی برای چیزهایی است که اکنون نداریم. اختلاف میان اینجا و آنجا جهتی را به شما نشان می‌دهد که می‌خواهید بدان سو حرکت کنید.

درنهایت، پس از اتمام جلسات گشتالت درمانی برای گروه مداخله، چند جلسه گروه‌درمانی با رویکرد گشتالت برای گروه کنترل اجرا شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای جمعیت‌شناختی اعضای دو گروه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول۱. توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی دو گروه مداخله و کنترل

متغیر		گروه کنترل	گروه مداخله
تعداد		۱۴	۱۴
میانگین سن		۶۵/۵ (MD=۲/۶)	۶۴(MD=۲/۸)
تاهل	متأهل	۸	۷
	بیوه	۶	۷
قومیت	پارسی‌زبان	۹	۸
	آذری‌زبان	۵	۶
تحصیلات	زیر دیپلم	۴	۵
	دیپلم	۷	۷
	کارشناسی	۳	۲
درآمد	کمتر از ۵۰۰/۰۰۰	۴	۳
	۵۰۰ هزار تا ۱۰۰۰/۰۰۰	۵	۶
	بیشتر از ۱۰۰۰/۰۰۰	۵	۴

در جدول۲، میانگین و انحراف معیار متغیر شادکامی دو گروه قبل و بعد از مداخله و تفاضل میانگین گروه‌ها در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول۲. میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل متغیر شادکامی در دو مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

گروه		تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین
گروه مداخله	پیش‌آزمون	۱۴	۳۵/۶۴	۶/۹۱	۱/۸۴
	پس‌آزمون	۱۴	۵۶/۳۵	۹/۳۵	۲/۴۹
	تفاضل	۱۴	۲۰/۷۱	۴/۹۸	۱/۳۳
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۴	۳۵/۲۱	۵/۳۸	۱/۴۳
	پس‌آزمون	۱۴	۳۴/۸۵	۶/۴۶	۱/۷۲
	تفاضل	۱۴	-۱/۰۷	۶/۹۳	۱/۸۵

براساس جدول۲، تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله برابر است با ۲۰/۷۱ و انحراف معیار برابر است با ۴/۹۸. تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل برابر است با ۱/۰۷- و انحراف معیار آن: ۶/۹۳.

به‌منظور مقایسهٔ دو گروه و بررسی اثربخشی مداخلهٔ مورد پژوهش، از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۳). بدین‌منظور، تفاضل میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه مقایسه شد (۲۸). براساس نتایج، گشتالت درمانی موجب افزایش شادکامی در سالمندان مشارکت کننده شده است.

جدول۳. آزمون تی، مقایسهٔ تفاضل میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادکامی در گروه‌های آزمایش و کنترل

تفاوت میانگین دو گروه	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معناداری
۲۱/۷۸	۲۶	۹/۵۴	۰/۰۱

<۰/۰۱P

براساس نتایج آزمون لوین، فرض برابری پراکنش‌ها تأیید می‌شود (Sig=۰/۲۵ و F=۱/۳۶). پس از فرض برابری پراکنش‌ها نتایج به‌دست آمده از مقایسهٔ تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و مداخله، t=۹/۵۴ است. سطح معناداری تعیین شده (P<۰/۰۱) نیز نشان می‌دهد گروه‌درمانی با رویکرد گشتالت درمانی، موجب افزایش شادکامی سالمندان شده است.

پرسش‌نامهٔ شادکامی آکسفورد دارای پنج زیرمقیاس است: رضایت از زندگی، حرمت نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت. نتایج مقایسهٔ میانگین تفاضل پس‌آزمون و پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های شادکامی دو گروه، در جدول۴ نشان داده شده است.

جدول۴. مقایسهٔ تفاضل پس‌آزمون و پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های شادکامی دو گروه

زیرمقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین دو گروه	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معناداری
رضایت از زندگی	مداخله	۵/۳۵	۱/۴۹	۵/۴۲	۲۶	۵/۶۱	۰۰۰
	کنترل	-۰/۰۷	۳/۲۹				
حرمت نفس	مداخله	۵/۰۰	۱/۹۲	۵/۵۷	۲۶	۸/۱۳	۰۰۰
	کنترل	-۰/۵۷	۱/۶۹				
بهزیستی فاعلی	مداخله	۴/۲۸	۱/۵۴	۳/۲۱	۲۶	۵/۱۹	۰۰۰
	کنترل	۱/۰۷	۱/۷۳				
رضایت خاطر	مداخله	۲/۵۰	۱/۳۴	۳/۱۴	۲۶	۵/۹۵	۰۰۰
	کنترل	-۰/۶۴	۱/۴۴				
خلق مثبت	مداخله	۲/۲۸	۰/۷۲	۲/۲۸	۲۶	۵/۳۸	۰۰۰
	کنترل	۰	۱/۴۱.				

<۰/۰۱P

با توجه به P<۰/۰۱ در همهٔ زیرمقیاس‌ها، می‌توان گفت گشتالت درمانی موجب افزایش معنی‌دار همهٔ زیرمقیاس‌های شادکامی در گروه مداخله شده است.

بحث

گشتالت درمانی بر امور زیر تأکید می‌کند: ۱. کامل کردن امور ناتمام؛ ۲. وحدت و کل بودن؛ ۳. خودنظمی ارگانیزمی؛ ۴. بودن در زمان حال. سرکوب هیجانات و تأمل و سیر در گذشته و آینده، موجب می‌شود افراد زمان حال را از دست بدهند و انرژی روانی خود را صرف حسرت امور مرتبط با گذشته و کارهای ناتمام و نیز ترس و نگرانی از آینده کنند. سالمندان به‌دلیل داشتن امور ناتمام که بر زندگی روانی آنان سایه افکنده است، با حسرت به گذشته می‌نگرند. با کامل کردن این کارهای ناتمام با استفاده از تکنیک‌های گشتالت درمانی، مانند کار روی رؤیا، صندلی داغ، صندلی خالی و...، می‌توان درجهت بهبود شادکامی سالمندان گام برداشت. با استفاده از این رویکرد، سالمندان در جلسات گروهی اعضا می‌آموزند در حال زندگی کنند. همچنین، با کاربرد روش‌هایی که به برون‌ریزی احساس افراد گروه کمک می‌کند، خودتخریب‌گری کاهش می‌یابد و عواطف مثبت رشد می‌کند و درنتیجه، شادکامی اعضا افزایش می‌یابد.

در گروه‌درمانی، تکنیک‌هایی کلامی و غیرکلامی ابداع شده است تا اعضای گروه را با مشکلاتشان مواجه کرده و به آن‌ها کمک کند هویت و ثبات خویش را بازیابند(۱۴). هدف اصلی در روش‌های تجربی مانند گشتالت درمانی، رشد درک واقعی و متمرکز بر حال خود و نیروبخشیدن به اعضای گروه است تا تغییر کنند و مسئولیت زندگی خود را به‌عهده بگیرند(۲۹).

درواقع، هدف اصلی گشتالت درمانی این است که به مراجع کمک کند تا دریابد نیازی به وابستگی به دیگران ندارد و می‌تواند موجودی مستقل باشد؛ بنابراین زمانی که موانع از سر راه برداشته می‌شود، انسان به رشد می‌رسد(۳۰). نتایج چنین پژوهش‌هایی، در زمینهٔ پیشگیری از عواطف منفی و اعتلای عواطف مثبت در سالمندان و همچنین درمان اختلالات سالمندان، حائز اهمیت است.

پژوهش حاضر نشان داد گشتالت درمانی موجب افزایش شادکامی سالمندان می‌شود (جداول ۳و۴) و عوامل رضایت از زندگی، یعنی حرمت نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت را در سالمندان افزایش می‌دهد. با توجه به اینکه بین خودکارآمدی و شادکامی رابطهٔ علی وجود دارد(۳۱)، نتایج پژوهش حاضر را می‌توان همسو با نتایج پژوهش سعادتی و لشنی (۲۰۱۲) دانست که نشان می‌دهد گشتالت درمانی موجب افزایش خودکارآمدی زنان مطلقه می‌شود(۳۲). نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های یوسفی و همکاران (۱۳۸۳)، دزوریلاس[1] و نزو[2] (۱۹۹۹)، ساندرز[3] (۱۹۹۶)، فرایدبرگ[4] (۱۹۹۴) و سلاگرت[5] و جونگسما[6] (۲۰۰۰) در زمینهٔ اثربخشی گشتالت درمانی بر کاهش افسردگی همخوانی دارد(۲۰ و ۳۶-۳۳). پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۸۳) اثربخشی گشتالت درمانی بر کاهش افسردگی دانشجویان را در مقایسه با معنادرمانی کمتر ارزیابی کرده است(۲۰). این اختلاف در ارزیابی به‌دلیل تفاوت جامعهٔ موضوع مطالعهٔ آنان با مطالعهٔ حاضر و نیز، تمرکز بیشتر مطالعهٔ آنان بر دو متغیر دیگر (اضطراب و پرخاشگری) است.

همچنین، نتایج این پژوهش درراستای نتایج پژوهش پی ویو[7] و گرین برگ[8] (۱۹۹۵) دربارهٔ افرادی است که در روابط با دیگران، به مشکلات هیجانی حل نشده، مانند آشفتگی در پیوندهای بین‌فردی و احساس تنهایی دچارند(۳۷). این نتایج با نتایج پژوهش بهرامی و سودانی و هنرمند (۱۳۸۹) نیز همسوست که نشان داد گشتالت درمانی، موجب کاهش افسردگی و احساس تنهایی و افزایش حرمت نفس زنان مطلقه در گروه آزمایش‌شده است(۱۸).

نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن تغییر مفهوم سالمندی سالم در مدل بالینی به سالمندی فعال در مدل ارتقای سلامت، جامعه موظف به ترفیع سلامت و امنیت دورهٔ سالمندی درجهت ارتقای کیفیت زندگی آنان است. در اینجا، ارتقای سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، اولویت خود را نشان می‌دهند. براساس پژوهش حاضر، می‌توان با استفاده از امکاناتی در دسترس، احساس شادمانی و به‌تبع آن، کیفیت زندگی سالمندان جامعه را افزایش داد. با توجه به محدودبودن جامعهٔ مطالعه شده در این پژوهش (سالمندان بالای ۶۰ سال)، نیاز به مطالعات بیشتر دیده می‌شود تا نتایج محکم‌تری دربارهٔ تأثیر گشتالت درمانی بر سلامت روان و تأثیر درمانی آن بر سایر متغیرهای روان‌شناسی مثبت‌نگر و نیز اختلالات روانی به‌دست بیاید. همچنین، نیاز است تأثیر این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی مقایسه شود تا مناسب‌ترین رویکردهای درمانی برای ارتقای سلامت روان سالمندان تعیین و از آن‌ها استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مدیران کانون جهان‌دیدگان شاد، خانم‌ها مینوکده و مشتاق، برای کمک‌های بی‌دریغ ایشان در انجام دادن این پژوهش، بسیار سپاسگزارند.

1- Dzurillas 2- Nezo 3- Saunders 4- Fridburg
5- Slaggert 6- Daldrup 7- Paivi 8- Greenberg

REFERENCES منابع

1. Yektamaram A. [Senior Health Manual (in Persian)]. Tehran: State Welfare Organization of Iran Publication; 2009.
2. Sheibani Tazraji F, Pakdaman SH, Dadqah A, Hasanzade Tavakoli M. [The effect of music therapy on depression and loneliness in old people (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010; 5(16): 54-61.
3. Mahdavi S, Golpaygani M, Shavandi N, Farzane H, Sheqhoseni R. [The effect of 6-week core stability training on falls in elderly women (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010; 5(17): 30-42.
4. Abedi A, Mirzai P. Compare the effectiveness of cognitive behavioral social skills training in Fordyce and increase happiness of high school students. New educational thought, 2006;2(3 & 4): 51-75.
5. Jokar B. [Relationship between goal-oriented and happiness (in Persian)]. Journal of Psychology 2007;2(5): 35-53.
6. Alan C. Positive psychology. Sharifi H, Najafie zand J, Sanai B. Tehran: Soqan;2008.
7. Deneve KM, Cooper H. The happy personality. A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychological Bulletin 1998;2(124):197-229.
8. Chiara, MA. Multidimensional optimism and well-being: A prospective study of multiple consents of optimism as protective factor following high stress. Doctoral dissertation .Temple University, Philadelphia, 2002.
9. Lybomirsky S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. American Psychologist 2000;3(56): 239-249.
10. Moradinejad S, Sahbiai F, Nekavakd M, Zare M. [The Effect of Reminiscence Therapy on Elderly Mental Health. (in Persin)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010;5(17): 60-66.
11. Joyce Ph, Sills Ch. Skills in Gestalt Counseling & Psychotherapy. Hysarnia A, Aslani K, Barabadi H. Danjeh publication, 2012: 45.
12. Navabinejad Sh. [Gestalt therapy (in Persian)]. Tehran: Fararavan;2008.
13. Tatelbam J. Psychology of joyful living. Neynavai J. Neday farhang publisher, 1998: 22. (Persian).
14. Corey G. [Theory and practice of counseling and psychotherapy (in Persian)]. 7th edition. Sayed mohamadi Y. Arasbaran publisher, 2011: 222. (Persian).
15. Yih J. Shen V. Developmental model using Gestalt-play versus cognitive-verbal group with Chinese adolescents: Effects on strengths and adjustment enhancement. The Journal for Specialists in Group Work 2007; 32(3): 285-296.
16. Thompson R. [Counseling techniques: Improving relationships with others, ourselves, our families & our environment (inPersian)]. Esmaili M. Cultural Academic Press Co, 2009: 87.
17. Paivio Sandra C, Leslie S, Greenberg. Resolving unfinished business: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995(3); 65:419-425.
18. Bahrami F, Sodani M, Mehrabizade M. [Effectiveness of gestalt therapy on self-esteem, depression and loneliness of divorced depress women (in Persian)]. Journal of women studies 2010(8); 1:130-145.
19. Rosner R, Beutler L, Daldrup R. Vicarious emotional experience and emotional expression in group psychotherapy. Journal of Clinical Psychology 2000;56(1): 1-10.
20. Yousefi N, Ozra E, Bahrami F, Fatehizade M, Ahmadi A, Mavarani A, et al. Efficacy of logo therapy and Gestalt therapy in treating anxiety, depression and aggression. Development and psychology(Journal of Iranian Psychologists) 2009;5(19): 251-259.
21. Karimi M, Esmaili M, Arian K. [The effectiveness of life review therapy on decrease of depression symptoms in elderly women. (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010;5(16): 41-45.
22. Farhangi A, Fatahi M, Vaseg B, Nargesian A. [Study the relationship between emotional and spiritual intelligence and transformative leadership (in Persian)]. Journal of Iranian management science 2009; 4(15): 31-57.
23. Homan HA. [Research methodology in behavioral sciences (in Persian)]. Tehran: The Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT);2010.
24. Alipour A, Agah haris M. Reliability and validity of Oxford Happiness Inventory among Iranians. Development and psychology (Journal of Iranian Psychologists) 2007;3(12): 287-298.
25. Alipor A, Amadali N. Reliability and validity of Oxford Happiness Inventory among University of Tehran Students. Thoughts and behavior in clinical psychology 1999;(5); 1 & 2; 55-65.
26. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Ageing 1972;1(4): 8-233.
27. Foroughan M. [Screening of Dementia (in Persian)]. Tehan: Arjmand Press; 2010.
28. Hughes B, Nosek MA, Howland CA, Groff JY, Mullen, D. Health promotion for women with physical disabilities pilot study. Rehabilitation Psychology 2003;48(3):182-188.
29. Shafiabadi A, Naseri G. Theory of Counseling and Psychotherapy. Tehran: Iran University Press;2001.
30. Frish MB. Quality of life therapy. New Jersey: John Wiley & Sons;2006.
31. Saadati H, Lashani L. Effectiveness of Gestalt therapy on the self-efficacy of divorced women. World Conference on Psychology & Sociology; 2012 Nov 28; Antalya, Turkey
32. Dzurillas T, Nezu A. Problem solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. New York: Springer;1999.

33. Saunders T. The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. Journal of Occupational Health Psychology 1996;1(2):170-86.
34. Fridburg WE. Contingency management. Philadelphia: Lea and Febjger;1994.
35. Slaggert KH, Jongsma AE. The mental retardation and developmental disability treatment planner. New York: John Wiley & Sons;2000.
36. Paivio SC, Leslie S. Resolving unfinished business: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995;63(3):419-425.