

Research Paper**Examining the Effectiveness of Hope-Based Group Training on the Life Quality of the Elderly People**Meisam Ghazi Mohseni¹, *Ali Akbar Soleimanian¹, Ahmad Heidarnia¹

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

Citation: Ghazi Mohseni M, Soleimanian AA, Heidarnia A. [Examining the effectiveness of hope-based group training on the life quality of the elderly People (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(2):300-309. <http://dx.crossref.org/10.21859/sija-1102300> <http://dx.crossref.org/10.21859/sija-1102300>

Received: 28 Apr. 2016

Accepted: 21 Jun. 2016

ABSTRACT

Objectives The rapid growth of the population, especially in developing countries, has led to adulthood phenomenon, which poses as one of the challenges of the public health. Therefore, it is necessary to pay close attention to this age group. This age group mostly suffers from psychological and physical problems. Psychologists have devised a variety of measures for tackling with these problems including disappointment, depression, and loneliness. However, after the emergence of positive psychology, scholars, instead of focusing on negative experience, deal with positive constructs such as self-control, spirituality, happiness, and hope. Therefore, this study attempts to investigate the effect of hope-based group training on the quality of life of the elderly.

Methods & Materials The present study adopted a semi-experimental design with pretest-posttest and group control. The study population comprised of all the elderly people in "Omid-e-Golestan Daily Center" in Minoodasht. Thirty participants were randomly selected out of 60 individuals, and divided into two groups namely control group and experimental group, each containing 15 participants. The 26-question Short Form Quality of Life Inventory developed by WHO, was used to collect the required data. After implementing the pretest, the experimental group received hope-based group training- for 1.5 hours in 8 sessions, once a week. The pretest was then repeated for the two groups, and the data was analyzed using the covariance analysis.

Results The findings of the study showed that hope-based group training not only enhanced the quality of life but also improved the physical dimension of the elderly in the experimental group. Furthermore, a significant improvement was noted in the psychological, environmental, and social life quality of the elderly ($P \leq 0.05$).

Conclusion Based on the results of the study, it was concluded that hope-based group training could significantly enhance the quality of life of the elderly. With the rapid increase in the number of elderly, hope-based group training is highly recommended.

Key words:

Hope-based training, Quality of life, Elderly

*** Corresponding Author:**

Ali Akbar Soleimanian, PhD

Address: Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

Tel: +98 (915) 5844357

E-mail: soliemanian@gmail.com

بررسی اثربخشی آموزش گروهی امیدمحور بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان

میثم قاضی‌محسنی^۱، علی‌اکبر سلیمانیان^۱، احمد حیدرنیا^۱

۱- گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۹ اردیبهشت ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱ تیر ۱۳۹۵

اهداف: رشد سریع جمعیت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه موجب بروز پدیده سالمندی شده است؛ به‌گونه‌ای که در سال‌های کنونی پیرشدن جمعیت به یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی تبدیل شده است. این موضوع توجه به این گروه سنی را اجتناب‌ناپذیر کرده است. اغلب مشکلاتی که سالمندان با آن روبرو هستند، مشکلات جسمی و ناتوانی‌های حرکتی و مشکلات روحی-روانی است. از جمله مسائل روحی-روانی که سالمندان با آن مواجه می‌شوند، ناامیدی، افسردگی و احساس تنهایی است. روانشناسان گام‌های بسیاری به‌منظور بهبود این علائم برداشته‌اند؛ ولی پس از ظهور جنبش روانشناسی مثبت، نظریه‌پردازان و محققان به‌جای توجه صرف به تجارب یا ادراک‌های منفی به بررسی سازه‌هایی چون خودکنترلی، معنویت، شادی، خوش‌بینی و امید پرداختند. از این‌رو هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی امیدمحور بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی سالمندان زیرپوشش مرکز روزانه سالمندان امید گلستان در شهرستان مینودشت دربرمی‌گرفت. در این پژوهش نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد؛ بدین‌صورت که از بین ۶۰ نفر از سالمندان مراجعه‌کننده و داوطلب برای شرکت در جلسات گروهی امیدمحور، ۳۰ نفر که واجد شرایط بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه فرم کوتاه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌روز آموزش گروهی امید محور را آموختند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. سپس پس‌آزمون برای هر دو گروه تکرار شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل نتایج، از روش تحلیل کواریانس در نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش گروهی امیدمحور کیفیت زندگی در سالمندان گروه آزمایش را به‌طور معناداری افزایش داده بود ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد آموزش بُعد جسمانی، کیفیت زندگی سالمندان در گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده بود ($P < 0/05$). بُعد روانشناختی کیفیت زندگی گروه آزمایش نیز در قیاس با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ($P < 0/05$). در ابعاد محیطی و اجتماعی نیز آموزش گروهی امیدمحور توانسته است کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل ارتقا دهد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش گروهی امید محور، افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل ابعاد جسمانی، روانشناختی، محیطی و اجتماعی سالمندان را در پی دارد. از این‌رو با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جوامع در حال توسعه از جمله ایران و لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی این قشر می‌توان از روش آموزش گروهی امیدمحور برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان بهره برد.

کلیدواژه‌ها:

آموزش امیدمحور، کیفیت زندگی، سالمندان

مقدمه

حافظه، کاهش استقلال، افزایش وابستگی سالمندان به دیگران می‌شود [۱، ۲].

سالمندی فرایندی تدریجی است که با رشد و تکامل مداوم مشخص می‌شود [۳]. این فرایند متوقف یا معکوس نمی‌شود، اما با مراقبت صحیح می‌توان روند آن را کند کرد [۴]. براین اساس، با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای

سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله، ضرورتی اجتماعی به‌شمار می‌رود. در این دوره سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل، توانایی انسان کاهش می‌یابد. این روند موجب افزایش ناتوانی و کاهش تصاعدی و پیش‌رونده در توانایی حرکتی و عملکرد

* نویسنده مسئول:

دکتر علی‌اکبر سلیمانیان

نشانی: بجنورد، دانشگاه بجنورد، دانشکده علوم انسانی، گروه مشاوره.

تلفن: ۵۸۴۴۳۵۷ (۹۱۵) +۹۸

پست الکترونیکی: soliemanian@gmail.com

به نظر می‌رسد امید عامل مهمی در اثربخشی اقدامات روان‌درمانی و سازگاری با ناخوشی‌های مزمن و اختلالات حاد به‌شمار می‌آید [۲۰]. لازم به‌ذکر است به‌جای آنکه امید را ذاتی بدانیم، می‌توانیم بیاموزیم [۲۱]. به‌عبارت‌دیگر، امیددرمانی برنامه‌ای درمانی براساس نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته‌شده از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار و درمان روایتی است. در این روش، شرکت‌کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا می‌شوند و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به‌کار گیرند.

شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند چگونه اهداف مهم، قابل‌اندازه‌گیری و قابل‌دستیابی را تبیین کنند. همچنین می‌آموزند منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی، پیشرفت به‌سوی هدف را بازنگری و اهداف و گذرگاه‌ها را اصلاح کنند. این مداخله به‌صورت گروهی اجرا می‌شود؛ زیرا در نظریه اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه، منعکس‌کننده یک فرایند تبادلی است [۲۲].

علاوه‌براین، مشاوره و آموزش گروهی می‌تواند بر سلامت سالمندان و کیفیت زندگی آنان تأثیر عمیق داشته باشد. تجربه گروهی، فرصتی ارزشمند برای برقراری یک رابطه واقعی و نزدیک با دیگران است. این تجربه هرگز در درمان فردی اتفاق نمی‌افتد [۱۸] و همان‌طور که تحقیقات لوپز و کر نشان داده، آموزش گروهی در توسعه و افزایش حس خوش‌بینی، شادی و امید در سالمندان تأثیر بسزایی داشته است [۲۳].

کِلر و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان «اثر وضعیت‌های بنیادی بر امیدبه‌زندگی در افراد سالمند» گزارش کردند که وضعیت‌های مطلوبی مانند نداشتن معلولیت، سلامت جسمانی، گذراندن اوقات فراغت فعال، فعالیت بدنی و نداشتن محدودیت‌های جسمی و روحی باعث ارتقای امیدبه‌زندگی در سالمندان می‌شود. به اعتقاد آنها وضعیت‌های مطلوب بنیادین نظیر کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس، رضایتمندی از زندگی و امیدبه‌زندگی رابطه تنگاتنگی با یکدیگر دارند [۲۴]. ایروینگ^۲ و همکاران نیز نشان دادند که آموزش امید می‌تواند منافع روانشناختی مختلفی برای افراد داشته باشد و مؤلفه‌های شادی را در آنها افزایش دهد [۲۵]. تحقیقات نشان داد که امید با عاطفه مثبت و احساس خود ارزشمندی همبستگی مثبت و با افسردگی همبستگی منفی دارد [۲۶].

چیمیک و نکولاچاک^۳ نیز نشان دادند که امیدواری می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند و ابعاد کیفیت زندگی را ارتقا بخشد [۲۷]. دینزلی^۴ در مرور مطالعات مربوط

ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که به‌طور عمده مورد غفلت قرار می‌گیرد [۵].

کیفیت زندگی، شاخصی اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را دربرمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است. مشکلات و مسائل متعددی که به‌طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد [۶].

سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در همه کشورها عمر طولانی، یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته شده است، به شرط آنکه بر کیفیت زندگی و شمار سال‌های عمر توجه بیشتری شود. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده‌بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز اهمیت دارد، از این جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها نیاز دارد و این مقوله فقط از طریق اندازه‌گیری کیفیت زندگی ممکن است [۷].

کیفیت زندگی در پیری‌شناسی از دیدگاه‌های نظری مختلف عبارت است از: رضایتمندی از زندگی که نتیجه اولیه سالمندی موفق محسوب می‌شود [۸]. همچنین متخصصان علم پیری‌شناسی کیفیت زندگی را توانایی کارکردی می‌دانند و تا حدی آن را به شادکامی، درد، میزان انرژی، کنترل فردی و احترام به خویش برمی‌گردانند [۹]. عده‌ای نیز معتقدند سالمندی موفق یا کیفیت زندگی در سالمندی شامل شرایط مساعد در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی-اقتصادی و مذهبی است [۱۰]. رُو^۱ و همکاران نیز کیفیت زندگی خوب در سالمندی را تحت‌تأثیر سه جنبه نبود بیماری، سازگاری با زندگی و کفایت روحی-روانی می‌دانند [۱۱].

یافته‌های چن [۱۲]، یانگ و فانگ [۱۳]، وستوی و همکاران [۱۴]، گود [۱۵] و برگ [۱۶] حاکی از آن است که میزان شادکامی و رضایت از زندگی با افزایش سن کاهش می‌یابد. بیشتر مشکلاتی که سالمندان با آن روبه‌رو هستند، مشکلات جسمی و مسائل روحی از جمله ناامیدی و افسردگی است [۱۷]. روانشناسان گام‌های بسیاری برای بهبود این مشکلات برداشته‌اند، ولی پس از ظهور جنبش روانشناسی مثبت، نظریه‌پردازان و محققان به‌جای توجه صرف به تجارب یا ادراک منفی به بررسی سازه‌هایی مانند خودکنترلی، معنویت، شادی، خوشبینی و امید پرداختند. آثار مثبت این سازه‌ها بر سلامت جسمانی و روانی تأیید شده است [۱۸]. براساس دیدگاه روانشناسی مثبت، امیدبه‌زندگی و شادی باعث بهبود سلامتی و رفع تنش می‌شود [۱۹].

2. Irving

3. Chimick and Nekolaichak

4. Denizli

1. Roe

گزارش کرده است. همچنین نتایج مربوط به روایی هم‌زمان آن با مقیاس سلامت عمومی (GHQ)^۵ رضایت‌بخش اعلام شده است [۳۴]. در پژوهش حاضر نیز پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به‌دست آمد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، آموزش گروهی امیدمحور روی گروه آزمایش انجام شد. سپس پس‌آزمون برای هر دو گروه تکرار شد. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل نتایج، روش تحلیل کواریانس به‌کاررفت. آموزش‌ها در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی در مرکز سالمندان امید گلستان به‌صورت هفته‌ای یک روز و براساس پژوهش‌های اسنایدر طراحی و اجرا شد.

• در جلسه اول پرسش‌نامه کیفیت زندگی اجرا و سپس ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی براساس نظریه امید معرفی شد.

• در جلسه دوم نظریه امید، چگونگی رشد، ضرورت وجود و تأثیر آن بر کیفیت زندگی انجام شد.

• در جلسه سوم هریک از مراجعان داستان زندگی خود را تعریف کرد. درحقیقت هدف این جلسه، کمک به اعضا برای یافتن امید بود.

• جلسه چهارم تبیین داستان‌ها براساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید (اهداف، گذرگاه‌ها و نیروی عامل) و قالب‌بندی مجدد آنها بود.

• جلسه پنجم مطرح‌کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هریک از این اتفاقات را دربرداشت.

• در جلسه ششم افراد به انتخاب اهداف مناسب و مطرح‌کردن ویژگی‌های اهداف مناسب ترغیب شدند. هدف این جلسه و دو جلسه قبل، امیدافزایی در اعضا و کمک به آنها برای افزایش امید، پس از یافتن آن بود.

• در جلسه هفتم ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح و از افراد خواسته شد برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده، راهکارهای مناسب انتخاب کنند.

• در جلسه هشتم راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد؛ از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند.

یافته‌ها

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل یافته‌های پژوهش حاضر، ابتدا اطلاعات و داده‌های اولیه جمع‌آوری و سپس با استفاده از

به امید معتقد است سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی محسوب می‌شود، رابطه مثبت دارد [۲۸]. همچنین اسنایدر، ایروینگ و اندرسون معتقدند بسیاری از ناراحتی‌ها و فشارهای جسمی ناشی از بحران‌های زندگی در واکنش به ازدست‌دادن امید رخ می‌دهد و امیددرمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشد. از نظر این محققان پس از امیدافزایی شاهد افزایش سطح اقدامات خودمراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در افراد خواهیم بود [۲۹].

همچنین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر امید بر افزایش کیفیت زندگی در تحقیقات کرمی و همکاران [۳۰]، قزل‌سفلو اثباتی [۳۱]، فرهادی و همکاران [۳۲] و نامداری و همکاران [۳۳] تأیید شده است.

بنابراین با توجه به نتایج مطالعات مذکور، افزایش جمعیت سالمند در ایران، اهمیت سالمندی در جوامع صنعتی و درحال توسعه و ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به‌منظور شناخت و تغییر کیفیت زندگی این قشر از افراد جامعه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی امیدمحور بر ارتقای کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان انجام شده است.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری آن را کلیه سالمندان (۶۰ نفر) زیرپوشش مرکز روزانه سالمندان امید گلستان (شهرستان مینودشت) تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد؛ یعنی از بین سالمندان مراجعه‌کننده و داوطلب برای شرکت در جلسات گروهی امیدمحور، ۳۰ نفر که از امکان حضور و سلامت جسمانی-روانی (به‌گونه‌ای که توانایی مشارکت در تمامی جلسات را داشته باشند) برخوردار بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

به‌منظور گردآوری داده‌ها، از فرم کوتاه ۲۶ سؤالی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. این پرسش‌نامه کیفیت زندگی را در چهار حیطة: سلامت جسمانی (فیزیکی)، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که با سلامت مرتبط است، موردبررسی قرار می‌دهد. رحیمی (۲۰۰۷) پایایی مقیاس کیفیت زندگی را سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷، برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است [۳۱]. نصیری (۲۰۰۶) ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۷

5. General Health Questionnaire (GHQ)

جدول ۱. میانگین سنی و توزیع سطح تحصیلات افراد گروه آزمایش و کنترل.

گروه‌ها	میانگین سنی	انحراف معیار	وضعیت تحصیلات	فراوانی	درصد
گروه آزمایش	۶۹/۴۰	۵/۶۰	بی‌سواد	۱۳	۸۶/۶۶
			ابتدایی	۲	۱۳/۳۳
			راهنمایی	۰	۰
گروه کنترل	۶۹/۸۰	۸/۴۰	بی‌سواد	۱۱	۷۳/۳۳
			ابتدایی	۱	۶/۶۶
			راهنمایی	۳	۲۰

سالمند

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و کنترل.

ابعاد	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جسمانی	آزمایش	۱۸/۲۰	۳/۸۰	۲۳/۶۰	۴/۵۹
	کنترل	۲۰/۸۰	۴/۶۳	۲۰/۶۶	۴/۷۹
روانشناختی	آزمایش	۱۸	۳/۰۷	۲۲/۲۶	۳/۴۱
	کنترل	۱۸/۴۰	۳/۱۵	۱۸/۲۰	۲/۹۳
اجتماعی	آزمایش	۱۰/۸۰	۲/۵۴	۱۲	۱/۶۴
	کنترل	۱۱	۱/۷۷	۹/۹۳	۲/۳۱
محیطی	آزمایش	۲۴/۴۰	۲/۸۹	۲۹/۴۰	۲/۵۲
	کنترل	۲۵/۵۳	۲/۲۶	۲۴/۹۳	۲/۴۸
کیفیت زندگی کل	آزمایش	۷۱/۴۰	۷/۶۸	۸۷/۲۶	۸/۰۶
	کنترل	۷۵/۷۳	۸/۱۰	۷۳/۷۳	۹/۱۳

سالمند

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه نمره کل کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل.

توان آزمون	ضریب اتا	مقدار احتمال	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
پیش‌آزمون		۰/۰۰۰	۷۲/۳۱	۱۵۱۴/۴۰	۱	۱۵۱۴/۴۰	
مداخله گروه		۰/۰۰۰	۱۰۲/۲۸	۲۱۴۲/۱۴	۱	۲۱۴۲/۱۴	
خطا	۰/۷۲	-	-	۲۰/۹۴	۲۷	۵۶۵/۴۶	
کل		-	-	-	۳۰	۱۰۶۱۵۳	

سالمند

درصد دارای تحصیلات ابتدایی بودند و در گروه کنترل ۷۳/۳۳ درصد افراد بی‌سواد، ۶/۶۶ درصد تحصیلات ابتدایی و ۲۰ درصد راهنمایی بودند. جدول شماره ۲ نیز میانگین و انحراف استاندارد نمره کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همچنان‌که داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون برای چهار بُعد کیفیت

روش‌های آماری تحلیل کواریانس و تی مستقل، به آزمون فرضیه‌ها پرداخته شد. جدول شماره ۱ میانگین سنی و توزیع سطح تحصیلات افراد گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

بر اساس جدول شماره ۱ میانگین سنی گروه آزمایش برابر با $(۶۹/۴۰ \pm ۵/۶۰)$ و میانگین سنی گروه کنترل برابر با $(۶۹/۸۰ \pm ۸/۴۰)$ است. همچنین در ارتباط با وضعیت تحصیلات، ۸۶/۶۶ درصد افراد گروه آزمایش بی‌سواد، ۱۳/۳۳

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش.

متغیر	منابع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا	توان آزمون
جسمانی	پیش‌آزمون	۳۰۲/۸۱	۱	۳۰۲/۸۱	۲۶/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
	مداخله گروه	۱۶۷/۰۰	۱	۱۶۷/۰۰	۱۴/۳۵	۰/۰۰۱		
روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۰۱/۲۱	۱	۱۰۱/۲۱	۱۵/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹
	مداخله گروه	۱۳۸/۷۶	۱	۱۳۸/۷۶	۲۰/۵۷	۰/۰۰۰۱		
محیطی	پیش‌آزمون	۶۸/۸۰	۱	۶۸/۸۰	۱۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	مداخله گروه	۱۸۹/۲۷	۱	۱۸۹/۲۷	۳۸/۲۱	۰/۰۰۰۱		

سالمند

جدول ۵. نتایج تی مستقل در بُعد اجتماعی در دو گروه کنترل و آزمایش.

متغیر	درجه آزادی	T	مقدار احتمال
اجتماعی	۲۸	۲/۲۸	۰/۰۲

سالمند

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش محققان مختلف از جمله اسنایدر و همکاران [۲۹]، ایروینگ، اسنایدر و کراوسون [۲۵]، چیمیک و نکولایچاک [۲۷]، دینیزی [۲۸]، کرمی و همکاران [۳۰]، قزلسفلو و اثباتی [۳۱] و فرهادی و همکاران [۳۲] همسو است.

شاید بزرگ‌ترین موفقیت یک شخص در زندگی برخورداری از یک احساس کلی از خوب بودن در زندگی و همین‌طور احساس داشتن یک زندگی با معناست [۳۶]. این احساس‌ها تا حد بسیار زیادی به داشتن اهداف رضایت‌بخش و انگیزش برای دستیابی به آنها در زندگی بستگی دارد [۳۷]. به اعتقاد داینر و فوجیتا (۱۹۹۵) احساس پیشرفت به سمت هدف، عاملی بسیار مهم و تعیین‌کننده در داشتن بهزیستی است [۳۸].

آموزش گروهی امیدمحور نیز توانسته است با ایجاد هدف و افزایش امید دستیابی به آن در سالمندان، بر سلامت و کیفیت زندگی آنان تأثیر عمیقی داشته باشد. همان‌طور که چیمیک و نکولایچاک نشان دادند، امیدواری می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند و ابعاد کیفیت زندگی را ارتقا دهد [۲۷]. دینیزی نیز درباره مرور مطالعات مربوط به امید معتقد است سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی محسوب می‌شود، رابطه مثبت دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کنونی همخوانی دارد [۲۸].

سالمندی فرایندی است که با دگرگونی‌های عمیق در سه بُعد فیزیولوژیک، روانشناختی و جامعه‌شناختی انسان همراه است [۳۹]. همچنین افزایش کمتی و کیفی استرس‌های دوران

زندگی و کیفیت زندگی کل افزایش یافته است، اما نمرات گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته و حتی کاهش داشته است.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود، به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش، در فرضیه تحقیق از روش تحلیل کواریانس بهره گرفته شد [۳۵]. برای استفاده از این روش آماری، ابتدا به مفروضه‌های اساسی این روش، یعنی طبیعی بودن نمرات متغیرها، یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همسانی واریانس‌ها و خطی بودن رابطه بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون)، پرداخته شد.

همان‌طور که در جداول شماره ۳ و ۴ مشخص است، آموزش امیددرمانی بر کیفیت زندگی کل و خرده‌مقیاس‌های جسمانی، روانشناختی و محیطی از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. در مورد بُعد اجتماعی با توجه به معنادار بودن واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، به‌جای تحلیل کواریانس از تی تفاضل میانگین دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج آزمون تی نشان داد با توجه به مقدار $t=2/38$ و $P<0/02$ تفاوت آماری معناداری بین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۵ وجود دارد (جدول شماره ۵).

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد آموزش گروهی امیدمحور، موجب افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

را حفظ کنند و ضمن پذیرش محدودیت‌های محیطی، راه‌حل‌های مناسبی برای مواجهه با این مسائل بیابند و از این طریق همواره پویا باشند و سبک حل مسئله فعالانه‌ای انتخاب کنند [۴۵]. براین اساس، جلسات گروهی امیدمحور فرصتی برای حمایت متقابل و کمک به سالمندان به‌منظور مدارا با استرس و منابع کاهنده زندگی است. در این جلسات اعضای گروه فرصتی تازه برای کمک به یکدیگر و افزایش احترام و اعتماد به نفس پیدا می‌کنند [۴۶].

نتیجه‌گیری نهایی

در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مداخلات امیدمحور در ارتقای کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان مؤثر است؛ بنابراین ضروری است که در راستای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، با روش‌های مناسب خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقا بخش آموزش داده شود.

سالمندی و نحوه کنش‌های اجتماعی در ایجاد اختلالات روانی این دوره نقش مهمی دارد؛ از این رو امید می‌تواند مواجهه با این مسائل و مشکلات را راحت‌تر کند. در این رابطه اسناد معتقد است افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به‌صورت فعال‌تری برخورد و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر و بهتری استفاده می‌کنند. به عقیده او امیددرمانی به مراجعان کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به‌صورت مشکلاتی برای غلبه بر آنها از نو بازآرایی کنند [۴۰].

به‌علاوه افراد امیدوار عامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ و از گذرگاه‌های جانشین استفاده نمایند. با این حال، افراد ناامید به‌دلیل اینکه عامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع به‌راحتی انگیزه خود را از دست می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر مؤلفه عامل یا کارگذار، باوری شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را امتحان و تحمل کند. درحقیقت، امید نیروی مثبتی است که انگیزش، پیشبرد اهداف و سازگاری را افزایش می‌دهد و قدرت نگهداری انرژی افراد در زندگی و ایجاد آن، جزء ماهیت امید است [۴۱].

براین اساس، امیدواری سبب بهبود ابعاد کیفیت زندگی از جمله سلامت روانشناختی و احساس ارزشمندی می‌شود و به ایجاد روابط اجتماعی به‌منظور دریافت حمایت و در نتیجه سلامت روان بیشتر کمک می‌کند؛ زیرا برخی از نظریه‌پردازان معتقدند که بهترین راه حفظ سلامت روان و اجتناب از اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب در سالمندی فعال باقی‌ماندن از نظر اجتماعی است. پذیرفته‌نشدن از سوی دیگران و انزوای اجتماعی از علل مهم بیماری‌های روانی در سنین سالمندی به‌شمار می‌رود که حضور و مشارکت در امور اجتماعی می‌تواند از آن پیشگیری کند [۴۲].

در تبیین اینکه چگونه امیددرمانی بر بُعد محیطی کیفیت زندگی سالمندان بیشترین تأثیر را گذاشته است، می‌توان بیان کرد که بُعد محیطی کیفیت زندگی در واقع به تجلی مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود اشاره دارد [۴۳]. دقیقاً این حوزه بیشترین مسائل سالمندی را نیز پوشش می‌دهد؛ مسائلی مانند نگرانی نسبت به سلامتی، زمین‌خوردن، کاهش قوای جسمانی، احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی و دیگر بیماری‌ها و وجود دردهای جسمانی می‌تواند ادراک سالمندان را نسبت به کیفیت زندگی تحت‌تأثیر قرار دهد [۴۴].

در فرایند امیددرمانی افراد تحت‌تأثیر افزایش تفکر عامل و تفکر رهیاب (حل مسئله) می‌آموزند که می‌توانند علی‌رغم محدودیت‌های فیزیکی و محیطی بیشترین توانمندی محیطی

References

- [1] Adib-Hajbaghery M, Aghahoseini S. The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. *BMC Public Health*. 2007; 7:261. doi: 10.1186/1471-2458-7-261
- [2] Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L, Lupp M. Age and gender specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*. 2011; 23(08):1294-300.
- [3] World Health Organization. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Geneva: World Health Organization Press; 2003.
- [4] Masoudi R, Soleimani M, Hashemi NA, Qorbani M, Pour Dehkordi A, Bahrami N. [The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people (Persian)]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010; 14(1):57-64.
- [5] Simonetti JP, Ferreira JC. Coping strategies developed by caregivers of elderly with chronic diseases. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42(1):19-25.
- [6] Young HM, Cochrane BB. Healthy aging for older women. *Nursing clinics of North America*. 2004; 39(1):131-43.
- [7] Sajadi H, Biglarian A. [Woman aging life quality kahrizak chairty hospice (Persian)]. *Payesh*. 2005; 5(2):105-08.
- [8] Argyle M. *The psychology of happiness*. Routledge: Taylor & Francis Publication; 2013.
- [9] Frisch MB. *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Publication; 2005.
- [10] Akamatsu K, Saito A, Wada T, Ishine M, Roriz-Cruz M, Okumiya K, et al. Analysis of comprehensive geriatric assessment of elderly residents in a social welfare home for the aged compared with those in a residential care home in an urban area in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*. 2005; 5(1):53-58.
- [11] Hamidizadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar S, Salehi K, Kordeyazdi R. [Study effect of a group-based exercise program on the quality of life in older men and women in 2006-2007 (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2008; 16(1):167-75.
- [12] Chen C. Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*. 2001; 54(1):57-79.
- [13] Yeung GT, Fung HH. Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? *European Journal of Ageing*. 2007; 4(4):219-27.
- [14] Westaway MS, Olorunju SA, Rai LCJ. Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Quality of Life Research*. 2007; 16(8):1425-438.
- [15] Good GA. Life satisfaction and quality of life of older New Zealanders with and without impaired vision: a descriptive, comparative study. *European Journal of Ageing*. 2008; 5(3):223-31.
- [16] Berg AI. *Life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80+ year olds [PhD thesis]*. Gothenburg: University of Gothenburg; 2008.
- [17] Bailey TC, Snyder C. Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*. 2007; 57(2):233-42.
- [18] Navvabinejad S. [Group counseling theories (Persian)]. Tehran: Samt; 2004.
- [19] You S, Furlong MJ, Felix E, Sharkey JD, Tanigawa D, Green JG. Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. *Psychology in the Schools*. 2008; 45(5):446-60.
- [20] Ryan RM, Frederick C. On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*. 1997; 65(3):529-65.
- [21] Kennedy M. *Personal counseling theory: hope therapy*. Southern Baptist: Liberty University; 2010.
- [22] Alaeddini Z. [The effect of group hope therapy on the hope and mental health (Persian)]. *Research in Psychological Health*. 2007; 4(2):67-76.
- [23] Lopez SJ, Kerr BA. An open source approach to creating positive psychological practice: a comment on Wong's strengths-centered therapy. *Psychotherapy*. 2006; 43(2):147-50.
- [24] Keeler E, Guralnik JM, Tian H, Wallace RB, Reuben DB. The impact of functional status on life expectancy in older persons. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2010; 65(7):727-33.
- [25] Irving LM, Snyder C, Crowson Jr JJ. Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*. 1998; 66(2):195-214.
- [26] Snyder C, Cheavens J, Simpson SC. Hope: an individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1997; 1(2):107-18.
- [27] Chimich WT, Nekolaichuk CL. Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49(7):428-33.
- [28] Denizli S. *The role of hope and study skills in predicting test anxiety levels of university students [PhD thesis]*. Ankara: Middle East Technical University; 2004.
- [29] Snyder C, Irving LM, Anderson JR. Hope and health. In: Snyder C, Donelson R, editors. *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*; 1991, p. 285-305.
- [30] Karami A, Shahrestani M, Doostkam M, Alimohammadi A. [Effectiveness of hope-therapy on depression improvement and life quality aspects among mothers of mentally retarded children (Persian)]. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2013; 9(3):93-105.
- [31] Ghezelsouflu M, Esbati M. [Effectiveness of hope-based group-therapy on life quality improvement among people with positive HIV (Persian)]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2012; 6(22):89-97.
- [32] Farhadi A, Movahedi Y, Movahedi M. [The effectiveness of hope-based group psychotherapy on the promotion of health related quality of life in patients with cancer (Persian)]. *Yafteh*. 2014; 16(1):32-42.
- [33] Namdari K, Molavi H, Malekpour M, Kalantari M. [The effect of cognitive hope enhancing training on character strengths of dysthymic clients (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(3):21-34.
- [34] Hosseinian S, Ghasemzadeh S, Niknam M. Prediction of quality of life in female teachers on the basis of emotional & spiritual intelligence variables. *Journal of Career & Organizational Counseling*. 2012; 3(9):42-60.

- [35] Best JW, Kahn J. Research methods in education. Boston: Allyn and Bacon Publication; 1993.
- [36] Kahneman D, Kahneman D, Tversky A. Experienced utility and objective happiness: a moment-based approach. In: Kahneman D, Tversky A, editors. Choices, Values and Frames. New York: Cambridge University Press; 2000, p. 673-92.
- [37] Myers DC. Close relationships and quality of life. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editors. Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology: Foundations of Hedonic Psychology. New York: Russell Sage Foundation; 1999, p. 376-93.
- [38] Diener E, Fujita F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 68(5):926-33.
- [39] Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. *Research in Medical Sciences*. 2006; 30(4):361-69.
- [40] Snyder C. Hope and depression: a light in the darkness. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004; 23(3):347-51.
- [41] Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. New York: Academic Press; 2000.
- [42] Spar JE, La Rue A. Concise guide to geriatric psychiatry. Virginia: American Psychiatric Association Publication; 1990.
- [43] King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
- [44] Strine TW, Chapman DP, Balluz LS, Moriarty DG, Mokdad AH. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *Journal of Community Health*. 2008; 33(1):40-50.
- [45] Cieslak EN. Hope in psychotherapy process and outcome [PhD thesis]. Erie: Gannon University; 2008.
- [46] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

