

The Effectiveness of Hope Therapy on Happiness and Quality of Life of Older Women Residing in the Nursing Home

*Chobforoshzadeh A¹, Ahmadi Ardakani Z², Khadem Al-Husseini Ardakani N³



CrossMark
click for updates

→ <https://crossmark.crossref.org/display/10.1108/10.29252/joge.2.4.36>

1- Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ardakan University, Ardakan, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

2- Phd Student, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ardakan University, Ardakan, Iran.

3- Student of Master of Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: Ageing is a sensitive period of human life and attention to the needs of this stage is a social necessity. Therefore, the present study was conducted with the aim of evaluating the effectiveness of the hope therapy on happiness and the quality of life in elderly women living in nursing homes

Method: The research design was a pre-test and post-test with a control group. In order to conduct research, (n=24) elderly women in the elderly's home were selected. In order to run the pretest, Oxford Happiness Questionnaire and Quality Lipid's life were used. After collecting pre-test data, the intervention sessions were performed in 8 sessions in (90) minutes and then a post-test was performed. For data analysis, descriptive and inferential statistics (Levin, Kolmogorov-Smirnov, covariance analysis) were used.

Results: The results showed that hope therapy has effect on increasing the happiness and quality of life in elderly women on increasing the happiness and quality of life of elderly ($P=0/004$) ($f=10/17$) indicate a significant difference in pre and post scores of the happiness variable and ($p=0/005$) , ($f=18/21$) indicate the difference between the pre and post test scores of the quality of life variable.

Conclusion: Data analysis showed that hopeful therapy increased the happiness and quality of life in the experimental group. Therefore, it can be concluded that therapeutic hope is effective in increasing the happiness and quality of life of elderly women.

Key words: Elderly, Happiness, Quality of Life.

Received: 19 October 2017

Accepted: 9 June 2018

Access this article online



Website:

www.joge.ir

DOI:

[10.29252/joge.2.4.36](https://doi.org/10.29252/joge.2.4.36)

بررسی اثر بخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند مقیم در خانه سالمندان مجد شهرستان اردکان

*آزاده چوبفروش زاده^۱، زهرا احمدی اردکانی^۲، نجمه خادم الحسینی اردکانی^۳

۱- استادیار روان شناسی، عضو هیات علمی گروه روان شناسی دانشگاه اردکان، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Azadchoobfroush@ardakan.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری مشاوره، عضو هیات علمی گروه مشاوره دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۲ شماره ۴ بهار ۱۳۹۷، ۳۶-۴۴

چکیده

مقدمه: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند مقیم در خانه سالمندان انجام شد.

روش: طرح پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود به منظور اجرای پژوهش ۳۴ نفر از زنان سالمند مقیم در سرای سالمندان به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور اجرای پیش آزمون از پرسشنامه ی شادکامی آکسفورد و کیفیت زندگی لیپاد استفاده شد. پس از جمع آوری داده های پیش آزمون جلسات مداخله در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای اجرا و پس از آن پس آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده های پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون لوین، کالموگروف - اسمیرنوف، تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

یافته ها: تحلیل داده های پژوهش نشان داد که فرضیه های پژوهش مبنی بر اثر بخش بودن امید درمانی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند مورد تایید است. « $p=0.004, f=10.17$ » نشان دهنده ی تفاوت معنادار در پیش و پس آزمون مربوط به متغیر شادکامی و « $p=0.005, f=18.21$ » نشان دهنده ی تفاوت معنادار در پیش و پس آزمون در متغیر کیفیت زندگی است.

نتیجه گیری: تحلیل داده ها نشان داد که مداخله امید درمانی شادکامی و کیفیت زندگی را در گروه آزمایش افزایش داده است. پس می توان گفت؛ امید درمانی در افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند موثر است.

کلید واژه ها: سالمند، شادکامی، کیفیت زندگی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۲۷

مقدمه

سالمندی فرآیندی طبیعی است. اما برای همه افراد به شکل همسان اتفاق نمی افتد، و هر شخصی سالمندی را به گونه ای خاص خودش تجربه می کند (۱). از این رو یکی از مسائلی که توجه نظریه پردازان را در همه ی علوم به خود جلب کرده موضوع سالمندی است. به طوری که نظریه پردازان روان شناسی توجه ویژه ای به این موضوع داشته اند، اریکسون (Ericsson). از جمله نظریه پردازانی است که مبحث سالمندی را در نظریه خود مورد توجه قرار داده است. به گونه ای که در مراحل رشد و در سال های پیری مرحله «انسجام در برابر ناامیدی» را در نظر گرفته است. در این مرحله فرد به مسیر زندگی که طی کرده و تصمیماتی که گرفته می اندیشد و بر حسب احساس رضایت از زندگی خویش هر کدام از وضعیت های خاص این مرحله را تجربه می کند (۳). علاوه بر اریکسون، (Ericsson). نظریه پردازان و پژوهشگران دیگری نیز موضوع سالمندی را مد نظر قرار داده اند نظریه لایبوی ویف (Labouvie-wife) بحث خبرگی هیجانی را در سالمندی مطرح کرده و معتقد است که افراد سالخورده و آنهایی که از حیث روانی پخته ترند خودآگاهی بیشتری نسبت به احساسات خود دارند. خردمندی و هوش هیجانی آنها به این افراد کمک می کند تا تعبيرات هیجانی را به نحو کامل تر و از جنبه عینی موقعیت ها بهتر از جوانان تفکیک کنند (۳). از مهمترین مسائل مرتبط با سالمندی کیفیت زندگی افراد سالمند است. کیفیت زندگی، ویژگی ها، ابعاد و خواستگاه های نظری متفاوتی دارد که این مساله باعث شده توافق کاملی بر سر تعریف آن صورت نگیرد، پژوهشگران متعدد بر سه ویژگی کیفیت زندگی تفاهم دارند که شامل؛ چند بعدی بودن، ذهنی بودن، و پویا بودن است (۴). ابعاد کیفیت زندگی شامل ۵ بعد: فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی، و علائم مربوط به بیماری یا درمان است (۵). با این تعبير و توجه به ماهیت ابعاد کیفیت زندگی این مساله را باید از مسائل ویژه در دوره ی سالمندی دانست چرا که در همه ابعاد کیفیت زندگی در دوران سالمندی تغییراتی اتفاق می افتد. شادی را (۶). درجه ای می دانند که شخص در ارتباط با تمام زندگی اش و مطلوبیت آن قضاوت می کند. و به عبارتی؛ شادی به این معناست که فرد به چه میزانی زندگی اش را دوست دارد و شادکامی واقعی را وابسته به هرچه ارزشمندتر و معنی دارتر زندگی کردن می داند. همچنین ویلیام جیمز (William James) شادکامی را توافق میان حیات درونی و تجربه های بیرونی فرد می داند، فریدمن (Freedman) شادکامی را بر اساس امکان دسترسی به تفریح و فعالیت های هیجان آور و داشتن اوقات خوش تعریف می کند و در نظریه مقایسه ی اجتماعی بیان می کند که خوشبختی احساس

این است که احوال و اوضاع و شرایط زندگی من بهتر و رضایت بخش تر از زندگی دیگری است (۷). عوامل زیادی بر شادکامی تاثیر دارند که با توجه به پژوهش های مختلف می توان آنها را در چند دسته ی: شناخت، شخصیت، عزت نفس، فعالیت اوقات فراغت، وضعیت اقتصادی، سلامت و جنسیت بررسی کرد (۱۰، ۸، ۹). با توجه به اهمیت شادکامی در زندگی سالمندان و نقش متغیرهای دخیل در شادکامی مساله امید در سالمندی از مسائل با اهمیتی است که باید به بررسی آن پرداخت، گروپمن (Groopman) (۲۰۰۵) امید را احساس وجدی می داند که وقتی با چشم عقل نظاره می کنیم، که مسیری برای یک آینده بهتر وجود دارد در درون خودمان تجربه می کنیم، و معتقد است که در امید واقعی جایی برای توهم و هذیان وجود ندارد. اما در این تعریف امید مانند یک دارو نما و نا فعال تلقی شده است (۱۱). بر خلاف این تعریف درموت و اسنایدر (Dermott, Snyder) (۱۹۹۹) معتقدند که تلقی کردن امید به عنوان یک مولفه که اجزایی مانند چشم داشت و آرزو دارد یک تلقی کاملاً منفعلانه از امید است و در برابر این تعریف، مضمون فعالی از امید را به تعریف می کشند. که شامل هدفمندی، پتانسیل برنامه ریزی، و اراده برای رسیدن به اهداف با نظر به این که موانع رسیدن به هدف وجود دارد و باید رفع شود، از نظر او هدف اولین مولفه ی امید است و همان عنصری است که فرد انجام می دهد و یا خواهان داشتن آن است. که می تواند کوچک یا بزرگ باشد. با توجه به مضامین مطرح شده در ارتباط با سالمندی پژوهشگران زیادی نقش امید درمانی را به عنوان کاربرد اصول نظریه ی امید در یافت درمانی بررسی کرده اند و معتقدند امید درمانی بر این اصل استوار است که به درمان جویان کمک کند تا هدف های روشن خود را فرمول بندی کنند، مسیرهایی را برای رسیدن به آنها بسازد، خود را برانگیزد، و موانع را چالش هایی بدانند که باید برای غلبه بر آنها برنامه ریزی کنند (۱۲). پژوهش های زیادی به بررسی اثر بخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان پرداخته اند و نشان داده اند که امید درمانی نقش مثبت و موثری بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان دارد (۱۱، ۱۳، ۸، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). بنابر نتایج بدست آمده از پژوهش های داخل و خارج از کشور و افزایش تعداد سالمندان مقیم در خانه های سالمندان در ایران و اهمیت پرداختن به مسائل روان شناختی به عنوان یکی از عوامل تاثیر گذار بر طول عمر و سلامت سالمندان در همه ی ابعاد و همچنین کاستی های پژوهش های انجام شده در ارتباط با تبیین نقش امید در زندگی سالمندان بررسی نقش امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. و در پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی امید درمانی

نظر خواهی شد که همگی آن را تایید کردند (۲۰). پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد: (Lipad Quality of Life Questionnaire) برای اندازه گیری کیفیت زندگی از پرسشنامه لیپاد (Lipad) استفاده شده است. پژوهشی تحت عنوان لیپاد یک ابزار بین المللی برای ارزیابی کیفیت زندگی در سالمندان توسط دیگو (Diego) و همکاران در سال ۱۹۹۸ در سه شهر لیدن (liden) در هلند، پادوا (padava) در ایتالیا و هلسینکی (Helsinki) در فنلاند انجام گردید. هدف از این پژوهش تهیه یک ابزار استاندارد بین المللی برای ارزیابی کیفیت زندگی در سالمندان با توجه به نیازهای سنی این گروه بود و از اهداف دیگر این پژوهش تهیه ابزاری بود که نه تنها قابل اعتماد و اعتبار باشد بلکه به سهولت قابل استفاده و فاقد بار فرهنگی باشد. پژوهشگران معتقدند که این پرسشنامه به عنوان یک ابزار بین المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروه های سالمندی و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده باشد (۲۱). این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال می باشد که کیفیت زندگی سالمند را در ۷ بعد شامل؛ عملکرد جسمی (۵ سوال)، مراقبت از خود (۹ سوال)، افسردگی و اضطراب (۵ سوال)، عملکرد ذهنی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال) و رضایت از زندگی (سوال) بررسی می کند (علی پور و همکاران ۱۳۸۸). این پرسشنامه در ایران نیز توسط دوامی و حسام زاده ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن نیز مورد تایید قرار گرفته است. (آلفای کرونباخ ۰/۸۷) (۲۲). همچنین آلفای کرونباخ مقیاس فوق برای پژوهش حاضر ۰/۶۸ بدست آمد. روند اجرای پژوهش، پس از کسب مجوز از معاونت محترم توان بخشی و بهزیستی شهر اردکان و رضایت از سالمندان و خانواده های آنان و دادن توضیحات لازم در جهت اهداف و روش کار پژوهش، فرآیند اصلی اجرا شد. به این صورت که به روش نمونه گیری در دسترس ۲۴ نفر از ۳۰ سالمند ساکن در مرکز را انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و بعد ارزیابی شادکامی و کیفیت زندگی برای پیش آزمون روی هر دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. سپس آموزش امید درمانی گروهی در ۸ جلسه به صورت هفته ای به مدت ۹۰ دقیقه، در ماه اردیبهشت و خرداد سال ۹۴ بر روی گروه آزمایش انجام شد. در پایان مداخلات آموزشی، پس آزمون برای کیفیت زندگی و شادکامی بر روی هر دو گروه انجام شد و سپس نتایج پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS۱۹ با هم مقایسه شدند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش

بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند مقیم در خانه ی سالمندان پرداخته شد. پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال اساسی است که امید درمانی تا چه حد می تواند بر شادکامی و بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند تاثیر بگذارد؟

روش مطالعه

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان حاضر در سرای سالمندان مجد شهرستان اردکان تشکیل می دهند که شامل ۳۰ زن بالای ۷۰ سال بودند. که برای نمونه و به دلیل کهنولت سن برخی از آنها و عدم توان اجرای آزمون ۲۴ نفر از آنها به روش نمونه گیری در دسترس هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاکهای ورود نمونه توانایی و سلامت سالمند در حدی که بتواند فعالیت های جلسات را به طور کامل انجام دهد و ملاک های خروج از نمونه پژوهش نیز عدم تکمیل پرسشنامه یا عدم شرکت منظم در جلسات بود. در پژوهش حاضر به منظور بررسی پیش آزمون و پس آزمون در گروه نمونه از پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد پرسشنامه آکسفورد (oxford happiness questionire). را در سال ۱۹۸۹ آرگایل (argyle)، مارتین (martin) و گروسلند (groosland) به منظور سنجش شادکامی تهیه کردند. این مقیاس، بر اساس پرسشنامه ی افسردگی بک (Aaron T. Beck) «۱۹۷۶» ساخته شده است. و در ایران نیز علی پور و نور بالا «۱۳۷۸» در پژوهشی آن را به فارسی ترجمه کردند، این مقیاس ۲۹ گویه دارد که در طیف لیکرت ۴ گزینه ای به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند، از میان گویه های این مقیاس ۲۱ گویه منطبق با پرسشنامه ی افسردگی بک (beck) است و تنها در روش نمره گذاری متفاوت است که به صورت معکوس نمره گذاری شده اند. و ۱۱ گویه نیز به این مقیاس اضافه شده تا دیگر شاخص های سلامت ذهنی را سنجش کند، که شاخص های خلق مثبت، رضایت، کارآمدی، سلامتی و عزت نفس را مورد ارزیابی قرار می دهد در مقیاس شادکامی آکسفورد پایین ترین نمره صفر و بالاترین نمره ۸۷ است که نمره ی بالا در این مقیاس نشانه ی شادکامی و نمره ی پایین در این مقیاس نشان دهنده ی افسردگی فرد است (۱۹). آرگایل (argyle) و همکاران «۱۹۸۹» روایی مقیاس مورد نظر را به کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی را در ارتباط با این مقیاس طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ی فوق در پژوهش حاضر ۰/۷۵ بدست آمد و همچنین برای روایی صوری پرسشنامه در این پژوهش از ۱۰ روان شناس و روانپزشک

از کدهای مخصوص خودشان پر کردند. پس از این مراحل جلسات امید درمانی شروع شد. و اصول اخلاقی ایجاب می کرد که جلسات درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا شود، که پس از اجرای پژوهش این جلسات برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

ضمن توضیح این نکات که شرکت در پژوهش حاضر هیچ گونه آسیبی را برای سالمندان در پی نخواهد داشت. همچنین، ضمن اطلاع دادن به سالمندان در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده توسط پرسشنامه ها از آنها رضایت نامه کتبی اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که در رابطه با شرکت در پژوهش و ترک آن در حین اجرا اختیار تام دارند. و پرسشنامه ها را بدون ذکر نام و با استفاده

جدول ۱: خلاصه جلسات با توجه به محور اصلی مورد نظر در جلسات

جدول ارائه جلسات بصورت مختصر با تکیه بر مولفه های مورد نظر در هر جلسه	
جلسه اول	امید یابی و تحکیم امید
جلسه دوم	بررسی تکالیف خانگی و ادامه ی امید یابی و تحکیم
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی جلسه گذشته، تمرین تن آرامی مختصر و مراقبه هدایت شده، ادامه فنون جلسه قبل
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، تمرین تن آرامی مختصر و مراقبه هدایت شده، بالابردن امید
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، تن آرامی مختصر و مراقبه هدایت شده، ادامه بالا بردن امید
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، تمرین تن آرامی مختصر و مراقبه هدایت شده، ادامه بالا بردن امید
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، تمرین تن آرامی مختصر و مراقبه هدایت شده
جلسه هشتم	ایقاع امید

گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. همچنین یافته های توصیفی دیگر بررسی توزیع میانگین و انحراف معیار داده های بدست آمده از گروه آزمایش و کنترل بود که در (جدول ۲) گزارش شده است.

یافته ها

تعداد ۲۴ نفر شرکت کنندگان در پژوهش، زن بودند که از نظر سن ۷۰ و به بالاتر سن داشتند که بر اساس ضوابط پژوهش به دو

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار داده های پژوهش برای زنان سالمند مقیم سرای سالمندان

گروه ها	آزمون	میانگین	تعداد	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون شادکامی	۲۳,۴	۱۲	۴,۱۴
	پس آزمون شادکامی	۴۵	۱۲	۴,۰۵
	پیش آزمون کیفیت زندگی	۲۵,۰۵	۱۲	۳,۸۳
	پس آزمون کیفیت زندگی	۴۶,۸۵	۱۲	۵,۸۳
کنترل	پیش آزمون شادکامی	۳۷,۷۵	۱۲	۸,۶
	پس آزمون شادکامی	۳۷,۵۵	۱۲	۸,۸
	پیش آزمون کیفیت زندگی	۲۶,۱۵	۱۲	۳,۵۵
	پس آزمون کیفیت زندگی	۲۸,۰۵	۱۲	۲,۵۶

و درجه معناداری که بزرگتر از ۰,۰۵ است از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی نمی کند و به این معنی است که تعامل معنادار نیست.

در (جدول ۳) نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه متغیرهای پژوهش ارائه شده است مفروضه نرمال بودن یعنی اینکه نباید هیچ تعاملی بین متغیر هم تغییر «کواریته» و متغیر گروه باشد

جدول ۳: آزمون شاپیرو و ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده ها در هر دو گروه آزمایش و گواه

گروه	F	DF _۱	DF _۲	سطح معناداری
آزمایش	۰,۳۶	۱	۲۲	۰,۳۸
کنترل	۱,۲۸	۱	۲۲	۰,۵۲

نتایج بررسی فرض همگنی واریانس ها با آزمون لوین در (جدول ۴) نشان داده شده که با توجه به اینکه مقدار F برای هیچ کدام از متغیرها معنا دار نبود ($P > 0.05$) نتیجه می گیریم که در دو

نتایج بررسی فرض همگنی واریانس ها با آزمون لوین در (جدول ۴) نشان داده شده که با توجه به اینکه مقدار F برای هیچ کدام از متغیرها معنا دار نبود ($P > 0.05$) نتیجه می گیریم که در دو

جدول ۴: آزمون لوین به منظور بررسی فرض همگنی واریانس ها در هر دو گروه آزمایش و گواه

پیش آزمون شادکامی گروه	۳۰۴,۸۰	۱	۳۰۴,۸۰	۱۵۹۶,۱۸	۱	۳۰۴,۸۰	۱۵۹۶,۱۸
گروه	۱۵۹۶,۱۸	۱	۱۵۹۶,۱۸	۱۵۹۶,۱۸	۱	۱۵۹۶,۱۸	۱۵۹۶,۱۸

درمانی بر افزایش شادکامی شرکت کنندگان در پس آزمون تاثیر داشته است و مقدار $ETA(۰,۶۳)$ میزان اثر امید درمانی بر افزایش شادکامی را نشان می دهد. یعنی می توان گفت که ۶۳ درصد از تغییرات شادکامی را به اجرای جلسات امید درمانی نسبت داد. توان آماری ۰,۷ نیز نشان دهنده کفایت حجم نمونه است.

در ادامه همانطور که در (جدول ۵) نشان داده شده پس از حذف تاثیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات شادکامی سالمندان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار دارد. ($P=۰,۰۰۴$, $F=۱۰,۱۷$) با این تفسیر امید

جدول ۵: تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر شادکامی

متغیرها	F	DF _۱	DF _۲	درجه معناداری
شادکامی	۰,۴۹	۱	۲۲	۰,۶۴
کیفیت زندگی	۰,۸۳	۱	۲۲	۰,۴۷

آزمایش بسیار بیشتر از گروه کنترل است که امید درمانی را دریافت نکرده اند.

(جدول ۶) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته را که تحت تاثیر کواریته (پیش آزمون ها) تعدیل شده اند نشان می دهد. همانطور که پیداست میانگین نمرات پس آزمون شادکامی در گروه

جدول ۶: میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده پس آزمون شادکامی

گروه	آزمون	میانگین	خطای معیار
آزمایش	پس آزمون شادکامی	۸,۳۴	۱,۳۱
کنترل	پس آزمون شادکامی	۶,۴۱	۱,۳۱

کنندگان در پس آزمون تاثیر داشته است و مقدار $ETA(۰,۶۱)$ میزان اثر امید درمانی بر افزایش کیفیت زندگی را نشان می دهد یعنی ۶۱ درصد واریانس پس آزمون (بهبود کیفیت زندگی) مربوط به مداخلات آموزش امید بوده است. توان آماری ۰,۷۵ نیز نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر کیفیت زندگی در (جدول ۷) نشان داده شده است. با توجه به جدول نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون، و با توجه به ضریب F محاسبه شده ($P=۰,۰۰۵$, $F=۲۱/۱۸$) نتیجه می گیریم که تفاوت بین میانگین های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی معنادار است. بنابراین امید درمانی بر افزایش کیفیت زندگی شرکت

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر کیفیت زندگی

منبع	مجموع مجزورات	DF	مانگین مجزورات	F	درجه معناداری	ETA	توان آماری
پیش آزمون کیفیت زندگی گروه	۵۰۷,۶۲	۱	۵۰۷,۶۲	۱۱,۶۸	۰,۰۷	۰,۵۱	۰,۵۵
	۲۲۶۶,۶۰	۱	۲۲۶۶,۶۰	۱۸,۲۱	۰,۰۰۵	۰,۶۱	۰,۷۵

میزان میانگین گروه آزمایشی بیش تر از میانگین گروه کنترل است لذا نتایج حاکی از آن است که مداخله امید درمانی بر شادکامی زنان سالمند اثر بخش بوده و باعث افزایش شادکامی می شود پس فرضیه اول تایید می شود. نتیجه بدست آمده از بررسی فرضیه اول همسو با پژوهش جونز و همکاران (۲۰۰۳) که در پژوهش خود نشان دادند که امید در افزایش شادکامی مؤثر است. چیونس (Chevans) و همکاران (۲۰۰۶) به بررسی اثر بخشی امید درمانی بر مولفه های

بحث

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی مداخله امید درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمندان انجام و نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پس آزمون پرسشنامه شادکامی بعد از حذف اثر پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تاثیر پیش آزمون کنترل شده و

می شود که فرد احساس کند که می تواند برای رسیدن به هدف خود مسیرهای مختلفی را امتحان و تحمل کند (۲۸). براساس داده های به دست آمده بین میانگین نمرات پس آزمون پرسشنامه لیپاد بعد از حذف اثر پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین تاثیر پیش آزمون کنترل شده و میزان میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. نتایج حاکی از آن است که امید درمانی بر کیفیت زندگی زنان سالمند اثربخش بوده و باعث افزایش کیفیت زندگی آنها می شود فرضیه ی دوم تایید می شود. یافته های اسنایدر (Snyder) و همکاران (۱۹۹۸) نشان می دهد که مداخلات امید درمانی یک راه حل موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن می باشد (۱۶). دوگلبی (Douglby) و همکاران (۲۰۰۷) اثربخشی مداخلات امید درمانی در افزایش امید و کیفیت زندگی نشان دادند (۱۷). تحقیق کابورال (Kaboral) و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که امید بر تحمل بیماران اثر داشته و باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شده است (۱۸). موحدی (۱۳۹۳) نیز در تحقیق خود نشان داد که رواندرمانی گروهی امید محور، باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می شود (۲۹). بهرامیان (۱۳۹۳) در مطالعه خود که به منظور بررسی تاثیر امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام داد نتایج تفاوت معنی داری را بین گروه آزمایش و گواه نشان داد (۳۰). پژوهش کمال الدین (۱۳۹۰) با عنوان اثربخشی امید درمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیابتی نوع ۲ انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که این برنامه درمانی منجر به کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی شده است (۲۶). در تبیین فرضیه دوم می توان گفت که امید نیروی مثبتی است که انگیزش افراد را افزایش می دهد و سطح افسردگی افراد را افزایش می دهد. افراد امیدوار انرژی بیشتری دارند و هیجانات مثبت آنها بالاتر است. امید می کوشد تا با استفاده از توانایی ها و ظرفیت های مثبت انسان همچون شادی و خوش بینی به کیفیت زندگی اهتمام ورزد. امید به فردی که در موقعیت های سخت قرار دارد انرژی لازم را برای مقابله با سختی ها برای رسیدن به هدف و سازگاری با شرایط می دهد. امید درمانی در سالمند نیرویی ایجاد می کند که حتی در شرایط سخت از زندگی لذت می برد سالمند امیدوار انگیزه هایی دارد که باعث می شود خودش حوادث خوشایند را به وجود آورد و فعالانه در جستجوی اهداف خود باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به هدف سبب معنادار شدن زندگی می گردد افزایش معنا و امید به صورت تعاملی منجر به افزایش بهزیستی روانشناسی و عواطف مثبت و رضایت از زندگی می گردد. امید درمانی گروهی

امید، معنای زندگی، عزت نفس، افسردگی پرداختند و نتایج نشان داد که امید، معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد (۲۴). چپونز (Chevans) و همکاران (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که امید درمانی می تواند تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و نشانه های افسردگی را کاهش دهد (۲۵). نتایج تحقیق قاسمی، عابدی و باغبان (۱۳۸۸) با عنوان اثر بخشی امید درمانی بر شادکامی سالمندان نشان داد مداخلات آموزش گروهی منجر به افزایش شادکامی سالمندان شده است (۸). در پژوهش کمال الدینی (۱۳۹۰). با عنوان اثر بخشی امید درمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی که در بیماران زن دیابتی نوع ۲ انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که این برنامه درمانی منجر به کاهش افسردگی، افزایش امید، و افزایش کیفیت زندگی شده است (۲۶). جمال زاده و گلزاری نیز در تحقیق خود نشان دادند که مداخله امید درمانی باعث افزایش شادکامی و رضایت از زندگی زنان سالمند بروجن شده است (۲۷). در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت که این برنامه درمانی باعث کاهش افسردگی می شود چون در آن به مراجعین آموزش داده می شود. اهداف مهم قابل دستیابی و قابل اندازه گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آنها گذرگاه های متعدد در نظر بگیرند. داشتن هدف و امید به دستیابی آن به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می دهد و همچنین وجود راهبردهای رفتاری گامی در جهت فعال کردن مراجع است و به او کمک می کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند که این امر نیز به نوبه ی خود در کاهش افسردگی موثر است. از نظر اسنایدر (Snyder) (۲۰۰۰) سه الگوی انسداد اهداف وجود دارد که فرد را مبتلا به افسردگی بالینی می کند. ۱) مسدود شدن یک هدف مهم و اساسی، ۲) انتخاب اهدافی که رضایت بخش نیست، ۳) انتظار تعمیم یافته برای شکست. همچنین از نظر او از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه های مناسب می تواند فرد را مستعد افسردگی کند. در امید درمانی سعی بر آن است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان افسردگی او کمتر شده و میزان آسیب پذیری کاهش یابد. به این منظور به آنها آموخته می شود تا اهداف بیشتری در خود ایجاد کند و با تمرکز بر موقعیت های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازد و هنگامی که با موانع برخورد می کند انگیزه ی خود را حفظ کرده از گذرگاههای جانشین استفاده می کند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه های کمتری دارند در برخورد با موانع انگیزه های خود را از دست می دهند و دچار هیجان های منفی می شوند. در واقع ناامیدی مولفه اصلی افسردگی است. به عبارت دیگر مولفه های عامل یک باور شخصی است که باعث

روانی سالمندان بهره جست. از این رو 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 دوره سالمندی در جهت ارتقا کیفیت زندگی آنان است. در اینجا ارتقا سازه های روان شناسی مثبت نگر اولویت خود را نشان می دهند. بر اساس پژوهش حاضر، می توان با استفاده از امکاناتی در دسترس، احساس شادمانی و به تبع آن کیفیت زندگی سالمندان جامعه را افزایش داد. اگر چه نتایج پژوهش حاضر اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان را تایید کرد اما لازم است تا در این زمینه پژوهش های بیشتری صورت گیرد. تعداد کم حجم نمونه و بررسی زنان به تنهایی تعمیم پذیری یافته های پژوهش حاضر را با محدودیت مواجه می سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان در پایان مراتب سپاس و قدردانی خود را نسبت به مسولین محترم، مدیریت و کارکنان آسایشگاه مجد اردکان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند ابراز می دارند.

References

1. Jenson, J. health care spending and the aging of population, CRS report for congress, 2007.
2. Hedayati M, The Effect of Stress Protection on the Happiness and Quality of Life of the Elderly, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 20 (2) 2012, (persian).
3. Beerl L, development psychology, 2001, translated by seyed mohamadi Y, 2007, VOL 2, Arasbaran publisher (Persian).
4. Hesam zadeh A, Comparison of the quality of life of the elderly living in the home with the elderly living in the private and public nursing homes of Tehran, Iranian aging magazine, 4 (14) 66-70, 2009, (persian).
5. Alipour F, sajadi H, The role of social support in the quality of life of the elderly Journal of Social Welfare Research, 9 (33) 2009 (persian).
6. Veenhove R, the four quality of life, journal of happiness, berk L, development trough the lifespan, 2002
7. Vakil abad M, The Effect of Mentor Imaging Training on Depression in the Elderly,

با برقراری روابط دوستانه بین درمانگر و درمانجو و افزایش رابطه اجتماعی باعث بهبود عملکرد اجتماعی می شود. برای اینکه شخص بتواند با دیگران ارتباطی پر نشاط برقرار کند، باید بتواند با خودش رابطه برقرار کند. کسانی که امید پائینی دارند به خودشان توجهی نمی کنند و نیازهایشان را برآورده نمی کنند. امید درمانی باعث می شود تا اعتماد به نفس شخص بالا برود و با خودش آشتی کند همین طور با مقابله با اهداف و تفکرات نامعقول و منفی و جایگزینی آنها با اهداف معقول و مثبت و مقابله با اهداف خود شکن منجر به افزایش مراقبت از خود می شود. بنابراین امید درمانی با هدفمندسازی در ابعاد مختلف مربوط به کیفیت زندگی و همین طور تقویت تفکر عامل و رهیاب، منجر به افزایش کیفیت زندگی می شود.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به اهمیت سالمندی و مسایل روان شناختی آن و همچنین با توجه به نتایج این مطالعه و تاثیرات آموزش امید درمانی، می توان از مجموعه مهارت ها و توانمندی های آموختنی آن، به منظور کمک به حل مشکلات روان شناختی و افزایش امید و بهزیستی

- Journal of Nursing Research, 7 (27) 10-17, 2012 (persian).
8. Ghasemi A, abedi A, bagheban I, The Effectiveness of Sneijder Group Based Teaching on the Happiness of the Elderly, Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology, 41, 17-40, 2009, (persian).
9. Zahmat keshan N, bagher zadeh R, akaberian SH, Evaluation of quality of life and its related factors in elderly people in Bushehr, Journal of Fasa University of Medical Sciences, 2 (1) 2012, (persian).
10. Momeni KH, Effectiveness of Coherence and narrative memorization on decreasing depression symptoms in elderly women living in elderly homes Quarterly, Journal of family Counseling and Psychotherapy, 1 (3) 2011, (persian).
11. Groopman j, the anatomy of hope; how people prevail in the face of illness, newyork times, best seler usa (2005).
12. Snyder, C.R., Michael, S.T. and Cheavens, J.S. (1999). 'Hope as a psychotherapeutic foundation of nonspecific factors, placebos,

- and expectancies', in M. A. Hubble, B. Duncan, S. Miller (eds.), *Heart and Soul of Change*. Washington, D.C.: APA, pp. 205-230.
13. Firouz moghadam S , borjali A , sohrabi F, The Effectiveness of Happiness Training on Increasing Hope in the Elderly, (2009) (persian).
 14. Sotodeh asl N, neshatdost H , Comparison of two therapeutic and therapeutic approaches to quality of life in patients with essential hypertension, *Journal of Clinical Psychology*, 2 (1) 27-34 (2009) (persian).
 15. Rezaei S, manochehri M , Comparison and comparison of mental disorders among elderly people living at home and elderly people living in a nursing home in Tehran, *journal of ageing* , 3 (1) 16-2 (persian).
 16. Irving, M.L., Snyder, C.R. and Crowson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college females. *Journal of personality*, 66, 195-214, (2007).
 17. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with hope:(2001) initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *J Pain*.
 18. Caboral, M. F., Evagelista, L. S., & Whetsell, M. V. (2012). Hope in elderly adults with chronic heart failure: Concept analysis. *Investigation Y Educatona en Enfermeria*, 30 (3), 406-411.
 19. Alipoor A, Noorbala A A. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. *IJPCP*. 1999; 5 (1 and 2) :55-66 (Persian).
 20. argylo M, LU L, the happiness of extroverts personality and individual difference (11), 1011 -7.
 21. Alipoor F, sajadi H, Forozan A, biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Social Welfare*. 2009; 8 (33) :149-167 (Persian).
 22. Hesamzadeh A, Maddah S B, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of Elderly "Quality of Life" Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes. *Salmand*. 2010; 4 (4) (Persian).
 23. Jones, T.G., Rapport, L.J., Hanks. R.A., Lichtenberg, P.A., 8 Telmet, K. (2003). Cognitive and psycho logical predictors of subjectiue well-being in urban older adults. *The clinical neuropsychogist*, 27,13-18.
 24. Cheavens. S.J., Feldman, B.D., Micheal, A.G.S. and Snyder, C.R. (2006). Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
 25. Cheavens. S.J., Feldman, B.D., Woodward, J.T. and Snyder, C.R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 135-145.
 26. kamalodini R, kalantari M, neshat dost H, molavi H, Effectiveness of Group Therapy on Depression and Quality of Life in Patients with Type II Diabetes, (2011) university of esfahan, (persian).
 27. JAMALZADEH R, GOLZARI M ,The Effectiveness of Hope Therapy on Increasing Happiness and Life Satisfaction among Elderly Women Residing In Nursing Home of Borujen, *Journal of Women and Society* Volume 5, Issue 18, Summer 2014, Page 31-48 (persian).
 28. Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
 29. 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.. *yafte*. 2014; 16 (1) :32-42 (persian).
 30. Bahramian J, Zahrakar K, Rasouli M. The effect of hope based group therapy approach on the severity of depression in multiple sclerosis patients. *IJRN*. 2014; 1 (1):12-22 (Persian).