

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر سر زندگی سالمندان

فاطمه مختاری دیزجی^۱، فرامرز سهرابی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۸

تاریخ وصول: ۹۷/۰۶/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سرزندگی سالمندان انجام شده است. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مراجع کننده به کانون جهاندیدگان تهران بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن همگن بودند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه‌ی گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار این پژوهش مقیاس سرزندگی (رایان و دسی، ۱۹۹۷) بود که شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سوالات آن پاسخ دادند. از آزمون تحلیل کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل اثربخشی آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سرزندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). به این معنی که میزان سرزندگی در گروه آزمایش، پس از مداخله آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در سالمندان ارتقاء یافت. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت با رویکرد شناختی-رفتاری شکل گرفته، می‌تواند سرزندگی افراد سالمند را افزایش دهد.

واژگان کلیدی: آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، سالمند، سرزندگی

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) sohrabi@atu.ac.ir

مقدمه

انسان‌ها طی فرایند زیستی، با مرحله‌ای به نام سالمندی روبرو می‌شوند. از سویی کاهش نرخ رشد جمعیت و از سوی دیگر، بهبود مراقبت‌های پزشکی، به افزایش میانگین عمر در اکثر کشورهای جهان منجر شده است. بر اساس برآوردهای آماری سازمان ملل متحد، سالانه حدود ۲/۵ درصد بر تعداد افراد بیش از ۶۵ سال افزوده می‌شود. طبق سرشماری جمعیت ایران در سال ۱۳۹۰، حدود ۵/۷ درصد جمعیت ۷۵ میلیون نفری کشور را سالمندان ۶۵ سال تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالخورده‌گان ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد برسد (زحمتکشان، باقرزاده، اکابریان، یزدانخواه فرد، میرزایی، و یزدان‌پناه، ۱۳۹۱). درست است که افزایش این گروه سنی در کشور ما نوید دهنده بهبود شرایط زندگی است، اما همین امر توجه مسئولان به سلامت و امنیت سالمندان را الزامی می‌کند. سالمندی نیرومندی که با اصطلاحات مختلفی نظیر «سالمندی موفق»، «سالمندی بارآور» و «سرزندگی» از آن نام برده می‌شود، توجه روز افزون پژوهشگران سالمندشناس را به سوی خود جلب کرده است. این پژوهش‌ها سبب شده‌اند که توجه از صرف تفکیک سالمند بیمار از غیربیمار فراتر رفته و به شناسایی سالمندانی که از سلامت بسیار بالا برخوردارند تسری یابد و اصطلاح سالمندی «موفق» در برابر سالمندی «عادی» مطرح شود. دوره‌ی سالمندی دیگر زمانی برای اضمحلال سلامتی یا کاهش منابع که در آن فقدان این نقصان‌های زیان‌بار نهایت آرزوی فرد است، به شمار نمی‌آید. در واقع، اکنون ثابت شده است سالمندانی که از هیچگونه بیماری شناخته شده یا اختلال شدید رنج نمی‌برند می‌توانند کارکرد خود را در سطوح گسترده‌ای حفظ کنند. برای مثال سالمندانی که در رویدادهای ورزشی به رقابت می‌پردازند، مشاغل تمام وقت پر مسئولیت را عهده دار می‌شوند یا از تجربه خود در زمینه‌های سیاسی یا اجتماعی بهره می‌جویند، کاملاً با سالمندانی که در بازنشستگی کامل به سر می‌برند، و عمدتاً غیر فعال و بی‌تحرك اند، متفاوت اند. تأکید بر سالم پیر شدن با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی به عنوان بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، و نه صرفاً فقدان بیماری، همخوانی دارد (کریس، ۲۰۰۰، ترجمه سهرابی، ۱۳۸۴).

برطبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت است از یک حالت آسودگی جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود. سلامتی انسان‌ها

امری است برای دستیابی به صلح و امنیت که به بالاترین میزان همکاری بین مردم وابسته است و سلامت روانی را به معنای، "ایجاد آگاهی؛ راهی برای کاهش خطرات ناشی از خودکشی و بیماری‌های روانی" اعلام نمود. بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه حل‌های مطلوب تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند (رحیمی، ۲۰۰۹). امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب نموده است. ثابت شده مشکلات و مسائل متعددی که با دوران سالمندی همراه هستند مانند بیماری‌های جسمی و مشکلات روانشناختی می‌تواند کیفیت زندگی افراد سالمند را تحت تأثیر قرار دهند. با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و اهمیت این دوره از زندگی برای درصد قابل توجهی از افراد جامعه بهبود کیفیت زندگی در افراد سالمند یکی از اهداف هر کشور توسعه یافته است. تعاریف رایج در این اثر معطوف بر مزیت و برتری یا خوشایند بودن در جنبه‌هایی از زندگی است که فراتر از امرار معاش صرف، بقا و طول عمر است؛ تاکید این تعاریف بر حیطه‌هایی از زندگی است که خصوصاً آن را خوشایند، شاد و ارزشمند می‌سازد، مثل کار معنی‌دار، خودشکوفایی و معیار خوب برای زندگی کردن.

از دیگر عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد اثر گذار باشد مفهوم سرزندگی است (اورلف، ۲۰۰۴). سرزندگی به معنای نوعی تجربه خاص روانشناختی است که در این تجربه، افراد در خود حس شور زندگی و روحیه می‌کنند. ریشه و منشاء اصطلاح سرزندگی به خود مفهوم زندگی برمی‌گردد و بر همین اساس، تحت عنوان یک نیروی حیات بخش با پایه و اساس حیات تعریف می‌شود (رودریگو، باز، ویداوز، اهلرز و اهلرز، ۲۰۰۵). تحقیقات سنجش گران روانی در دو زمینه‌ی خلق و بهزیستی^۲، سازه‌هایی را شناسایی کرده است که با سرزندگی مرتبط هستند و این حقیقت را نشان می‌دهند که انرژی شخصی، یک تعیین کننده‌ی مهم و برجسته برای خوشی و سلامتی^۳ است (رایان و

1. Rodrigue, Baz, Widows, Ehlers & Ehlers

2. well being

3. wellness

فردریک^۱، (۱۹۹۷). برای مثال مک نایر، لار و داپلمن^۲ (۱۹۷۱) عامل انرژی / سرزندگی را در مطالعاتشان درباره حالات خلقی شناسایی کردند و دریافتند که این عامل ارتباط مثبتی با سلامتی روان و رابطه‌ی منفی با احساس فرسودگی دارد (مک نایر، لوور، دوپلاکان^۳، (۱۹۷۱). همچنین ویر و شربورن^۴ (۱۹۹۲) احساس انرژی ذهنی را مورد سنجش قرار داده و ارتباط مثبت آن با سلامتی روانی را مورد تأیید قرار دادند. اگرچه هم شادمانی و هم سرزندگی، حالتی مثبت یا مطلوب هستند، اما سرزندگی ضرورتاً به وسیله‌ی فعالیت^۵ و انرژی زیاد مشخص می‌شود. با چنین دیدگاهی، شادمانی و سرزندگی هر دو زیر چتر عواطف مثبت قرار می‌گیرند، اما از نظر معنایی به واسطه‌ی موضوع فعال بودن از هم متمایز هستند. سرزندگی یک حالت مثبت فعال است. در حالی که شادمانی لزوماً بر چنین امری دلالت نمی‌کند (موروان، گاگن و راسمن^۶، ۲۰۰۷).

متخصصان علم پیری شناسی، کیفیت زندگی را توانایی کارکردی می‌دانند و تا حدی آن را به شادمانی، درد، میزان انرژی، کنترل فردی و احترام به خویش بر می‌گردانند (استوارت، میلز، کینگ، هسکل گیلز و ریتر^۷، ۲۰۰۱). با توجه به یافته‌هایی که نشان می‌دهد میزان شادکامی و رضایت از زندگی با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد (یانگ و فانگ^۸، ۲۰۰۷؛ وستوی، استیو، اولرونجو و لی-چان^۹، ۲۰۰۷؛ گود^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ گرون^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ اینگریگ^{۱۲}، ۲۰۰۸) و تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای بهبود وضعیت سلامت روانی افراد سالمند انجام شده (هینکز^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ ایروننگ، اسنایدر، چیونز، گراول و هانک^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ شروین،

-
1. Ryan & Frederick
 2. McNair, Lorr & Doppleman
 3. McNair, Lorr & Dopplecan
 4. Ware & Sherbourne
 5. activation
 6. Morovan, Gagen & Rosman
 7. Stewart, Mills, King, Haskell, Gillis & Ritter
 8. Yeung & Fung
 9. Westaway, Steve, Olorunju & Lee- chayne
 10. Good
 11. Geson
 12. Ingeborg
 13. Hankins
 14. Irving, Snyder, Cheavens, Gravel & Hanke

الیوت، رایبرزیک، فرانک و هانسون^۱، ۲۰۰۶؛ راب^۲، ۲۰۰۷). در این پژوهش سعی در بکارگیری روش درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در بهبود شادکامی و سرزندگی افراد سالمند شده است. پژوهش‌هایی که در داخل ایران صورت گرفته، به طور مثال پژوهشی توسط حمید، وطن خواه و مهربانی زاده هنرمند (۱۳۹۲)، تحت عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد شهر اهواز انجام شده است. این پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بازنشستگان مراجعه کننده به کانون بازنشستگان اهواز بوده است که از میان آن‌ها ۳۰ نفر که از لحاظ شادکامی یک انحراف معیار از میانگین کمتر بودند، به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی همگن بودند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در انتظار مداخله قرار گرفتند. میزان شادکامی و سرزندگی در گروه آزمایش در پس‌آزمون به طور معنی داری بیش از گروه کنترل بود. نتایج حاصل نشان داد که آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی که از ترکیب روان شناسی مثبت‌نگر با رویکرد شناختی - رفتاری شکل گرفته، می‌تواند شادکامی و سرزندگی افراد سالمند را افزایش دهد (حمید، ۱۳۹۲).

روشنفر، پاداش، مختاری، ایزدی خواه (۱۳۹۱) به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان پرداختند. در نتیجه این پژوهش تأیید کننده تأثیر مثبت آموزش رویکرد درمان مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی افراد و افزایش دهنده رضایتمندی آنان از زندگی بود.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مدلی است که به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، بر اساس یک مدل ۵ راهه که به طور خلاصه (CASIO) نامیده می‌شود، در ۱۶ حوزه اصلی زندگی می‌باشد. این پنج استراتژی عبارتند از: ۱- شرایط زندگی^۳ (C) ۲-

1. Sherwin, Elliott, Rybarczyk, Frank, Hanson
2. Raab
3. Circumstances

نگرش‌ها^۱ (A) ۳- استانداردهایی که برای خودمان تعریف کرده‌ایم^۲ (S) ۴- ارزش‌ها^۳ (I) ۵- رضایت کلی از زندگی^۴ (O) و حوزه‌های اصلی زندگی شامل ۱- بهداشت و سلامت جسمانی ۲- عزت نفس ۳- اهداف و ارزش‌ها ۴- پول و مادیات ۵- کار ۶- بازی ۷- یادگیری ۸- خلاقیت ۹- کمک به دیگران ۱۰- عشق ۱۱- دوستان ۱۲- فرزندان ۱۳- خویشاوندان ۱۴- خانه و همسایه‌ها ۱۵- جامعه ۱۶- همسر می‌باشد. در این مدل، روان‌شناسی مثبت و روانشناس سلامت با رویکردهای شناختی ترکیب شده است (فریش، ۲۰۰۶). بهبود کیفیت زندگی یکی از رویکردهای مختلف در روان‌شناسی مثبت‌نگر است که نسبت به افزایش شادمانی و کیفیت زندگی انسانی طرفدار رویکرد رضایت‌مندی از زندگی است (فریش، ۲۰۰۶). در این رویکرد به مراجعین، نظریه اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که در تشخیص، جستجو و تحقق یافتن مهمترین اهداف، نیازها و خواسته‌های ارزشمند زندگی شان کمک کننده است. همانگونه که سلیگمن (۲۰۰۵)، روش‌های ایجاد شادمانی اصیل را در مورد هر دو گروه به کار گرفته است، این نوع درمان نیز هم برای گروه بالینی و غیر بالینی کاربرد دارد (سلیگمن، استین، پارک، پترسون، ۲۰۰۵).

رودریگو و همکاران (۲۰۰۵)، پژوهشی را بر روی بیمارانی که در لیست انتظار دریافت کبد بودند، انجام دادند. این پژوهشگران، اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان حمایتی را در افزایش کیفیت زندگی، آشفتگی‌های خلقی و میزان صمیمیت‌های اجتماعی، را در بین ۳۵ بیمار دریافت کبد بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان کیفیت زندگی موجب شده میزان کیفیت زندگی و آشفتگی‌های خلقی در ماه سوم پائین آورده شود و این درمان موجب نمرات بالاتر در صمیمیت اجتماعی افراد در ماه سوم شده است. یافته‌ها نشان دادند که درمان‌های کوتاه مدت روانشناختی در ثبات عاطفی، خلق و کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده کبد موثر است (رودریگو و همکاران، ۲۰۰۵). رایان و فردریک^۵ (۱۹۹۷) اشاره کرد که ارتباط بین سرزندگی و خودشکوفایی را در سه گروه نمونه مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ارتباط سرزندگی با شادکامی و خودشکوفایی معنی دار است. رابطه سرزندگی با عزت نفس کلی، مثبت و با شاخص‌های بیماری، اضطراب

1. Attitude
2. Standard
3. ImpOrtant
4. Overall Satisfaction
5. Fredric & Rayan

و افسردگی و اختلالات جسمی و روانی، منفی به دست آمد. مطالعه دوم رایان و فردریک (۱۹۹۷) بر روی ۴۰ دانشجوی و کارمند با دامنه‌ی سنی ۲۴-۱۸ سال نشان داد که بین مقدار سرزندگی و سلامت روان و علائم کمتر بیماری جسمی، ارتباط وجود دارد. سرزندگی با اضطراب و افسردگی رابطه‌ی منفی و با شادکامی رابطه‌ی مثبت دارد. آن‌ها همچنین ۴۴ آزمودنی را بررسی کردند. در بین آزمودنی‌ها، بیماری و سرزندگی با عزت نفس و خودشکوفایی رابطه‌ی مثبت نشان داد (رایان و فردریک، ۱۹۹۷).

باتوجه به نتایج پژوهشهای پیشین و از آنجا که میان کیفیت زندگی و سرزندگی رابطه وجود دارد و میزان شادکامی در میان افراد سالم از لحاظ جسمانی و آنهایی که انرژی زیادی دارند بیشتر است همچنین در میان افرادی که علائم روانشناختی زیادی دارند کمتر از کسانی است که از لحاظ روانشناختی در سلامتی بهتری بسر می‌برند مانند افراد خودشکوف و افراد رشد یافته از لحاظ روانی - اجتماعی؛ و از آنجایی که شادکامی و سرزندگی به عنوان دو متغیر مهم در روان‌شناسی مثبت‌نگر بشمار می‌رود، انتظار می‌رود که این روش آموزشی در بهبود سرزندگی افراد سالمند در مقایسه با سایر درمان‌ها مطلوب تر باشد. بنابراین، این پژوهش با هدف اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر سرزندگی سالمندان انجام شد.

روش

با توجه به اهداف تحقیق و ماهیت پژوهش، تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی است و طرح تحقیق به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) که شامل دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان سالمند مراجعه کننده به کانون جهاندیگان مجتمع فرهنگی - هنری نور، در شهر تهران بود. در این تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری جایگزینی تصادفی تعداد ۳۰ نفره عنوان نمونه از جامعه آماری مورد نظر انتخاب شدند، شرایط انتخاب افراد نمونه به این گونه بود، سالمندانی که از سلامت جسمانی و روانی مناسبی برخوردار بودند و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند. و کمترین نمره را در مقیاس سرزندگی (رایان و دسی، ۱۹۹۷) داشتند، بصورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گمارده شدند (رایان و دسی، ۱۹۹۱). به منظور گردآوری داده‌ها، ابزار پژوهش شامل پرسشنامه، ۱- مقیاس سرزندگی ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF).

مقیاس سرزندگی: رایان ودسی در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و دارای هفت عبارت می‌باشد. پاسخ دهنده بر اساس طیف لیکرت ۷ تایی عددی را که گویای میزان درستی عبارت در مورد خودش می‌باشد، مشخص می‌نماید. روند نمره گذاری در مورد سؤال دوم این پرسشنامه معکوس می‌باشد نمره‌ای که فرد در این مقیاس به دست می‌آورد بین ۷ تا ۴۹ است. این مقیاس در ایران در سال ۱۳۸۲ توسط عریضی ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن توسط ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی بالینی تأیید شده و ضریب پایایی آن ۰/۸۵ به دست آمد (عبدالقاسمی، ۱۳۸۲؛ تقی زاده، ۱۳۸۵). در پژوهش خود تحت عنوان بررسی رابطه بین رضایت شغلی با شادمانی و سرزندگی در بین اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان از پرسشنامه مقیاس سرزندگی استفاده نمود، و پایایی درونی پرسشنامه مقیاس سرزندگی بار دیگر در پژوهش صادقیان با ضریب کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۴ بدست آمد. ابوالقاسمی (۱۳۸۲)، در پژوهش خود تحت عنوان هنجاریابی عاطفه‌ی مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان از پرسشنامه مقیاس سرزندگی استفاده کرد و پایایی درونی این پرسشنامه بار دیگر در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۹۲) با احتساب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL- BREF): کیفیت زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را بعنوان «ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آنجا زندگی می‌کنند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم» تلقی می‌کنند. (کرتیس، ۲۰۰۰؛ ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲). سازمان جهانی بهداشت به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مامور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی بود (WHOQOL-100). چند سال بعد برای استفاده آسان تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ۲۶ سوالی (WHOQOL- BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس

به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ - ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه و کسب مجوز برای کار در کانون جهانیان مرکز فرهنگی - هنری نور، وابسته به شهرداری منطقه ۵ تهران، مراحل ابتدایی انجام پژوهش آغاز شد. بدین ترتیب که معیارهای ورود به مطالعه در تمامی افراد مراجعه کننده به کانون فرهنگی نور، بررسی شد و سپس آزمون سرزندگی و کیفیت زندگی برای افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند اجرا گردید. سپس ۳۰ نفر از سالمندان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جای داده شدند. اعضای گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان گروهی بر مبنای اصول درمان مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند. و مداخلات درمانی توسط پژوهشگر، در ۸ جلسه هفتگی، ۹۰ دقیقه‌ای به منظور، بررسی اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، اجرا شد. پس از اتمام جلسات از شرکت کنندگان هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون گرفته شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

جلسات درمان: جلسه اول: معرفی افراد گروه به یکدیگر و با درمانگر، بیان هدف تشکیل گروه، اهمیت مسئله، تعریف و شناسایی شادکامی، کیفیت زندگی، آشنایی با مدل کیفیت زندگی درمانی و ۱۶ حیطه رضایتمندی و مدل پنج راهه کیفیت زندگی. همچنین تعیین سطح کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در آزمودنی‌ها در هر ۱۶ حیطه.

جلسه دوم: استفاده از گام تغییر شرایط برای بهبود رضایت در حیطه‌هایی که رضایت در آن‌ها کافی نیست و بکارگیری روش حل مسئله در تعدادی از آزمودنی‌ها و آموزش آن به دیگر افراد گروه.

جلسه سوم: بکارگیری راهبرد تغییر نگرش در حیطه‌هایی که سطح رضایتمندی کافی نیست. با استفاده از فنون شناخت درمانی و همچنین تکنیک دروغ سنج و ثبت استرس روزانه. جلسه چهارم: آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و همچنین استفاده از تکنیک خوب - اما نه خیلی عالی. جلسه پنجم: آموزش تغییر اولویت‌ها و زمینه‌های مهم با استفاده از کسب بینش و تکنیک کیک شادمانی.

جلسه ششم: آموزش تقویت رضایت‌مندی در حیطه‌هایی که قبلاً مورد توجه نبوده‌اند. آموزش استفاده از تکنیک سبد تخم مرغ‌ها. مرور اصول مهم شادمانی شامل ۱- اصل جستجوی مرگ خویش ۲- اصل سبک زندگی ۳- اصل جستجوی آرامش یا آدم غمخوار ۴- اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه ۵- اصل خوش بینی ۶- اصل صمیمیت با دوستان ۷- اصل خلوت‌گزینی ۸- اصل کنترل یا نادیده گرفتن امیال یا اصل دست‌نیافتنی بودن همه چیز ۹- اصل چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن ۱۰- کنترل هیجانی یا اصل سه هیجان میخکوب کننده. جلسه هفتم: ادامه مرور اصول مهم شادمانی شامل ۱۱- اصل صداقت عاطفی ۱۲- اصل دوست‌خبره ۱۳- اصل سود بانکی ۱۴- اصل معنایابی یا اصل هدف‌یابی ۱۵- اصل جریان‌های پویا ۱۶- اصل عادات شادمانی ۱۷- اصل شادمان به عنوان یک گزینه یا پذیرفتن مسئولیت شادمانی ۱۸- اصل توجه دائمی به شادمانی یا ثبات شخصیت ۱۹- اصل غنای درونی ۲۰- اهداف عادی ۲۱- اصل تأمل و تفکر ۲۲- اصل فعالیت جسمانی یا درمان خویشتن ۲۳- اصل عادات مثبت ۲۴- اصل کیفیت زمان ۲۵- اصل خدمت به دیگران ۲۶- اصل قدرت بخشیدن ۲۷- اصل و تمرین ردیف کردن مرواریدها ۲۸- قاعده فلسفی تأثو ۲۹- تو باید آگاه باشی یا اصل ترس مبالغه آمیز از ذهن ۳۰- اصل ما یک خانواده هستیم.

جلسه هشتم: مرور تکنیک‌های درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ارائه خلاصه‌ایی از راهبردها و تکنیک‌های تأثیر گذار و چگونگی تأثیرشان بر واکنش افراد. راهبردها و تکنیک‌های بکار رفته در جلسات و همچنین ترتیب جلسات از کتاب فریش (۲۰۰۶)، ترجمه خمسه برگرفته شده است

یافته‌ها

با توجه به آمار توصیفی این پژوهش، سن شرکت‌کنندگان از ۶۰ تا ۷۱ سال در چهار طبقه در دو گروه آزمایش و کنترل از طریق آزمون‌های دو مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به خی دو ۰/۵۴ و سطح معناداری ۰/۹۶ (بالتر از ۰/۰۵) مشخص شد که مولفه سن، گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود نداشته و می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌ها از لحاظ سنی همگن بودند. وضعیت تاهل شرکت‌کنندگان گروه‌های کنترل و آزمایش با آزمون خی دو ۰/۵۹ و سطح معناداری ۰/۶۷ همگن بود. تحصیلات شرکت‌کنندگان زیر دیپلم،

دیپلم، لیسانس در گروه‌های آزمایش و کنترل از طریق آزمون‌های دو بررسی شد. نتیجه نهایی میزان‌های $0/67$ و $0/75$ بود، در نتیجه بین دو گروه در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در جدول شماره ۱ آمار توصیفی مربوط به نمرات سرزندگی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۱. نمرات میانگین و انحراف معیار متغیر سرزندگی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه و مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۳۵/۲۶	۱۱/۸۳
سرزندگی	کنترل	۱۵	۳۶/۱۲	۱۰/۲۰
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۶/۱۳	۹/۳۳
سرزندگی	کنترل	۱۵	۳۶/۳۹	۹/۹۱
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۴/۱۳	۷/۳۳
کیفیت زندگی	کنترل	۱۵	۴۶/۲۰	۸/۳۶
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۵/۳۳	۱۰/۲۷
کیفیت زندگی	کنترل	۱۵	۴۷/۲۳	۸/۰۲

با توجه به جدول ۱- مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل تغییرات محسوسی در هر دو متغیر سرزندگی و کیفیت زندگی نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش در متغیر سرزندگی از $35/26$ (با انحراف معیار $11/83$) در مرحله پیش‌آزمون به $46/13$ ($9/33$) در مرحله پس‌آزمون ارتقا پیدا کرد همچنین میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش محسوسی پیدا کرده است. در حالی که برای گروه کنترل تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات سرزندگی در مرحله پس‌آزمون (متغیر وابسته) در جدول ۲ مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۲. آزمون کولموگراف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات پس‌آزمون سرزندگی و کیفیت زندگی

گروه	متغیر	مقدار	سطح معنی داری
آزمایش	سرزندگی	۰/۷۶	۰/۶۰
	کیفیت زندگی	۰/۶۳	۰/۸۰
کنترل	سرزندگی	۰/۶۱	۰/۸۴
	کیفیت زندگی	۰/۸۳	۰/۴۹

بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی نمرات متغیر وابسته کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به جدول ۲- مشخص است که نمرات پس‌آزمون هر دو گروه کنترل و آزمایش در سرزندگی از توزیع پراکندگی نرمال برخوردار هستند؛ چرا که اندازه آزمون کولموگراف - اسمیرنوف معنی دار نیست. آزمون همسانی واریانس‌های خطا در جدول ۳ مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی شرط همسانی واریانس‌های خطا

متغیر	منبع واریانس	درجه آزادی	F	سطح معنی داری
سرزندگی	کنش متقابل (گروه و پیش‌آزمون)	۲ و ۲۷	۲/۳۶	۰/۵۵
کیفیت زندگی	کنش متقابل (گروه و پیش‌آزمون)	۲ و ۲۷	۴/۶۷	۰/۴۷

برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد. برای اینکه شرط همسانی واریانس خطا برقرار باشد نباید اندازه آزمون لوین از نظر آماری معنا دار باشد. با توجه به جدول ۳- مشخص است که اندازه آزمون لوین برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست. این نتیجه گویای این است که واریانس‌های خطای دو گروه همسان هستند.

فرضیه پژوهش: روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر سرزندگی سالمندان شهر تهران مؤثر است.

با توجه به بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس ملاحظه شد که هر سه مفروضه آزمون برقرار است. یعنی استفاده از تحلیل کواریانس بلا مانع است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات سرزندگی سالمندان پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	F مقدار	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳۸۶۴/۷۳	۲	۱۹۳۲/۳۷	۱۵۲/۲۳	۰/۰۰۱
عرض از مبدا	۲۹۲/۹۸	۱	۲۹۲/۹۸	۲۳/۰۸	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۲۹۰۱/۴۰	۱	۲۹۰۱/۴۰	۵۷/۲۲۸	۰/۰۰۱
گروه (متغیر مستقل)	۹۶۳/۳۳	۱	۹۶۳/۳۳	۷۵/۸۹	۰/۰۰۱
خطا	۳۴۲/۷۲	۲۷	۱۲/۶۹		
کل	۵۳۳۴/۰۰	۳۰			
کل تصحیح شده	۴۲۰۷/۴۶	۲۹			

بر اساس یافته‌های جدول ۵- مجموع مجذورات متغیر مستقل برابر ۹۶۳/۳۳ است که منجر به اندازه آزمون ($F=75/89$) و سطح معناداری (۰/۰۰۱) در متغیر گروه بیانگر تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون است. با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون (در جدول ۱- ذکر شده است) به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه‌ی گروهی بر سرزندگی سالمندان تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات کیفیت زندگی پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	F مقدار	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۱۲۲۴/۰۳	۲	۶۰۲/۰۱	۱۶/۲۹	۰/۰۰۰۱
عرض از مبدا	۰/۵۲۳	۱	۰/۵۲۳	۰/۰۱۳	۰/۹۱۱
پیش آزمون	۷۰۷/۸۹	۱	۷۰۷/۸۹	۱۹/۱۵	۰/۰۰۰۱
گروه (متغیر مستقل)	۷۱۳/۵۲	۱	۷۱۳/۵۲	۲۰/۴۱	۰/۰۰۰۱
خطا	۹۹۷/۸۳	۲۷	۳۶/۹۵		
کل	۸۱۰۵۰/۰۰	۳۰			
کل تصحیح شده	۲۲۰۱/۸۱	۲۹			

در جدول ۶- نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل برابر ۷۱۳/۵۲ است که منجر به اندازه آزمون $F=20/41$ (و سطح معنا داری (۰/۰۰۱) است، به عبارتی، بین گروه کنترل و آزمایش در میزان کیفیت زندگی کل، حتی بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار است. با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون (در جدول ۱- ذکر شده است) به این نتیجه می‌توان رسید که روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر مثبت و معنی داری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی فرضیه‌های پژوهش، نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی، سرزندگی سالمندان را نسبت به گروه کنترل، افزایش داده است، همان طور که نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۵- نشان می‌دهد، این روش، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان سرزندگی آزمودنی‌ها را در مرحله پس آزمون، افزایش داده است.

آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی، آموزشی است که شیوه‌های درمان رفتاری - شناختی را با روش‌های روان‌شناسی مثبت، در آمیخته است؛ بنابراین در بررسی و مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها، از تحقیقاتی که با آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی از نظر روش، شباهت دارند استفاده شده است چرا که این درمان جدیدی است، تحقیقات بسیار اندکی به خصوص در گروه سالمندان با استفاده از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی صورت گرفته است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی موجب افزایش سرزندگی سالمندان است. این یافته با پژوهش‌های عزیز کسانی (۱۳۹۳)، حکمتی پور (۱۳۹۴)، نجمه حمید (۱۳۹۲)، روشنفر (۱۳۹۱)، مهدوی (۱۳۹۳)، پور ابراهیم و رسولی (۲۰۰۸)، ریاحی، علیوردیان و بنی‌صدری^۱ (۲۰۰۹)، موریرا (۲۰۰۶)، لارنس و فیلیپ (۲۰۱۱)، مبنی بر افزایش شادکامی در سالمندان از طریق مداخلات روان شناختی گزارش کرده اند همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، علاوه بر شرایط عینی یا شرایط زندگی، که منظور ویژگی‌های فیزیکی و اجتماعی عینی حیطه‌ای از زندگی است که اثرات آن بر رضایت‌مندی از زندگی و سلامت ذهنی با واسطه عوامل شناختی صورت می‌گیرد، ادراک یا برداشت ذهنی فرد، از ویژگی‌های یک حیطه نیز بر رضایت‌مندی از آن حیطه تأثیر دارد. دومین راه بهبود بخشیدن شادمانی از یک حیطه ی خاص زندگی، تغییر نگرش نسبت به موقعیت، تصحیح هر نوع تحریف یا منفی‌گرایی در تفکر است (لازاروس، ۱۹۹۱). خرسندی یا شادکامی، بعد دیگری از آسایش ذهنی است و آن را صفت یا حالتی می‌دانند که با خشنودی، شادی، لذت، خوشحالی مشخص می‌شود. نوعی حالت عاطفی مثبت بلند مدت یا ارزیابی شناختی عاطفی مثبت است. به عبارتی شادکامی احساس آسایش ذهنی است. یعنی فرد شرایطش را با معیارهایی که به نظر خودش مناسب است، مقایسه می‌کند، که‌ایا نیازها و اهداف او در حیطه‌ای ارزشمند از زندگی برآورده شده است. راهبرد تغییر اهداف و معیارها، در پژوهش حاضر با استفاده از تکنیک کسب بینش، که فرد اهداف دراز مدت خود را در مورد عشق، شغل، پول، سلامتی، کودکان، بستگان، یادگیری، کمک و یاری رساندن و احترام به خویش، زندگی معنوی را تدوین می‌کند، انگاره اصلی این است که اهداف واقع‌گرایانه را اتخاذ کنند و در معیارهای رضایت‌مندی خود، از حیطه‌های خاص زندگی که از آن ناراضی هستند، انعطاف پذیر باشند. بدین منظور باید به سؤالاتی از این قبیل پاسخ دهند "از این بخش زندگی خود واقعا چه می‌خواهم؟ چقدر کافی خواهد بود؟ چه اهداف و معیارهای واقع‌گرایان‌های برای موفقیت در این بخش خاص زندگی ام باید داشته باشم؟ جهت کسب رضایت‌مندی در بخش خاصی از زندگی، کاهش معیارها تا حدی کمک‌کننده است.

راهبرد تغییر اولویت‌ها یا چیزهایی که به نظر فرد اهمیت دارد، شامل ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تأکید بر حیطه‌های بسیار مهم و قابل کنترل برای فرد است، یعنی حیطه‌هایی که می‌تواند در مورد آن‌ها کاری انجام دهد، به منظور دنبال کردن این راهبرد، باید از خود سوال کنند که "اولویت‌های من کدام است؟" باید به خاطر داشته باشند که کیفیت کلی زندگی خود را با تأکید نکردن بر جنبه‌های خاصی که غیر قابل تغییر هستند و با پرداختن به حیطه‌های قابل تغییر یا قابل کنترل، تقویت کنند.

رضایت‌مندی خود را در حیطه‌های دیگری که قبلاً به آن توجه نداشته‌اند، تقویت کنند. بدون افزایش رضایت‌مندی از سایر حیطه‌های که مورد توجه فوری فرد نیستند، نمی‌توان کیفیت کلی زندگی خود را بهبود بخشید. این کار خصوصاً هنگامی مفید است که روی جنبه‌ای دشوار از زندگی که تغییر آن کند است، کار می‌کنند، مثلاً فردی که درگیر روابط عاشقانه است، در حالی که حیطه مورد نظر به کندی حرکت می‌کند، فرد با معطوف ساختن خود به سایر حیطه‌های مهم زندگی مثل تفریح و دوستان، اگر چه این جنبه‌ها مورد توجه فوری فرد نیستند، کیفیت کلی زندگی خود را بهبود بخشند.

به طور کلی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، یک رویکرد کل نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل، را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد، درک واقعی از توانایی‌های خود دارند و می‌توانند با استرس‌های روزمره زندگی خود مقابله کنند و به صورت ثمر بخش و مؤثر کار کنند و در جامعه‌ی خود نقش داشته باشند.

با توجه به محدودیت‌های اولیه این پژوهش که از نمونه‌های در دسترس انتخاب شد، مداخله ما و این بسته درمانی موجب افزایش سرزندگی سالمندان این مرکز شد، بنابراین اقداماتی که بتواند میزان سرزندگی و شادکامی این قشر آسیب پذیر جامعه را افزایش دهد، لازم می‌آید. و پیشنهاد می‌شود که از این بسته درمانی در جوامع آماری دیگر مانند مردان سالمند، بیماران خاص و گروه‌های معتاد استفاده شود.

تشکر و قدر دانی

محققان از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، مسئولان فرهنگسرای فردوس، سالمندان مرکز روزانه کانون جهان دیدگان تهران (ایران) و مسئولان فنی این مرکز کمال تشکر و سپاسگزاری را به عمل می‌آورند.

منابع

کرتیس، جیمز. آنتونی. (۲۰۰۰). *روانشناسی سلامت*. ترجمه فرامرز سهرابی، ۱۳۸۴. تهران: انتشارات طلوع دانش.

اورلف. ج. (۲۰۰۴). *ظرفیت مثبت*. ترجمه قهرمانی، مقدم. تهران انتشارات: امیرکبیر.

ابوالقاسمی، فرزاد. (۱۳۸۲). استانداردها و اعتبارسنجی مقیاس‌های مثبت و منفی تأثیرگذار بر سلامت و سلامت در دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

دولتی شاهی، بهروز؛ محمدزاده، اصغر؛ محمدخانی، پروانه. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان خاطره پردازي انسجامی بر علائم افسردگی در سالمندان. مجله پیری، ۶ (۱۹)، ۲۳ الی ۲۸.

حمیدی زاده، سعید؛ احمدی، فضل اله؛ اصلانی، یوسف؛ اعتمادی فر، شهرام؛ صالحی، کمال؛ کرد یزدی، رحمت اله. (۱۳۸۷). بررسی تاثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، ۱۶ (۱)، ۸۱-۸۶.

نجمه، حمید؛ وطن شاه، محمد؛ و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی بر شادی و حیاتی مردان سالمند؛ مجله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۲۴ (۱۰)، ۸۸-۹۶.

- Bostic, J. H. (2003). Constructive thinking, mental health and physical health (Doctoral dissertation, Dissertation). Missouri, United States: Saint Louis University).
- Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol* 1995; 22 (2 Suppl 3):73-81.
- Diner, E., & Seligman, M.E.P. (2002). Very happy psychological science, (13), 81-84.
- Frisch, M. B. (2006). Quality of Life Therapy, Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey: Wiley.
- Garfin & Herzook. (1995). Human development: a life-span approach, Rise, filippe; translated by mahshid froghan, 1388.
- Good GA. (2008). Life satisfaction and quality of life of older New Zealanders with and without impaired vision: a descriptive, comparative study. *Europe J Ageing*, (5):223-31.
- Geson AIB. (2008). Life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80 +years old s. (Dissertation). Sweden: university of Gothenburg, P.134-45.
- Gasemi, A., Abedi, A., & Baghban, A. (2009). Effectiveness of group learning of Esnaider theory of hope. *Knowledge research in applied psychology*, Islamic Azad University of Esfahan, 41, 17-40.
- Hinkins SJ. (2004). Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an in patient population. (Dissertation). United States: university of Mississippi.
- Hankins, S.J. (2004). Measuring the efficacy of the Snyder hope therapy as an intervention with an in patient population Adissertati perseted for the doctorat of philosophy, the university of Mississippi

- Ingeborg, BA. (2008). life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80+ Years old s. (Dissertation). Sweden: university of Gothenburg, P. 345 – 56.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., & Nelson, N. (2004). The Relationships Between Hope and Outcomes at the Pretreatment, Beginning, and Later Phases of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(4), 419.
- Ingeborg; BA. (2008). Life satisfaction in later life: Markers and predictors of level and change among 80+ year olds. (Dissertation). Sweden: university of Gothenburg, p.345 – 56.
- McNair, D; Loo, M. & Dopplesan, L. (1971). Manual for the profile of Mood staes. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service, (21): 54 – 60.
- Morovan, M; Gagen, M & Rosman, H. (2007). Helpful self control: autonomy support, vitality, and depletion. *Journal of experimental psychology.VOL. (44), N (3), pp: 73-83.*
- Moreira A. (2006). Religiousness and Mental Health: a review, Center for the Study of Religious and Spiritual Problems (NEPER), Department of Psychiatry, Universidad de São Paulo (USP), São Paulo (SP). Brazil, (6):131-9.
- Nix, G.A; Ryan, R.M, Manly, J.B; & Deci, E.L. (1999). Revitalization through self- regulation: the effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of experimental social psychology, (35): 266-284.*
- Poorebrahim, T., & Rassoli, R. (2008). Effectiveness of logo therapy on reducing depression and promote a sense of life in elderly women living in nursing homes. *J applied Psychol, 4, 673-82.*
- Rahimi, GH. (2009). World Health Organisation, (WHO); *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, year 5(1) spring and summer.*
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality, 65*(3), 529-565.
- Raab KA. Fostering hope in a psychiatric hospital. *Royal Ottawa; 2007.P.231-42.*
- Rodrigue, JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL MR, Ehlers SL. (2005). A randomizedevalu Good GA. Life satisfaction and quality of life ofolder New Zealanders with and without impairedvision: a descriptive, comparative study. *Europe J. Ageing 2008; (5): 223–31.*ation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *Am J. Transplant, 5*(10):2425–32.
- Rayan, R.M; & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: subjective vitality as dynamic reflection of well-being. *Journal of personality, 11, (3): 65-74.*
- Rayan & Decy, (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier(Ed). *Nebraska symposium on motivation: VOL. 38. Perspectives on motivation (pp.237-288).* Lincoln:university of Nebraska press.

- Riyahi, MA. Aliverdynia A, Baniasadi MR. (2009). Evaluation of effectiveness of religious on mental health of student of Mazandaran University. *J Social Sciences Faculty of Letters and Humanities Ferdowsi University of Mashhad*, (5): 51-90.
- Stewart AL, Mills KM, King AC, Haskell WL, Gillis D, Ritter PL; (2001). champs physical activity questionnaire for older adults: outcomes for interventions. *Med SCI sports exerc*. 33 (7): 1126 – 410.
- Sherwin, E. D., Elliott, T. R., Rybarczyk, B. D., Frank, R. G., Hanson, S., & Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of caregiving: Hope, burnout and nursing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(2), 129-139
- Seligman M.E, Steen TA, Park N, Peterson C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of intervention. *Am psychol*, 60 (5): 410 – 21.
- Sin,N; Lyubmirsky, s.(2009). Enhancing well-Being and Alleviating Depressive Symptoms with positive psychology interventions: *Journal of clinical psychology*, (65): 467 – 487.
- Taghizadeh, (1385). The relationship between job satisfaction among faculty members of happiness and vitality, Isfahan university , Master's Thesis university of Isfahan.
- WHO-QOL group. (2006). what is quality of life? World health organization, 17,354-356.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C.D. (1992). The mos 36 – item – from health survey (sf-36). I Conceptual Framework and item Selection, *Med Care*, 30(6), pp: 473-483.
- Westaway MS, Steve AE. Olorunju AS, Lee- chayne J. (2007). Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Original Investigation*, (16):1425-38.
- Yeung, Gty; Fung HH. (2007). Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? *Eur J Ageing*, (4)219-27.
- Zahmatkeshan, N., Akaberian, S., Yazdanpanah, S., Khoramroodi, R., Gharibi, T., & Jamand, T. (2012). Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr, s elders–1387-8. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 2(1), 53-58.