

Impacts of a Positive Integrated Treatment Program (PITP) on Psychological Well-being of the Elderly Individuals

Shahbazkhan, M., Tajeri, *B., Pashang, S., Kakavand, A.

Abstract

Introduction: Given the accelerating global aging of the population in the world, paying attention to the health issues and its close relationship to life expectancy seems necessary. The aim of this study was to study the impacts of a *positive integrated treatment program* (PITP) on psychological well-being in the elderly individuals.

Method: A semi-experimental research with randomized controlled trial design was administered. Among all people above 60 years old in one of the Tehran regions a sample consisting 40 elderly people was selected on a randomly available sampling basis. All of these people were satisfied to participate in this study and had the inclusion/exclusion criteria to enter the research. This 40 people were randomly divided into experimental and control groups, and each group consisted of 20 people. The measurement tool in this study was Ryff's Psychological Well-being Questionnaire, short form. Subjects in the experimental group underwent 8 sessions (100 minutes) of integrated educational program intervention, whereas the control group received no intervention. To analyze data, mean, standard deviation, and the analysis of covariance used by a SPSS software.

Results: The results of this study showed that the integrated educational program could create significant effect on psychological well-being in the elderly of Tehran and this intervention can increase the average of psychological well-being in the elderly people.

Conclusion: It could be concluded that using integrated educational program in elderly, we can increase the elderly's function in the society and they will have a better psychological well-being.

Keywords: Integrated educational program, Psychological well-being, Elderly.

اثربخشی برنامه‌ی درمان تلفیقی مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی سالمندان

منیژه شهبازخان^۱، بیوک تاجری^۲، سارا پاشنگ^۳، علیرضا کاکاوند^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۵

چکیده

مقدمه: با روند شتابان سالمند شدن جهانی جمعیت، توجه به موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش عمر ضروری به نظر می‌رسد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه درمان تلفیقی مثبت‌نگر در بهزیستی روانشناختی سالمندان ایران است.

روش: پژوهش حاضر پژوهشی کمی‌نگر و نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل انجام پذیرفت. جامعه آماری این پژوهش تمامی افراد بالای ۶۰ سال مراجع‌کننده به یکی از سراهای محله در شهر تهران بودند. حدود ۴۰ نفر از این جامعه که واجد ملاک‌های ورود بودند، به صورت در دسترس در سرای محله واقع در خیابان شیخ‌هادی انتخاب شده و به طور مساوی و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل، گمارده شدند. در این پژوهش از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه استفاده شد. افراد در گروه آزمایش در هشت جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای، آموزش مبتنی بر یکپارچه‌نگری را دریافت نموده و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آموزش مبتنی بر یکپارچه‌نگری بر ارتقای بهزیستی روانشناختی در سالمندان تأثیر معناداری ($P < 0/001$) داشته و میزان نمره بهزیستی روانشناختی در آنها را به طور معناداری افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که درمان تلفیقی مثبت‌نگر به سالمندان سبب افزایش بازدهی در جامعه و ارتقاء بهزیستی آنها می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان تلفیقی مثبت‌نگر، بهزیستی روانشناختی، سالمندان.

مقدمه

سالمندی، پدیده‌ای جهانی است که به نظر می‌رسد در آینده‌ی نزدیک به‌عنوان یکی از مهمترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد. پیری‌شناسان می‌گویند، سالمند کسی است که به دلیل کاهش توانایی و قدرت کار، برای برآوردن نیازهای حیاتی خود به توجه دیگران نیاز دارد (۱). فرآیند سالمندی^۱ را می‌توان مجموعه‌ای از تغییرات نامطلوب ساختاری و عملکردی نامید که به ویژه با افزایش سن به صورت فزاینده‌ای روی هم انباشته می‌شوند. این تغییرات نامطلوب، مانع اجرای مهارت‌های حرکتی شده و سازگاری فرد را با محیط کاهش می‌دهند و این تغییرات همچنین سبب شروع دگرگونی در وضعیت اجتماعی و روانی سالمند می‌شوند (۲). با عنایت به چنین روندی یکی از دغدغه‌های پژوهش‌های اخیر دستیابی به راه‌کارهای برای تغییر ماهیت نامطلوب سالمندی به سوی سالمندی موفق است (۳). بر همین مبنا در سال‌های اخیر علاقه فزاینده‌ای به مطالعه بهزیستی روانشناختی مبزول شده است. مطالعه در این زمینه به ویژه برای افراد مسن می‌تواند، بسیار حائز اهمیت باشد زیرا در این سنین مواجهه با شرایط دشوار احتمال بیشتری دارد (۴). بر این اساس یکی از مهمترین عواملی که منجر به تغییر ماهیت منفی سالمندی شده و به ما در فهم بهتر توانایی‌های سالمندی یاری می‌رساند بهزیستی روانشناختی^۲ است. مفهوم بهزیستی روانشناختی، که در اصل حالت مثبتی از رفاه جسمانی، روانشناختی و اجتماعی است، نوعی رضایت‌مندی و خرسندی از کیفیت زندگی در افراد محسوب می‌شود (۵).

ریف با مرور پیشینه پژوهشی در این زمینه و با الهام از روانشناسان انسان‌گرا و با نگاه تحولی به مفاهیم خودشکوفایی مازلو، پختگی آلپورت، تعالی یونگ به معرفی بهزیستی روانشناختی پرداخته است. از نظر وی بهزیستی روانشناختی تلاش برای شکوفا کردن قابلیت‌های وجودی انسان است (۶). در اصل ریف خاطر نشان می‌کند که شادی صرفاً با تجربه احساسات مثبت همراه نیست، بلکه بیشتر با روابط مثبت و هدف و معنا در زندگی در ارتباط است. از این منظر، مفهوم بهزیستی به معنای عملکرد خوب در زندگی

است (۷). ریف مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی را شامل ابعاد پذیرش خود، هدف‌مندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری می‌داند. با توجه به مؤلفه‌های فوق یکی از مداخله‌های روانشناختی در چند سال اخیر که در ارتقای بهزیستی روانشناختی افراد سهم بسزایی داشته، مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر است (۸).

پژوهش‌های متعددی تأثیر مداخله‌های مثبت‌نگر را در بهبود مشکلات مختلف روانشناختی مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند. یافته‌های فراتحلیل بولیر و همکاران (۹) نیز که به بررسی نتایج چهل‌ویک پژوهش در این زمینه پرداخته است، نشان می‌دهد مداخله‌های مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (۹). در مقابل یکی از دلایل مهم انزوا و ناامیدی در سالمندان افسرده، بیش بها دادن و تقویت افکار منفی است. بدین مفهوم که وقتی اندیشه‌های منفی در سر داریم آنها را خواسته یا ناخواسته، هر روز پیوسته بارها و بارها تکرار می‌کنیم، در نتیجه افکار منفی قوی‌تر می‌شوند و مشغولیت ذهنی بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند، به طوری که در نهایت بخش عمده‌ی تولید فکر را تحت نظارت خود می‌گیرند و به مجموعه افکارمان ماهیت منفی می‌دهند. بر اساس این مضامین، لیوبومرسکی و لایوس (۱۰) معتقدند که مداخله‌های مثبت‌گرا به واسطه‌ی افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد از جمله خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط می‌تواند منجر به کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و "احساس بهزیستی روانشناختی" در افراد شود (۱۰).

از منظر روانشناسی مثبت‌نگر^۳، درمان تلفیقی مثبت‌نگر در صدد است تا سالمند را به سمتی ببرد که برای تجربه‌ی پیری موفق از توانایی‌هایی چون امید، خوش‌بینی، مهارت، پشتکار، انگیزش درونی و قابلیت روانی خود مدد بگیرد (۱۱). در این برنامه مسئله این نیست که چگونه می‌توانیم ضعف‌های افراد را اصلاح کنیم بلکه این است که چگونه می‌توانیم توانایی‌های افراد را پرورش دهیم و تقویت کنیم. این برنامه در پی آن است که زندگی سالمندان را پُر بارتر و قابلیت‌های آنان را شکوفاتر کند. این رویکرد بر نقاط قوت،

1. elderly process

2. psychological well-being

3. positive psychology

روانشناختی ریف فرم کوتاه (۱۹۸۹) استفاده شد. برنامه درمان تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری) به عنوان متغیر مستقل برای افراد در گروه آزمایش در هشت جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای، اعمال شد و در گروه کنترل متغیر مستقل اعمال نگردید.

آزمودنی‌ها: در این طرح، پژوهشگر برای تشکیل گروه‌ها با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی دو گروه همتای یکدیگر (از نظر سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت اقتصادی، محل زندگی) تشکیل داد و متغیرهای وابسته را برای هر دو گروه، در یک زمان و در شرایط یکسان اندازه‌گیری نمود. جامعه آماری این پژوهش، تمامی افراد بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به منطقه شیخ هادی شهر تهران بودند که از بین جامعه آماری، حدود ۴۰ نفر (با در نظر گرفتن افت آزمودنی) علاقه‌مند به مشارکت در پژوهش که واجد ملاک‌های ورود آزمودنی بوده و در بازه زمانی مهر ۱۳۹۸ تا اسفند ۱۳۹۸ در سرای محله منطقه شیخ هادی حضور داشته باشند، به صورت در دسترس در سرای محله واقع در خیابان شیخ‌هادی انتخاب شدند. سپس توضیحات لازم در مورد اهمیت و نحوه انجام پژوهش برای آنها ارائه شده و برای شرکت در پژوهش، وارد نمونه شدند. این ۴۰ نفر به طور مساوی و به صورت هم‌تاسازی در گروه آزمایش و گروه کنترل، گمارده شدند.

ملاک ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: حداقل سن آزمودنی‌ها ۶۰ سال به بالا باشد، آزمودنی‌ها حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه و مشارکت در جلسات را داشته باشند، توانایی برقراری ارتباط کلامی را داشته باشند، ساکن شهر تهران باشند، فرم رضایت آگاهانه کتبی از سوی آزمودنی جهت شرکت در پژوهش تکمیل شده باشد، آزمودنی‌ها با توجه به نظر پزشک عمومی و روانشناس از سلامت فیزیکی و روانی نسبی برخوردار باشند. خروج آزمودنی‌ها بنا به نظر متخصص نیز در شرایطی محرز می‌شد که یا آزمودنی دچار اختلالات شدید روانی بوده یا به بیماری‌های مزمن جدی و پیشرفته مانند سرطان مبتلا باشد. برای رفع هر گونه ابهام از نتایج بدست آمده احتمالی در این پژوهش، افرادی را که هم‌زمان تحت مداخله‌های روانشناختی یا دوره‌های آموزشی خاص بودند نیز در این پژوهش شرکت

آمادگی‌های بالقوه و شکوفایی این استعدادها تکیه دارد و با این هدف موجب می‌گردد از عواملی که به افراد کمک می‌کند؛ چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی به رشد و بالندگی برسند، شناخت بیشتری پیدا کنیم. تأکید این برنامه‌ی آموزشی بر توانمندی‌ها و ارتقای سطح سلامت و بهزیستی روانشناختی و بالفعل نمودن استعدادهای سالمندان است. در اصل این برنامه، با تکیه بر روانشناسی مثبت‌نگر روی نقاط قوت و احساسات مثبت تمرکز نموده و نه تنها به افراد بینشی می‌دهد تا بتوانند با در نظر گرفتن شرایط به سطح مطلوب رفاه خود برسند، بلکه آنها را قادر می‌سازد تا به این درک برسند که چگونه با بهره‌گیری از امید، حکمت، خوش‌بینی، انعطاف‌پذیری، نوع‌دوستی، مذهب و معنویت در حد توان به بهترین وجه از پس مشکلات زندگی برآیند (۱۲). به دلیل وجود مشکلات عدیده‌ای که بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر نامطلوبی دارند، لزوم مداخله‌های مناسب و بهنگام جهت رفع مشکلات ایشان ضروری به نظر می‌رسد. از آنجا که سلامت جسم و روان در هر فرد سالمی لازم و ملزوم هم هستند؛ سالمندان، هم نیازمند آگاهی یافتن از سوی پزشکان متخصص در زمینه سلامت جسمانی بوده و هم نیازمند اقدامات روان‌درمانی توسط متخصصان سلامت روان جهت سلامت روانی هستند (۱۳). لذا در پژوهش‌های نوین ضرورت تلفیق اقدامات توأم و مناسب، محرز به نظر می‌رسد زیرا سبب می‌شود تا هم تنش ناشی از کاستی‌ها، کمبودها و فشارهای زندگی در سالمندان کاهش یافته و هم میزان سلامت روانی، رضایت و شادکامی در آنها افزایش یابد. استفاده از رویکردهای تلفیقی همواره از جنبه‌های مختلف، تأثیر مثبتی بر سلامت سالمند دارد، بخصوص زمانی که هدف ارتقا و توانمندسازی وی باشد. این‌گونه درمان‌ها که تلفیق چند رویکرد هستند، اثربخشی بیشتری دارند. لذا در پژوهش حاضر، هدف پژوهشگر، بررسی میزان اثربخشی درمان تلفیقی مثبت‌نگر نوین بر بهزیستی روانشناختی در سالمندان است.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نظر نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه است. در این پژوهش از مقیاس بهزیستی

رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدف‌مندی در زندگی ۰/۷۰ و خودمختاری ۰/۸۲ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: فرآیند اجرای مداخله و برنامه مداخله‌ای نیز بدین شرح است. برنامه درمان تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری) ترکیبی از دو راهبرد درمانی زیر است: مدل مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی^۲ (PCI) و برنامه آموزش مثبت‌اندیشی برگرفته از نظریه سلیگمن(۱۱).

در این پژوهش تلاش بر این بود تا محتوای برنامه مداخله‌ای تلفیقی مثبت‌نگر (مشکل از برنامه مثبت‌نگر و سرمایه‌های روانشناختی) به ارتقای میزان بهزیستی روانشناختی افراد سالمند منجر گردد. با توجه به پیشینه پژوهشی(۸،۷) برنامه آموزشی مورد نظر تنظیم شد و پس از بررسی روایی صوری برنامه، توسط چهار تن از اساتید خبره و باتجربه، بر روی یک گروه مطالعه مقدماتی ۴ نفره مورد آزمون قرار گرفت. این متخصصان پس از مطالعه برنامه، روایی برنامه فوق را در مورد این کار به میزان ۸۰ درصد تخمین زدند. برای انجام پژوهش، ابتدا افراد بالای ۶۰ سال انتخاب شدند، به گروه‌های مساوی و هم‌تا تقسیم شدند، در مورد علت و اهمیت پژوهش برای آنان توضیح داده شد، سپس در مرحله پیش‌آزمون تمامی افراد پرسشنامه بهزیستی روانشناختی را تکمیل نمودند، برنامه مداخله‌ای مورد نظر برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در این حین، مداخله‌ای دریافت نکردند. در انتها هر دو گروه، در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف را پر کردند و پس از اتمام پژوهش، برنامه مداخله‌ای برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

همچنین در این پژوهش، کدهای اخلاق حرفه‌ای روانشناسان و مشاوران(۱۵)، مورد توجه قرار گرفته و اجرا شده است. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، مؤلفه‌های زیر در پژوهش رعایت شد: شرکت افراد در این طرح به صورت داوطلبانه بود؛ اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان ارائه شد؛ در ابتدای پژوهش ضمن ارائه توضیحات کافی به تمامی داوطلبین شرکت‌کننده در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابی‌ها، توضیح

داده نشدند. همچنین افرادی که بیش از دو بار در جلسات درمانی حاضر نشدند، از فرآیند پژوهش حذف شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی ابتدا برخی پژوهش‌های مرتبط با موضوع، مورد مطالعه قرار گرفت و سپس داده‌های مورد نیاز پژوهش بررسی گردید. بر این اساس پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر تهیه شد. این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی عمومی بود که عبارتند از: نام و نام‌خانوادگی، آدرس و شماره تماس، جنسیت (زن / مرد)، سن، وضعیت تأهل (متاهل / مجرد)، تحصیلات (زیردیپلم / دیپلم / فوق‌دیپلم / لیسانس / فوق‌لیسانس و بالاتر)، میزان درآمد (زیر یک میلیون تومان / بین یک الی یک و نیم میلیون تومان / بین یک و نیم الی دو میلیون و بیش از دو میلیون).

۲. مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه^۱ (RSPWB-SF): این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسشنامه برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال و شامل ۱۸ سؤال است. مقیاس ریف شامل شش عامل: خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی و پذیرش خود است. مجموع نمرات این شش عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. این آزمون در یک پیوستار شش درجه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. از بین کل سؤالات، چهار سؤال به طور مستقیم و چهار سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در آغاز روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا شد و ضریب هم‌هنگی بین مقیاس‌ها بین (۰/۸۶ و ۰/۹۳) و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه‌ی ۱۱۷ نفری بین (۰/۸۱ تا ۰/۸۶) به دست آمد. در ایران بیانی، کوچکی و بیانی(۱۴) پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند. همسانی درونی این مقیاس با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ، سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷،

1. Ryff's Scale of Psychological Well-Being Short Form

2. Psychological Capital Intervention

داده شد؛ احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان؛ امکان انصراف شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از پژوهش؛ اجرای جلسات آموزشی برای گروه کنترل بعد از پایان پژوهش از جمله مؤلفه‌های دیگری بودند که در ملاحظات اخلاقی رعایت شدند.

جدول (۱) شرح جلسات برنامه‌ی درمان تلفیقی مثبت‌نگر برای بهزیستی روانشناختی سالمندان

جلسه	هدف	محتوی
۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، پیش‌آزمون	در این جلسه پژوهشگر ابتدا خودش را معرفی می‌نماید و درباره‌ی اهداف و برنامه‌ی خود در این جلسه صحبت می‌کند. سپس از اعضا درخواست می‌نماید که داوطلبانه یکی یکی خودشان را معرفی کنند و درباره‌ی خودشان و هدفشان از شرکت در این جلسات گفتگو کنند و به سؤالات اعضای دیگر گروه درباره‌ی خودشان پاسخ دهند.
۲	بررسی نیازها و مشکلات سالمندان، عوامل مؤثر بر سالمندی موفق	از اعضا درخواست می‌شود درباره‌ی مشکلات خود به عنوان یک سالمند صحبت کنند و بگویند در این سن چه نیازها و خواسته‌هایی دارند. به افراد گروه اجازه داده می‌شود با یکدیگر همدلی کنند و احساسات خود را با هم تقسیم کنند. زیرا سالمندان بیشتر از افراد جوان‌تر نیاز دارند از سوی دیگران درک شوند و مورد توجه قرار گیرند.
۳	بازسازی شناختی، بررسی رابطه‌ی درماندگی آموخته شده با مؤلفه‌های مثبت سلامت	در این مرحله بهترین تمرین آن است که از هر شرکت‌کننده‌ای که تکلیف جلسه قبل خود را می‌خواند، پرسش شود "در رابطه با مشکلاتی که اظهار می‌نمایید چه افکاری به ذهنش خطور می‌کند؟" به این تربیت هر شرکت‌کننده با موانع و افکار منفی خودش در رابطه با مشکلاتش روبرو می‌شود. سپس پژوهشگر از او می‌پرسد: "به نظر شما جنبه‌ی مثبت این فکر منفی چگونه می‌تواند باشد؟" و در ادامه از او می‌خواهد آن جمله مثبت را در گروه تکرار کند و با دوستانش درباره‌ی این نحوه تفکر بحث کند.
۴	مثبت‌نگری، برنامه و هدف برای ارتقای سلامت	از سالمندان درخواست می‌شود هر یک تجربیات مثبت هفته‌ی گذشته را شرح دهند و سپس از نظر آنها درباره‌ی نحوه‌ی سازگاری با آن مسئله پرسش می‌شود. سپس به بحث درباره‌ی تأثیرات مثبت‌اندیشی بر سلامت و حتی درمان پرداخته می‌شود.
۵	افکار و خودگویی‌های مثبت درباره‌ی خود و دیگران، تثبیت اهداف و برنامه	پژوهشگر از هر شرکت‌کننده درخواست می‌نماید درباره‌ی افکار مثبت خود در خصوص خویشتن، حفظ سلامتی و همین‌طور اطرافیان صحبت نماید. سپس از او می‌پرسد چه نمره‌ای به اعتماد به نفسش داده است؟ پژوهشگر درباره‌ی صفات مثبت و منفی سالمند و اطرافیان و درصد خودگویی‌های مثبت یا منفی درباره‌ی خودش و دیگران نیز سؤال می‌نماید. در ادامه این پرسش‌ها، پژوهشگر بیشتر درباره‌ی اعتمادبه‌نفس صحبت می‌کند.
۶	بازخوردهای مثبت، برخورد با چالش‌ها	پژوهشگر دو سؤال از هر شرکت‌کننده می‌پرسد: در هفته گذشته از سوی دیگران چه بازخوردهایی شما را خوشحال کرده و چه عکس‌العمل‌هایی شما را ناراحت کرده است؟ دوست داشتید با شما چگونه برخورد می‌کردند؟ زمانی که هر یک از سالمندان درباره‌ی نحوه‌ی رفتار فرزندان و آشنایان با خودشان توضیح می‌دهند، پژوهشگر از آنها می‌پرسد، شما چه بازخوردهایی به دیگران می‌دهید؟ این نحوه‌ی برخورد سبب می‌شود شرکت‌کنندگان در روابط خود تعمق نموده و به همین شیوه برای دریافت بازخوردهای مثبت، رفتارشان را اصلاح نمایند.
۷	بیان نقاط قوت خود، راهبردهای مقابله‌ای	از هر شرکت‌کننده پرسیده می‌شود که چه احساساتی در مورد پیری خودش دارد؟ آیا از سالخوردگی احساس رضایت می‌کند؟ آیا سالمندی می‌توانست بهتر از این باشد؟ و در ادامه پرسیده می‌شود در مقایسه با افراد سالمند دیگر، چه نقاط مثبتی را در پیری خودش می‌بیند؟ پژوهشگر به دقت به پاسخ‌های سالمندان درباره‌ی خودشان گوش می‌دهد و به آنها بازخوردهای مثبت می‌دهد. از همه شرکت‌کنندگان درخواست می‌نماید در این دوره‌ی زندگی، به نقاط مثبت یکدیگر بازخوردهای مثبت بدهند.
۸	مرور جلسات، پس‌آزمون	هر شرکت‌کننده نام‌های خود درباره‌ی تجربه‌ی جلسات قبلی را برای اعضا می‌خواند و از دیگران بازخورد دریافت می‌کند. پژوهشگر از هر شرکت‌کننده درخواست می‌نماید که درباره‌ی تغییراتی که تصور می‌کند در او ایجاد شده صحبت کند و بگوید تا چه حد احساس رضایت می‌کند و اگر تغییری در او ایجاد نشده یا کم بوده است دلیل آن را ذکر کند. سپس پژوهشگر به جمع‌بندی از کل مواردی که در جلسات پیشین که به آنها اشاره شد، می‌پردازد.

یافته‌ها

در این بخش به منظور توصیف ویژگی‌های نمونه، ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار داده شده، سپس داده‌های جمع‌آوری شده را با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، خلاصه و طبقه‌بندی نموده، سپس به آمارهای توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار مربوط به متغیرهای تحقیق پرداخته آنگاه با استفاده از شاخص‌های آمار استنباطی به تأیید یا رد فرضیات می‌پردازیم، در بخش آمار استنباطی، پس از بررسی پیش فرض‌ها از آمار پارامتریک و آزمون‌های تحلیل کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. اطلاعات جمعیت‌شناختی در ارتباط با سن به این صورت بود که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۶۵ سال و ۸ ماه بوده است، کمترین سن ۶۰ سال و ۵ ماه و بالاترین سن

۷۱ سال و ۱۱ ماه بوده است. از نظر تحصیلات، ۱۰ نفر تحصیلات زیر دیپلم؛ ۱۹ نفر تحصیلات دیپلم، ۷ نفر تحصیلات لیسانس، ۴ نفر تحصیلات فوق لیسانس بودند. در این پژوهش از نظر جنسیت صرفاً زنان شرکت کردند. در جدول ۲، اطلاعات و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در ارتباط با نمونه پژوهش در متغیر بهزیستی روانشناختی و خرده‌مقیاس‌های آن به چشم می‌آید. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های استقلال، تسلط به محیط، ارتباط مثبت، هدف‌مندی، پذیرش خود، رشد شخصی، نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری پایین‌تر از پیش‌آزمون است و بین میزان نمرات در مراحل مختلف آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
استقلال	پیش‌آزمون	۸/۱۱	۳/۲۵	۸/۸۸	۲/۸۹
	پس‌آزمون	۱۱/۴۷	۳/۵۵	۸/۸۲	۲/۶۹
	پیگیری	۱۱/۵۸	۳/۴۴	۱۱/۹۹	۲/۳۹
تسلط به محیط	پیش‌آزمون	۸/۷۶	۴/۰۰	۸/۷۶	۲/۸۸
	پس‌آزمون	۱۱/۴۷	۳/۷۴	۸/۵۲	۲/۹۶
	پیگیری	۱۱/۸۲	۳/۳۳	۸/۸۲	۲/۹۶
ارتباط مثبت	پیش‌آزمون	۹/۱۱	۳/۵۸	۹/۴۷	۳/۰۴
	پس‌آزمون	۱۲/۲۳	۳/۷۳	۹/۲۹	۲/۷۳
	پیگیری	۱۲/۵۲	۳/۳۳	۹/۵۸	۲/۳۷
هدف‌مندی	پیش‌آزمون	۸/۳۵	۳/۳۱	۸/۷۰	۲/۹۷
	پس‌آزمون	۱۰/۷۰	۳/۱۱	۸/۸۸	۲/۹۱
	پیگیری	۱۱/۱۱	۲/۸۰	۹/۱۷	۲/۷۶
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۸/۴۷	۳/۷۱	۸/۵۸	۲/۹۵
	پس‌آزمون	۱۰/۹۴	۳/۴۹	۸/۴۷	۳/۰۰
	پیگیری	۱۱/۴۱	۳/۰۸	۸/۷۰	۳/۰۱
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۸/۸۲	۳/۲۲	۹/۱۱	۲/۷۳
	پس‌آزمون	۱۱/۹۴	۳/۳۲	۸/۸۸	۲/۵۲
	پیگیری	۱۲/۰۵	۳/۱۵	۹/۲۳	۲/۴۱
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۵۱/۶۴	۲۰/۴۵	۵۳/۴۱	۱۶/۴۶
	پس‌آزمون	۶۸/۷۶	۲۰/۳۱	۵۳/۰۰	۱۵/۶۸
	پیگیری	۶۹/۲۳	۲۰/۴۱	۵۳/۸۲	۱۵/۷۹

است. در ادامه در جدل ۳، از آزمون شاپیرو ویلکز به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شده است.

البته بین میزان کاهش نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد که در قسمت یافته‌های آمار استنباطی، معناداری آنها مورد بررسی قرار گرفته

همچنین با تأکید بر آزمون لوین، سطح معنی‌داری خطای آزمون برابری واریانس‌ها در متغیر بهزیستی روانشناختی ($p > 0/05$) نشان می‌دهد که واریانس‌ها برابر هستند، در نتیجه مفروضه‌های تحلیل واریانس برقرار هستند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدارهای سطح معنی‌داری در آزمون مورد نظر از ۰/۰۵ بزرگتر است. می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات به صورت نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تحلیل فرضیه‌ها استفاده نمود.

جدول ۳) آزمون شاپیرو برای بررسی متغیر بهزیستی روانشناختی

متغیر	مرحله	آزمایش		کنترل	
		آماره شاپیرو	معنی‌داری	آماره شاپیرو	معنی‌داری
استقلال	پیش‌آزمون	۰/۹۱۷	۰/۱۳۲	۰/۸۹۶	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	۰/۸۸۶	۰/۰۴۰	۰/۹۲۳	۰/۱۶۶
	پیگیری	۰/۸۸۶	۰/۰۴۰	۰/۸۶۰	۰/۰۱۵
تسلط به محیط	پیش‌آزمون	۰/۹۱۷	۰/۱۳۰	۰/۸۷۷	۰/۰۲۹
	پس‌آزمون	۰/۸۸۸	۰/۰۴۳	۰/۹۱۱	۰/۱۰۴
	پیگیری	۰/۹۱۹	۰/۱۴۱	۰/۹۱۶	۰/۱۲۷
ارتباط مثبت	پیش‌آزمون	۰/۸۲۹	۰/۰۰۵	۰/۸۹۳	۰/۰۵۱
	پس‌آزمون	۰/۹۱۳	۰/۱۱۴	۰/۸۹۳	۰/۰۵۱
	پیگیری	۰/۹۶۴	۰/۷۰۸	۰/۹۰۷	۰/۰۹۱
هدف‌مندی	پیش‌آزمون	۰/۹۰۶	۰/۰۸۴	۰/۹۵۳	۰/۵۰۱
	پس‌آزمون	۰/۹۱۳	۰/۱۱۴	۰/۹۴۷	۰/۴۰۴
	پیگیری	۰/۹۳۴	۰/۲۵۶	۰/۹۴۷	۰/۴۰۴
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۰/۸۸۶	۰/۰۱۹	۰/۹۰۶	۰/۰۸۵
	پس‌آزمون	۰/۹۸۳	۰/۲۹۱	۰/۹۵۸	۰/۵۸۶
	پیگیری	۰/۹۴۳	۰/۳۶۱	۰/۹۵۳	۰/۵۰۳
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۰/۸۵۳	۰/۰۱۲	۰/۹۳۶	۰/۲۷۲
	پس‌آزمون	۰/۸۸۰	۰/۰۳۲	۰/۹۵۴	۰/۵۲۲
	پیگیری	۰/۹۰۷	۰/۰۹۰	۰/۹۶۲	۰/۶۷۱
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۰/۸۶۴	۰/۰۱۸	۰/۹۱۸	۰/۱۳۸
	پس‌آزمون	۰/۸۹۴	۰/۰۵۴	۰/۹۰۸	۰/۰۹۲
	پیگیری	۰/۸۹۵	۰/۰۵۵	۰/۸۸۹	۰/۰۴۵

جدول ۴) نتایج آزمون موشلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

Epsilon			sig	df	χ^2	موشلی W	اثرات درون آزمودنی
Lower-bound	Huynh-Feldt	Greenhouse-Geisser					
۰/۵۰۰	۰/۶۰۷	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱	۲	۴/۰۵۴	۰/۲۷۵	بهزیستی روانشناختی

اپسیلون گرین هاوزس گایسر استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر با عدم برقراری مفروضه کرویت در جدول ۵ ارائه شده است. داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۳)} = ۱۱۷/۰۳۲$ ، $P < 0/01$) و این امر نشان دهنده این

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در نمرات بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، این امر نشان دهنده این است که مفروضه کرویت برقرار نیست. بنابراین باید از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از

است که بین سه مرحله زمانی در نمرات بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

جدول ۵) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات بهزیستی روانشناختی

منبع	اندازه	SS	Df	MS	F	Sig	توان آزمون
بهزیستی روانشناختی	درجه ۱	۱۳۷۷/۰۰۰	۱	۱۳۷۷/۰۰۰	۲۴۴/۶۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴
	درجه ۲	۳۳۶/۴۹۰	۱	۳۳۶/۴۹۰	۱۷۷/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷
بهزیستی روانشناختی * گروه	درجه ۱	۱۲۵۳/۸۸۲	۱	۱۲۵۳/۸۸۲	۲۲۲/۷۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۴
	درجه ۲	۴۵۳/۰۲۰	۱	۴۵۳/۰۲۰	۲۳۸/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
خطا	درجه ۱	۱۸۰/۱۱۸	۳۲	۵/۶۲۹	---	---	---
	درجه ۲	۶۰/۸۲۴	۳۲	۱/۹۰۱	---	---	---

جدول ۶) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات استقلال

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
استقلال	درجه ۱	۰/۷۲۱	۱	۰/۷۲۱	۲/۳۹۰	۰/۱۳۲	۰/۰۷۰
	درجه ۲	۶۹/۴۱۷	۱	۶۹/۴۱۷	۶۹/۰۷۸	۰/۰۰۰	۰/۶۸۳
استقلال * گروه	درجه ۱	۰/۱۳۲	۱	۰/۱۳۲	۰/۴۳۹	۰/۵۱۲	۰/۰۱۴
	درجه ۲	۶۲/۵۹۳	۱	۶۲/۵۹۳	۶۲/۲۸۸	۰/۰۰۰	۰/۶۶۱
خطا	درجه ۱	۹/۶۴۷	۳۲	۰/۳۰۱	---	---	---
	درجه ۲	۳۲/۱۵۷	۳۲	۱/۰۰۵	---	---	---

جدول ۷) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات تسلط به محیط

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
تسلط به محیط	درجه ۱	۴۱/۳۰۹	۱	۴۱/۳۰۹	۴۴/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
	درجه ۲	۴/۷۱۱	۱	۴/۷۱۱	۱۷/۳۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
تسلط به محیط * گروه	درجه ۱	۳۸/۲۵۰	۱	۳۸/۲۵۰	۴۰/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	درجه ۲	۱۱/۷۷۰	۱	۱۱/۷۷۰	۴۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
خطا	درجه ۱	۲۹/۹۴۱	۳۲	۰/۹۳۶	---	---	---
	درجه ۲	۸/۶۸۶	۳۲	۰/۲۷۱	---	---	---

مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند. داده‌های جدول ۸ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات استقلال در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۳)} = ۶۹/۰۷۸$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات استقلال تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

داده‌های جدول ۹ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات تسلط به محیط در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۳)} = ۶۹/۰۷۸$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان

داده‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات استقلال در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۳)} = ۶۹/۰۷۸$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات استقلال تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

داده‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات تسلط به محیط در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۳)} = ۶۹/۰۷۸$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات تسلط به محیط تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه

دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات تسلط به محیط تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه

مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

جدول ۸) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات استقلال

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
استقلال	درجه ۱	۰/۷۲۱	۱	۰/۷۲۱	۲/۳۹۰	۰/۱۳۲	۰/۰۷۰
	درجه ۲	۶۹/۴۱۷	۱	۶۹/۴۱۷	۶۹/۰۷۸	۰/۰۰۰	۰/۶۸۳
استقلال * گروه	درجه ۱	۰/۱۳۲	۱	۰/۱۳۲	۰/۴۳۹	۰/۵۱۲	۰/۰۱۴
	درجه ۲	۶۲/۵۹۳	۱	۶۲/۵۹۳	۶۲/۲۸۸	۰/۰۰۰	۰/۶۶۱
خطا	درجه ۱	۹/۶۴۷	۳۲	۰/۳۰۱	---	---	---
	درجه ۲	۳۲/۱۵۷	۳۲	۱/۰۰۵	---	---	---

جدول ۹) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات تسلط به محیط

منبع	اندازه	SS	Df	MS	F	Sig	توان آزمون
تسلط به محیط	درجه ۱	۴۱/۳۰۹	۱	۴۱/۳۰۹	۴۴/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
	درجه ۲	۴/۷۱۱	۱	۴/۷۱۱	۱۷/۳۵۴	۰/۰۰۱	۳۵۲۰
تسلط به محیط * گروه	درجه ۱	۳۸/۲۵۰	۱	۳۸/۲۵۰	۴۰/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	درجه ۲	۱۱/۷۷۰	۱	۱۱/۷۷۰	۴۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
خطا	درجه ۱	۲۹/۹۴۱	۳۲	۰/۹۳۶	---	---	---
	درجه ۲	۸/۶۸۶	۳۲	۰/۲۷۱	---	---	---

جدول ۱۰) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات ارتباط مثبت

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
ارتباط مثبت	درجه ۱	۵۲/۹۴۱	۱	۵۲/۹۴۱	۴۸/۴۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
	درجه ۲	۷/۸۴۳	۱	۷/۸۴۳	۲۰/۷۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳
ارتباط مثبت * گروه	درجه ۱	۴۶/۱۱۸	۱	۴۶/۱۱۸	۴۲/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹
	درجه ۲	۱۵/۳۷۳	۱	۱۵/۳۷۳	۴/۵۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
خطا	درجه ۱	۳۴/۹۴۱	۳۲	۱/۰۹۲	---	---	---
	درجه ۲	۱۲/۱۱۸	۳۲	۰/۳۷۹	---	---	---

جدول ۱۱) نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات هدفمندی

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
هدفمندی	درجه ۱	۴۴/۴۸۵	۱	۴۴/۴۸۵	۶۰/۱۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
	درجه ۲	۴/۷۱۱	۱	۴/۷۱۱	۱۴/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
هدفمندی * گروه	درجه ۱	۲۲/۳۶۸	۱	۲۲/۳۶۸	۳۰/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
	درجه ۲	۶/۰۰۵	۱	۶/۰۰۵	۱۸/۹۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲
خطا	درجه ۱	۲۳/۶۴۷	۳۲	۰/۷۳۹	---	---	---
	درجه ۲	۱۰/۱۱۸	۳۲	۰/۳۱۶	---	---	---

داده‌های جدول ۱۰ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات ارتباط مثبت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۲)} = ۲۰/۷۱۲$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان

دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات ارتباط مثبت تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه

مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

داده‌های جدول ۱۱ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات هدفمندی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۲)} = ۱۴/۸۹۹$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان

داده‌های جدول ۱۰ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات ارتباط مثبت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۳۲)} = ۲۰/۷۱۲$ ، $P < ۰/۰۱$) و این امر نشان

دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات ارتباط مثبت تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه

مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند. داده‌های جدول ۱۳ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات رشد شخصی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(1,32)} = 29/25$ ، $P < 0/01$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات رشد شخصی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات هدفمندی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند. داده‌های جدول ۱۲ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات پذیرش خود در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(1,32)} = 15/41$ ، $P < 0/01$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات پذیرش خود تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه

جدول ۱۲) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر نمرات پذیرش خود

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
پذیرش خود	درجه ۱	۳۹/۷۶۵	۱	۳۹/۷۶۵	۵۴/۴۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	درجه ۲	۳/۸۴۳	۱	۳/۸۴۳	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۵
پذیرش خود * گروه	درجه ۱	۳۳/۸۸۲	۱	۳۳/۸۸۲	۴۶/۴۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
	درجه ۲	۷/۸۴۳	۱	۷/۸۴۳	۳۱/۴۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
خطا	درجه ۱	۲۳/۳۵۳	۳۲	۰/۷۳۰	---	---	---
	درجه ۲	۷/۹۸۰	۳۲	۰/۲۴۹	---	---	---

جدول ۱۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر نمرات رشد شخصی

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
پذیرش خود	درجه ۱	۴۷/۷۷۹	۱	۴۷/۷۷۹	۷۱/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
	درجه ۲	۸/۲۴۰	۱	۸/۲۴۰	۲۹/۲۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۷
پذیرش خود * گروه	درجه ۱	۴۱/۳۰۹	۱	۴۱/۳۰۹	۶۱/۷۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
	درجه ۲	۱۸/۲۴۰	۱	۱۸/۲۴۰	۶۴/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹
خطا	درجه ۱	۲۱/۴۱۲	۳۲	۰/۶۶۹	---	---	---
	درجه ۲	۹/۰۲۰	۳۲	۰/۲۸۲	---	---	---

می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صیادی سرنی، حجت‌خواه و رشیدی (۸)؛ موحدی و همکاران (۱۶) بولینگ (۱۷)؛ و سیدلسکی (۱۸) همسو است. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که این برنامه‌ی درمانی با پرداختن به حل تعارض‌های مراحل رشدی پیشین، در حال حاضر، به فرد در پذیرش نقاط مثبت و منفی خویش و دستیابی به شخصیتی یکپارچه و سالم کمک می‌کند. این ویژگی سبب می‌شود که بسیاری از افراد مسن با وجود تغییر و تحولات ناخوشایند در زندگی، قادر به انطباق با چنین شرایطی در زندگی بوده در اهداف خود تجدید نظر نمایند و توانایی‌های اجتماعی، روانشناختی و جسمی خود را تعدیل نموده و به سطح بهینه‌ای از بهزیستی دست یابند (۱۹). لذا برنامه‌ی درمانی تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری) به افراد

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بعد از اجرای روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر و مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل، برنامه درمان تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری) در مرحله پس آزمون توانست نمرات بهزیستی روانشناختی را در گروه آزمایش که مورد مداخله قرار گرفته بودند را افزایش دهد (جدول ۵). نتایج فوق نشان می‌دهد برنامه درمان تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری) قادر است که در ارتقای بهزیستی روانشناختی مؤثر باشد. همچنین این وضعیت در تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی (خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) قابل مشاهده

انگیزه بیشتر در زندگی فردی خویش مؤثر بوده و توانایی اداره و تأمین امور زندگی خود را به عهده بگیرند (۲۶). با عنایت به اینکه در دوره سالمندی توانایی سازگاری و پذیرش واقعیت، بیش از هر دوره دیگر در زندگی ضروری بنظر می‌رسد. بر این اساس یکی از ویژگی‌های آموزش‌های تلفیقی مثبت‌نگر تمهید برنامه‌های حمایتی به‌منظور افزایش توانایی سازگاری مناسب سالمند برای روبرو شدن با تغییرات و مشکلاتی است که بر سلامتی فرد اثر مخرب داشته و بهزیستی روانی در سالمندان را تهدید می‌کند (موحدی، ۱۶).

همچنین آموزش‌های تلفیقی مثبت‌نگر به سالمند کمک می‌کند تا با بازیابی خاطرات خوب و یادآوری حوادث اولیه زندگی خویش درک و بینش بیشتری نسبت به خود داشته باشد. این بینش که چگونه گذشته به شکل‌گیری هویت کنونی آنها کمک کرده است، با تغییرات مطلوب عاطفی، رفتاری و شناختی همراه بوده و در تقویت پذیرش خود و رشد شخصی سالمند تأثیر مثبتی دارد. از طرف دیگر، زمانی که این افراد آینده را مجسم می‌کنند، همین دیدگاه امیدوارانه و خوش‌بینانه‌ای به زندگی موجب شادابی و سرزندگی آنها می‌شود. در این حالت کمتر به مرگ می‌اندیشند (۲۷). مطالعات متعدد نیز گزارش کرده‌اند که افزایش بهزیستی روانشناختی و توجه به نکات سازنده در زندگی افراد سبب بهبود و کاهش پریشانی، استرس، افسردگی، اضطراب و نیز آسیب‌پذیری مجدد در شرایط نامناسب می‌شود (۲۸). بر این اساس به باور هرنانز (۲۰۱۸) بهزیستی روانشناختی می‌تواند عامل اصلی تأثیرگذار روانشناختی بر سلامت جسمی بوده و تمرکز مبسوطی برای تحقیقات و مداخلات آینده باشد (۲۹). به نظر می‌رسد آنچه در این برنامه منجر به بهزیستی روانی سالمندان می‌شود، ارزیابی جامع و تلفیقی و راه‌حل مدار در حوزه‌های مختلف زندگی سالمند است. لذا یافته‌های این بررسی می‌تواند مبنای برای پژوهش‌های آینده در زمینه مداخله‌های مؤثر برای جمعیت سالمند کشور به شمار رود.

در پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها نقاط قوت و محدودیت‌هایی وجود داشت. از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به استفاده از یک برنامه درمانی نوین با ادغام نمودن دو برنامه درمانی به‌روز در دنیا اشاره نمود. همچنین این پژوهش در دسته پژوهش‌هایی قرار می‌گیرد که بر

شرکت‌کننده در این گروه کمک کرد موضوعات حل‌نشده‌ی زندگی‌شان را برجسته نموده، جنبه‌های مثبت و منفی آن را بازشناسی کنند و به بازسازی جنبه‌های منفی بپردازند.

پیامد این بازسازی به تسلط بهتر بر محیط و پذیرش خویش در سالمندان منجر شد (۲۰). همچنین با تأکید بر اجرای برنامه‌ی درمانی تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری)، در یک جامعه کوچک، می‌توان اظهار نمود که این برنامه قادر است رفتار اجتماعی را ارتقاء بخشیده و افراد گروه را به برقراری ارتباط مؤثر و بازخورد مطلوب با یکدیگر تشویق کند. بر این اساس این برنامه‌ی درمانی از انزوای سالمندان کاسته، اعتماد به نفس آنها را افزایش داده و باعث ارتقای رفتارهای اجتماعی سالم در آنها می‌شود. این رفتارهای اجتماعی خود منجر به ایجاد روابط مثبت با دیگران می‌شود. علاوه بر موارد ذکر شده در دوران سالمندی، داشتن استقلال و خودمختاری در فعالیت‌های روزانه از مهمترین مسائل در حفظ بهزیستی روانشناختی، محسوب می‌شود (۲۱). بر این مبنا سه درون‌مایه اصلی؛ استقلال که شامل توانمندی جسمی و توانگری مالی و سربار نبودن است در این دوران اهمیت ویژه‌ای برای سالمند دارد (۲۲). در اصل عدم وابستگی به دلیل افزایش توانایی جسمی در این دوران می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی، احساس شادکامی و رضایت از زندگی و در نتیجه ارتقاء بهزیستی و حس ارزشمندی و هدفمندی سالمندان در زندگی شود. همچنین با عنایت به اینکه یکی از اصلی‌ترین حقوق سالمند این است که تصمیم‌گیرنده و تعیین‌کننده زندگی خویش باشد (۲۳)، حفظ چنین استقلالی به سالمندان کمک می‌کند که تا زمانی که قادر به کنترل زندگی خود هستند، توانایی ذهنی و تفکر خود را نیز حفظ کرده و مستقل باقی بمانند (۲۴). از آنجا که استقلال و خودمختاری سالمندان با توجه به ضعف توانایی و سبک زندگی آنها پیوسته کاهش می‌یابد، اگر سالمندان از این تغییرات آگاه باشند، می‌توانند با به‌کارگیری راهبردهای مناسب، توان خود را حفظ نموده و از توانایی‌های‌شان بهتر بهره‌مند شوند (۲۵). برنامه‌ی درمان تلفیقی مثبت‌نگر (مبتنی بر یکپارچه‌نگری) با افزایش میزان پذیرش فرد نسبت به این دوره سنی همچنین افزایش آگاهی و احساس مسئولیت خود سالمند در برابر سلامتی خویش این فرصت را برای آنها فراهم می‌کند که نه تنها مستقل بوده و سربار نباشند بلکه با

توجه به محدودیت این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی نقش متغیرهای چون عوامل خانوادگی، پایگاه اجتماعی و سایر متغیرهای تأثیرگذار در سالمندی موفق نیز مورد بررسی قرار بگیرد زیرا توجه به فرآیند سالمندی موفق تنها برای زندگی بهینه‌ی فردی نیست بلکه ضرورتی، برای رشد اجتماعی و انتقال آن به نسل‌های آینده است.

منابع

1. Rajabi G, Gashtil K, Amanollahi A. The relationship between self-compassion and depression with mediating's thought rumination and worry in female nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2016 Apr; 29(99): 10-21.
2. Candeloro JM, Caromano FA. Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. *Revista brasileira de fisioterapia*. 2007; 11(4): 303-9.
3. Heckhausen J, Wrosch C, Schulz R. A motivational theory of life-span development. *Psychological review*. 2010 Jan; 117(1): 32.
4. Meléndez JC, Satorres E, Redondo R, Escudero J, Pitarque A. Wellbeing, resilience, and coping: Are there differences between healthy older adults, adults with mild cognitive impairment, and adults with Alzheimer-type dementia?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018 Jul 1; 77: 38-43.
5. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995 Oct; 69(4): 719.
6. Mahmoud Alilou M, Bayat A, and Hosseini E. Surveying the psychological well-being components of heart patients referred to Ekbatan hospital of Hamedan, in association with gender, age and education in 2012. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016 Jan 10; 22(139): 35-45.
7. Ranjbar Noushari F, Basharpour S, Hajloo N, Narimani M. The Effect of Positive Psychology Intervention and Integrative Training of Emotional Competencies on Social, Emotional and Psychological Well-Being: A Comparative Study. *Soc Cog*. 2018; 6(2): 21-38.
8. Sayadi SM, Hojatkah SM, Rashidi A. The effectiveness of positive thinking skills on enhancement of psychological well-being and decreased of loneliness in elderly women.
9. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*. 2013 Dec; 13(1): 119.
10. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Current*

قشری از جامعه که به نسبت فراموش شده‌اند تمرکز کرده است. از دیگر نقاط قوت این پژوهش این است که از زمره پژوهش‌های مثبت‌نگر بوده و به منظور ارتقاء سلامت روان و بهزیستی روانشناختی افراد جامعه انجام گرفته است. در کنار نقاط قوت ذکر شده باید به محدودیت‌های این پژوهش نیز اشاره نمود؛ از جمله اینکه به دلیل بالا بودن سن آزمودنی‌ها پاسخ به پرسشنامه برای بسیاری از آنها، وقت‌گیر و از حوصله‌ی آزمودنی‌ها خارج بوده است. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه، به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نکردن وضعیت شرکت‌کنندگان در مقاطع زمانی شش ماه، نه ماه و یکسال پس از مداخله بود. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به محدودیت نمونه پژوهش حاضر که تعمیم یافته‌های پژوهشی را با محدودیت مواجه می‌کند، پژوهشگران بر مبنای نتایج اولیه این پژوهش به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بزرگتر، اقدام نموده و در مطالعات آینده به تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه توجه نمایند؛ چرا که هر فرد از الگوهای متفاوت جنسیت خود تبعیت می‌کند. همچنین با توجه به اثربخشی درمان تلفیقی مثبت‌نگر در افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های بعدی از این روش با تفکیک جنسیت برای بهبود عملکرد سالمندانی که دچار مشکلات عمده به خصوص در حیطه اعتماد به نفس و ناامیدی و خودپنداره منفی و سایر موارد مشابه هستند، استفاده نمایند. از طرفی به نظر می‌رسد یکی از راه‌های رسیدن به سالمندی موفق این است که سالمندان در مکان‌های که با حمایت مالی دولت برپا شده است (سرای محله و فرهنگ‌سرا) می‌توانند تحت آموزش‌های مختلف قرار گرفته و همسو با گروه‌های هم‌سال فعالیت‌های مفیدی انجام دهند. در واقع می‌توان گفت با توجه به رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، به نیازهای این قشر به عنوان گروه آسیب‌پذیر جامعه، در همه ابعاد از جمله در حیطه سلامت جسم و روان، توجه مبسوط نشده است. لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به گسترش این گروه سنی در کشور، پژوهش‌های روانشناختی در این زمینه نیز هدف‌مندتر و گسترده‌تر صورت گیرد. برای دستیابی به این منظور می‌توان از تجربه کشورهای مختلف که در ارائه خدمات متنوع خصوصی، دولتی و عام‌المنفعه ثبات داشته‌اند، الگو گرفت. همچنین با

27. Moradinejad S, Sahbaee F, Nakavand M, Zare M. The Effect of reminiscence therapy on elderly mental health. *Iranian Journal of Ageing*. 2010 Oct 10; 5(3):0-.
28. Sadri Damirchi E, Ghomi M, Esmaeli Ghazi Valoii F. Effectiveness of life review group therapy on psychological well-being and the life expectancy of elderly women. *Iranian Journal of Ageing*. 2017 Dec 10; 12(3): 312-25.
29. Hernandez R, Bassett SM, Boughton SW, Schuette SA, Shiu EW, Moskowitz JT. Psychological well-being and physical health: Associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review*. 2018 Jan; 10(1): 18-29.
- directions in psychological science. 2013 Feb; 22(1): 57-62.
11. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*. 2005 Jul; 60(5): 410.
12. Carr A. *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. Routledge; 2011.
13. Pashang S, Ahadi H. *Elderly psychology*. Tehran: Sarafraz; 2016.
14. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008 Aug 10; 14(2): 146-51.
15. Hosseinian S. *Ethics in counseling psychology*. Tehran: kamale Tarbiat; 2016.
16. Movaheddi Y, Babapoorkeyroodin J, Movahedi M. The effectiveness of group hope therapy on hope and psychological well-being of students. *Sch psyc*. 2014; 3 (1): 116-130.
17. Bowling A. Do older and younger people differ in their reported well-being? A national survey of adults in Britain. *Family practice*. 2011 Apr 1; 28(2): 145-55.
18. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indicators research*. 2014 Jun 1; 117(2): 561-76.
19. Meléndez JC, Satorres E, Cujíño MA, Reyes MF. Big Five and psychological and subjective well-being in Colombian older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2019 May 1; 82: 88-93.
20. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, Norton C. The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of clinical nursing*. 2018 Jan; 27(1-2): 223-34.
21. Morris DL. *An exploration of elders' perceptions of power and well-being (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University)*. 1991.
22. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nursing Standard (through 2013)*. 2011 Jan 12; 25(19): 43.
23. Bayer T, Tadd W, Krajcik S. Dignity: the voice of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2005 Jun 1; 6(1): 22.
24. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age and ageing*. 2004 Mar 1; 33(2): 165-70.
25. Nouri A, Esmaeili R, Torab TA, Amin M. *Dignity in Older People: A Systematic Review of Studies*. 2017.
26. Tabari F, Khaghanizade M, Dehghan-Nayeri N, Najafi-Mehri S. Explain the concept of autonomy in the maintain dignity elderly: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016 Aug 10; 11(3): 17-27.