مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفت زندگی به شیوه گروهی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد شهر اهواز

نجمه حمید[1]، محمد وطن‌خواه[2]، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند[3]

تاریخ دریافت 1392/06/14 تاریخ پذیرش 1392/08/09

چکیده

پیش زمینه و هدف: : پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان انجام شده است.

روش: طرح پژوهش از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بازنشستگان مرد 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 شیوه‌ی گروهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه شادکامی آکسفورد و مقیاس سرزندگی رایان و فردریک بود که شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند. از روش‌های آماری توصیفی و کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل اثربخشی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر شادکامی و سرزندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد($P<۰/۰۰۱$). میزان شادکامی و سرزندگی در گروه آزمایش در پس آزمون به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت‌نگر با رویکرد شناخت -رفتاری شکل گرفته، می‌تواند شادکامی و سرزندگی افراد سالمند را افزایش دهد.

کلید واژه: آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی، شادکامی، سرزندگی، سالمندان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره دهم، ص ۸۱۱-۸۰۰، دی ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۹۱۳۹۶۴۶۹۰۰

Email: vatankhah.mohamad@yahoo.com

مقدمه

در طول سی سال اخیر با اعمال سیاست کنترل موالید و افزایش امید به زندگی، افزایش قابل ملاحظه‌ای در جمعیت سالمندان مشاهده شده است که در این میان بیشترین رشد مربوط به سنین ۸۵ سال و بالاتر می‌باشد. تا سال ۲۰۰۰ نزدیک به ۳۵۵ میلیون سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کردند. در این سال نزدیک به ۱۳ درصد از افراد را بالای ۶۵ سال تشکیل می‌داده‌اند و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰ درصد برسد (۱). این میزان رشد به طور واضح سریع‌تر از سایر گروه‌های سنی بوده و پیش‌بینی می‌گردد که در آینده بر این سرعت افزوده شود (۲). 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 صاحب‌نظران 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.

[1] دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

[2] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران(نویسنده مسئول)

[3] استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

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. اگرچه تعریف دقیق کیفیت زندگی مشکل است ولی یک مفهوم گسترده برای اغلب مردم دارد که شامل رضایت از زندگی در همه زمینه‌ها مانند وضعیت سلامتی، اشتغال، مسکن و آموزش می‌باشد (۳). مفهوم کلی و عمومی کیفیت زندگی به معنی" میزان برتری و امتیاز در زندگی در ارتباط با برخی معیارهای مقایسه‌ایی که اکثر مردم در یک جامعه خاص آن را مطرح می‌کنند" است (۴). کیفیت زندگی به طور مشخص یا ضمنی با کمیت زندگی (سال‌های عمر) در تضاد است، و ممکن است که رضایت بخش، خوشایند و بدون مزیت باشد (۴). 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. نظریه کیفیت زندگی و اندازه‌گیری در رشته پیری شناسی در دهه ۱۹۶۰ به عنوان بخشی از تلاش‌ها در تعریف و پروراندن سالمندی موفقیت آمیز آغاز شد (۵، ۶). کیفیت زندگی در پیری‌شناسی از دیدگاه‌های نظری مختلف، در وهله اول عبارتست از رضایتمندی از زندگی که نتیجه اولیه سالمندی موفق است. مفهوم رضایت از زندگی یا شادکامی که معمولاً بجای یکدیگر بکار می‌روند (۷، ۸)؛ به معنی درجه‌ایی از قضاوت فرد است درباره کیفیت زندگی خود به عنوان امری مطلوب یا نامطلوب (۸). بررسی مطالعات انجام شده درباره ارتباط کیفیت زندگی و شادکامی نشان می‌دهد که مفهوم شادکامی با کیفیت زندگی به خصوص کیفیت محیط زندگی، شرایط اقتصادی، آزادی و صمیمیت رابطه دارد. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که میان شادکامی و کیفیت عملکرد رابطه وجود دارد (۸). 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 به سر می‌برند، مانند افراد خودشکوفا و افراد رشد یافته از لحاظ روانی – اجتماعی. به طور کلی شادکامی به عنوان پیش بینی کننده وضعیت سلامتی و طول عمر محسوب می‌شود (۹). 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 (۱۰). با توجه به یافته‌هایی که نشان می‌دهد میزان شادکامی و رضایت از زندگی با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد- برای نمونه چنان[1]، (۱۱)، یانگ[2] و فانگ[3] (۱۲)، وستوی[4] و همکاران (۱۳)؛ گود[5] (۱۴)؛ گزون[6] (۱۵)، اینگبرگ[7] (۱۶)- و تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای بهبود وضعیت سلامت روانی افراد سالمند در خارج از ایران _ برای نمونه هینکز[8] (۱۷)؛ آیرونگ[9]و همکاران، (۱۸)؛ شروین[10] و همکاران، (۱۹)؛ رآب[11] (۲۰)- و همچنین در داخل ایران صورت گرفته_ برای نمونه قاسمی، عابدی و باغبان (۲۱)، پورابراهیم و رسولی (۲۲) در این پژوهش سعی در به‌کارگیری روش آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی[12] در بهبود شادکامی و سرزندگی افراد سالمند شده است. به طور مثال قاسمی، عابدی و باغبان(۱۳۸۷) به بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر شادکامی ۳۰ نفر از ۱۳۵ نفر سالمند ساکن آسایشگاه صادقیه اصفهان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر منجر به افزایش شادکامی سالمندان می‌شود (P<۰/۰۰۱). همچنین در پژوهش دیگری که توسط پورابراهیم و رسولی(۱۳۸۷) انجام شد و در آن به بررسی اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه انجام شد نتایج نشانگر آن بود که به رغم معنی‌دار نبودن تفاوت نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و کنترل نمرات معنای زندگی این دو گروه بعد از مداخله معنادرمانی گروهی تفاوت معنی‌داری نشان داد.

آموزش مهارت‌های 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 (C) ۲- نگرش‌ها (A) ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم(S) ۴- ارزش‌ها (I) ۵- رضایت کلی از زندگی(O) می‌باشد. در این مدل، روانشناسی مثبت و روانشناس سلامت با رویکردهای شناختی ترکیب شده است(۱۰). بهبود کیفیت زندگی یکی از رویکردهای مختلف در روانشناسی مثبت‌نگر است که نسبت به افزایش شادمانی و کیفیت زندگی انسانی طرفدار

1 Chaonan
2 Yeung
3 Fung
4 Westaway
5 Good
6 Geson
7 Ingeborg
8 Hankins
9 Irving
10 Sherwin
11 Raab
12 Quality Of Life Therapy, (QOLT)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

رویکرد رضایت‌مندی از زندگی است. در این رویکرد به مراجعین نظریه اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که در تشخیص، تفحص و تحقق یافتن مهم‌ترین اهداف، نیازها و خواسته‌های ارزشمند زندگی‌شان کمک کننده است (۲۳).رودریگو[1] و همکاران در پژوهشی با عنوان «مداخله‌ای روان شناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناراحتی روانی در بزرگسالان منتظر پیوند کلیه» ۶۲ نفر بیمار در لیست انتظار پیوند کلیه را به سه گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT)، درمان حمایتی (ST) و مراقبت‌های معمولی[2] (SC) تقسیم کرد. نتایج، بیانگر آن بود که افراد گروه QOLT نمرات بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و صمیمیت اجتماعی، نسبت به دو گروه ST و SC به دست آوردند(۲۴). درباره پژوهش‌های انجام شده در ایران می‌توان به پژوهشی که قاسمی (۱۳۸۸)، تحت عنوان «بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روانی افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره» اشاره کرد که نتایج نشان داد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان سلامت روانی آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله (پس آزمون و پیگیری)، افزایش داده است(۲۵). همچنین در پژوهش دیگری که توسط پاداش (۱۳۸۹)، انجام شد به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر اصفهان پرداخته شد. نتایج این پژوهش نیز نشانگر اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی می‌باشد(۲۶). از دیگر عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد اثر گذار باشد مفهوم سرزندگی است (۲۷،۲۸). سرزندگی به معنای نوعی تجربه خاص روان‌شناختی است که در این تجربه، افراد در خود حس شور زندگی و روحیه می‌کنند. ریشه و منشأ اصطلاح سرزندگی به خود مفهوم زندگی برمی‌گردد و بر همین اساس، تحت عنوان یک نیروی حیات بخش با پایه و اساس حیات تعریف می‌شود (۲۹). تحقیقات سنجش‌گران روانی در دو زمینه‌ی خلق و بهزیستی[3]، 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 است. برای مثال مک نایر[4]، لار[5] و داپلمن[6] 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(۲۷).

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین و از آنجا که 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 (۲۳) 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 شادکامی و سرزندگی افراد سالمند در مقایسه با سایر درمان‌های سنتی مطلوب‌تر باشد. به علاوه با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در ایران هیچ‌گونه پژوهشی در حیطه اثر بخشی رویکرد آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی و به طور کلی هیجانات مثبت بر جامعه سالمندان انجام نشده است.بنابراین این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی و سرزندگی افراد سالمند انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر،از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. متغیر مستقل، آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی (QOLT) بود که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش را کلیه بازنشستگان مرد کانون بازنشستگان شهرستان اهواز در سال ۹۱ تشکیل می‌دادند.که از میان آن‌ها به شیوه نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۱۵۸ نفر انتخاب شدند این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی کاملاً همگن بودند. سپس بر اساس پرسشنامه شادکامی آکسفورد و سرزندگی رایان و فردریک افرادی که یک انحراف معیار کمتر از میانگین بودند تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۶۰ تا ۶۷ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش۶۲/۸ و میانگین سنی گروه کنترل ۶۱/۷ بود. از آنجا که در جلسات مداخله گروهی تعداد افراد معمولاً بین ۸ تا ۱۵ نفر است بنابراین در این پژوهش برای هر گروه تعداد ۱۵ نفر در نظر گرفته شد تا از اثرات ریزش احتمالی آزمودنی جلوگیری به عمل آید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه شادکامی آکسفورد[7] بود. این ابزار در سال ۱۹۸۹ توسط آراگایل[8] و لو[9] تهیه

[1] Rodrigue
[2] standard care
[3] well being
[4] McNair
[5] Lorr
[6] Doppleman

[7] Oxford Happiness Inventory- OHI
[8] Argylo
[9] Lu

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

شده است و به صورت چهار گزینه‌ایی از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال می‌باشد (۳۰). علی پور و نوربالا (۱۳۷۸)، پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش دو نیم کردن۰/۹۲ و با روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین در بررسی روایی صوری پرسشنامه از ۱۰ کارشناس نظر خواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تایید کردند(۳۱). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمده است. همچنین در این پژوهش از مقیاس سرزندگی رایان و فردریک استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط رایان و فردریک ساخته شده و دارای هفت عبارت می‌باشد. پاسخ‌دهنده براساس طیف لیکرت ۷تایی 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 (۳۲).

پس از انجام نمونه‌گیری به گونه‌ایی که گفته شد در جلسه پیش‌آزمون، شرکت کنندگان به سؤالات آزمون شادکامی آکسفورد و سرزندگی پاسخ دادند پس از آن افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت آموزش گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفت. جلسات درمانی به مدت ۹۰ دقیقه بوده است. موضوع جلسات هفتگی به ترتیب زیر بود: ۱) جلسه اول: آموزش مدل کیفیت زندگی، شامل: آموزش مدل پنج راهه CASIO، تکمیل نیم‌رخ کیفیت زندگی به صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در مدل مبتنی بر کیفیت زندگی. ۲)جلسه دوم: بررسی نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روانی که شامل: تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش و ارایه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل،آموزش اصول رسیدن به عزت نفس شامل خود پذیری، بسط روابط اجتماعی سود بخش، یاری رسانی، آموزش و ارائه تکنیک BAT (توجه به نعمت‌ها) جهت تکمیل در منزل. آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها». ۳)جلسه سوم: ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی که شامل: بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ[1]» جهت تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی،آموزش برنامه ریزی روزانه[2] ،اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم» ۴) جلسه چهارم: آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی که شامل: مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف یابی[3]، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی[4]، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن،آشنایی با اصول تعیین هدف. ۵) جلسه پنجم: جایگاه ارتباط در آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط،آموزش فن نامه نگاری ۱ و۲، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات. ۶) جلسه ششم: جایگاه یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش مراحل پنج‌گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه‌های مورد علاقه)، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری. ۷) جلسه هفتم: تعیین جایگاه بازی و تفریح در شادکامی که شامل: آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، مشخص کردن بازی‌هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شود، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارایه تکلیف لیست بازی‌های جهت تکمیل در منزل. ۸) جلسه هشتم: دریافت بازخورد از آموزش کیفیت زندگی و پیشگیری از عود که شامل: آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد در خصوص آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تأکید بر استفاده از آن در تمام زندگی.

پس از هشت جلسه آموزش همه افراد نمونه به شکل عمومی در یک جلسه پس آزمون مجدداً به سؤالات پاسخ دادند. داده‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون خی دو، تی مستقل در فضای SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد .

یافته‌ها

به منظور بررسی اینکه آیا بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی شامل ، تحصیلات و وضعیت اجتماعی اقتصادی، تفاوتی وجود دارد از آزمون خی دو استفاده شد. همچنین از آزمونتی مستقل برای تشخیص تفاوت دو گروه از لحاظ متغیر سن استفاده شد. با توجه به مقدارتی ۱/۱۰۲ و سطح معنی‌داری ۰/۲۸۵ مشخص شد که بین دو گروه از لحاظ متغیر سن تفاوت

[1] basket of eggs

[2] DAP
[3] vision quest
[4] life script

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

معنی‌داری وجود ندارد بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن همگن‌اند. تحصیلات دوگروه در شش طبقه بی سواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر در گروه‌های آزمایش و کنترل از طریق آزمون خی دو بررسی شد نتیجه نهایی میزان خی دو (x^2 = ۲) و سطح معنی‌داری (P =۰/۵۷۲) بدست آمد که نشانگر همگنی دو گروه از این ویژگی بود. همچنین به منظور بررسی وضعیت اجتماعی اقتصادی دو گروه آزمایش و کنترل نتایج آزمون خی دو برابر با(x^2 = ۴/۳) و سطح معنی‌داری (P =۰/۱۱۶) بود که نشانگر همگنی دو گروه از این نظر می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است؛ میانگین نمرات شادکامی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، برابر ۳۳/۱ است که این مقدار، بعد از مداخله درمانی در مرحله پس آزمون به ۶۸ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات شادکامی در مرحله پیش آزمون، برابر ۳۰/۳ است که در مرحله پس آزمون به ۳۲/۷ افزایش پیدا کرده است.همچنین، میانگین نمرات سرزندگی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، برابر ۲۰/۲ است که این مقدار، بعد از مداخله در مرحله پس آزمون به ۳۵/۷ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات سرزندگی در مرحله پیش آزمون، برابر ۱۹/۶ است که در مرحله پس آزمون به ۱۹/۲ کاهش پیدا کرده است.

جدول شماره (۱): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

		گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
				میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متغیر	شادکامی	آزمایش	۱۵	۳۳/۱	۸/۶	۶۸	۷/۵
		کنترل	۱۵	۳۰/۳	۷/۱	۳۲/۷	۸/۶۵
	سرزندگی	آزمایش	۱۵	۲۰/۲	۲/۳۴	۳۵/۷	۲/۸۳
		کنترل	۱۵	۱۹/۶	۲/۵	۱۹/۲	۳/۱

به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد نتایج این آزمون برای نمرات پس آزمون شادکامی و در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره (۲): آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها در متغیر شادکامی و سرزندگی

متغیر	مرحله شاخص	F	درجه آزادی گروه آزمایش	درجه آزادی گروه کنترل	معناداری
شادکامی	پس آزمون	۰/۰۴۹	۱	۲۸	۰/۸۲۶
سرزندگی	پس آزمون	۰/۶۹۴	۱	۲۸	۰/۴۱۶

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود تفاوت معنی‌داری در واریانس نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون پژوهش (شادکامی و سرزندگی) انجام گرفت. جدول۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

جدول شماره (۳): خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی سالمندان

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلای (Pillai's Trace)	۰/۹۰۹	۷۵/۲۲	۲	۱۵	۰/۹۰۹	۱	P<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز (Wilks' lambada)	۰/۰۹۱	۷۵/۲۲	۲	۱۵	۰/۹۰۹	۱	P<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ (Hoteling's Trace)	۱۰/۳۰	۷۵/۲۲	۲	۱۵	۰/۹۰۹	۱	P<۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی (Roy's Largest Rot)	۱۰/۳۰	۷۵/۲۲	۲	۱۵	۰/۹۰۹	۱	P<۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح P <۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (شادکامی، سرزندگی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است. جدول۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا را برای مقایسه‌ی میانگین پس‌آزمون‌های هر دو متغیر وابسته (شادکامی، سرزندگی) با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول شماره (۴): نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون شادکامی و سرزندگی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
شادکامی	۶۰۱۵/۱۴	۱	۶۰۱۵/۱۴	۸۷/۵۶	۰/۸۳۷	۱	P<۰/۰۰۱
سرزندگی	۱۳۶۴/۴۳	۱	۱۳۶۴/۴۳	۱۴۰/۴۲	۰/۸۹	۱	۰/۰۰۱P<

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک راهه در متغیرهای شادکامی (F=۸۷/۵۶ و P<۰/۰۰۱) و سرزندگی (F=۱۴۰/۴۲ و P<۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشند. بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبتنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی بر افزایش شادکامی و سرزندگی سالمندان شهر اهواز تأیید می‌شوند. به‌علاوه ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۸۳ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر شادکامی و ۸۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر سرزندگی مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

بحث

بررسی فرضیه‌های پژوهش، نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی، شادکامی و سرزندگی سالمندان را نسبت به گروه کنترل، افزایش داده است. همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ۳ نشان می‌دهد، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان شادکامی و سرزندگی آزمودنی‌ها را در مرحله پس‌آزمون، افزایش داده.

آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی، آموزشی است که شیوه‌های درمان رفتاری- شناختی را با روش‌های روان شناسی مثبت، درآمیخته 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، جدید 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 شادکامی سالمندان می‌شود این یافته با پژوهش قاسمی، عابدی و باغبان(۲۱)، محمد زاده، دولت شاهی و محمد خانی(۳۳)، فرزادفر، مولوی و آتش پور(۳۴) که افزایش شادکامی را در سالمندان از طریق مداخلات روان‌شناختی گزارش کرده‌اند هماهنگ است.

از آنجایی که یکی از حیطه‌های مورد بحث در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، بعد اهداف و زندگی معنوی است؛ و از طرفی حس غایت مندی و زندگی معنوی با سلامت روان و شادکامی مرتبط است بنابراین آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی از طریق افزایش معنویت سالمندان می‌تواند حس شادکامی آن‌ها را بالا برد. به طور مثال سالمندان در جلسه چهارم به مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف یابی[1]، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی[2]، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن و آشنایی با اصول تعیین هدف، پرداختند که همگی این تکنیک‌ها به منظور افزایش توجه سالمندان به امور معنوی و مذهبی و ارتباط ابعاد معنوی و رضایت از زندگی می‌باشد. این یافته با پژوهش پورابراهیم و رسولی که به بررسی اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه انجام شد همسوست(۲۲)،همچنین این یافته با پژوهش ریاحی و همکاران، که به بررسی رابطه بین سلامت روانی و جهت‌گیری دینی دانشجویان،پرداختند همسو است(۳۵). همچنین در همین رابطه، موریرا- المدیا[3] نیز در مطالعه‌ای کیفی و به صورت فراتحلیل به بررسی شواهد علمی رابطه بین مذهب و سلامت روانی پرداخته است. یافته‌ها پژوهش حاکی از آن است که در اکثر مطالعات، رفتارهای مذهبی، رابطه معناداری با شاخص‌های سلامت روانی (از جمله رضایت از زندگی، خشنودی، احساس مثبت و روحیه بالا و...) داشته‌اند. علاوه بر این، اثرات رفتارهای مذهبی بر سلامت روانی، معمولاً در میان افرادی که در موقعیت‌های پر استرس زندگی (مثل دوران سالمندی) تأثیرگذارتر بوده است(۳۶).

دو مورد از متغیرهایی که در آموزش مبتنی کیفیت زندگی، مورد بررسی قرار گرفت، خلق مثبت و بهزیستی روانی است که این سازه‌ها به مفهوم افزایش هیجانات مثبت و تعادل بین عواطف در بین آزمودنی‌ها بود. زیرا بر حسب دیدگاه دینر و همکاران بهزیستی ذهنی، یعنی وجود حداکثر عاطفه مثبت، حداقل عاطفه منفی و رضایت از زندگی(۳۷)، بنابراین استراتژی‌های خودتنظیمی عاطفی، می‌تواند یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد تعادل در عاطفه مثبت و منفی باشد(به منظور افزایش بهزیستی ذهنی و خلق مثبت). همان‌گونه که در تکنیک سبد تخم مرغ‌ها و تکنیک ثبت استرس‌های روزانه (دروغ‌سنج) از آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی، به آزمودنی‌ها یاد داده شد میزان واکنش عاطفی خود را نسبت به شرایط محیطی، شناسایی کنند و با مدل CASIO ارزش گذاری احساسی خود را در هر حوزه به حالت تعادل برسانند.

یکی دیگر از حیطه‌های مورد بررسی در آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی، حیطه عزت نفس است و در این راستا از تکنیک‌های یادداشت موفقیت‌ها، تکنیک توجه به نعمت‌ها[4] و توجه به توانایی‌های خود، که عمدتاً در جلسه دوم استفاده شد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر در این قسمت (رابطه عزت نفس و شادکامی) در پژوهشی که توسط اینونگ برگ (۲۰۰۸)، با عنوان «رضایت زندگی در دوران پیری، نشانگرها و پیش بین‌های سطوح رضایت زندگی افراد ۸۵ سال به بالا» به بررسی عوامل مرتبط با رضایت زندگی در دوران سالمندی پرداختند آن‌ها به این نتیجه رسیدند که داشتن احساس کنترل در دوران سالمندی یکی از عوامل مرتبط با سطح شادکامی افراد سالمند می‌باشد هر چه که افراد احساس کنترل درونی نسبت به احساس کنترل بیرونی داشته باشند از شادکامی بیشتری برخوردارند(۱۶).

لیمبومرسکی[5] و دلاپورتا[6]، معتقدند که شادکامی بلند مدت با فاکتورهای محیطی مانند تفریح و فعالیت همراه با کودکان،

[1] vision quest
[2] life script

[3] Moreira-Almedia
[4] BAT
[5] Lyubomirsky
[6] Della-Porta

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

داشتن دیدی خوش بین، ابراز قدردانی‌ها و سپاسگزاری‌ها از خود و دیگران در ارتباط است(۳۸). چنانکه در این روش آموزشی نیز برای کمک به افراد جهت رسیدن شادکامی و رضایت از زندگی توجه نمودن به یکی از حیطه‌های ۱۶ گانه زندگی یعنی تفریح و اوقات فراغت بود.

ارتباطات اجتماعی سالم و اصلاح الگوی ارتباطی، یکی از مواردی بود که در این دوره، اعضای گروه، فرا گرفتند. اعضای گروه عمدتاً اهمیت ارتباطات را در جلسه پنجم آموزش دیدند. از جمله تکنیک‌های بکار گرفته در این راستا آموزش فن نامه نگاری و آموزش لغتنامه احساسات بود. از آنجا که داشتن ارتباطات سالم و مهارت‌های اجتماعی متغیری است که به طور مستقیم با شادکامی و رضایت از زندگی در ارتباط است (۳۹) بنابراین افزایش شادکامی افراد گروه آزمایش از این طریق ممکن به نظر می‌رسد.

متغیر دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت مفهوم سرزندگی بود. احساس سرزنده بودن با شادکامی ارتباط نزدیکی دارد و به عنوان یکی از تجارب مهم انسانی به حساب می‌آید. بوستیک[1] سرزندگی را به عنوان تجارب درونی سرشار از انرژی معرفی کرده است(۴۰). به نظر نیکس[2] و همکاران اگرچه شادمانی و سرزندگی حالات مثبت یا خوشایند هستند و عواطف مرتبط با سرزندگی و شادمانی نوعاً رابطه زیادی با هم دارند به نحوی که همگی می‌توانند به یک عطفه مثبت مربوط باشند، اما از لحاظ فعالیت بزرگ‌ترین فرق را با یکدیگر دارند، به این لحاظ که سرزندگی، بودن در نوعی وضعیت مثبت فعالانه است و با انرژی و فعالیت بالا مشخص می‌شود، اما شادمانی لزوماً چنین مفهومی را ندارد. تکنیک‌های آموزش برنامه ریزی روزانه (DAP) و تکنیک سبد تخم‌مرغ‌ها می‌تواند در ایجاد انگیزه برای فعالیت و داشتن هدف برای رفتارها کمک کننده باشد و در نتیجه به درمانجو برای داشتن حس شور و سرزندگی کمک کند. از طرف دیگر یکی از متغیرهایی که با مفهوم سرزندگی در دوران سالمندی ارتباط دارد معنویت است. در تحقیقی که پسک[3]، ریمنیک[4] و نیر[5] بر روی سالمندان در فرهنگ‌های مختلف انجام دادند نتایج نشانگر رابطه معنویت و اعمال مذهبی بر روی احساس سرزندگی و حس خردمندی سالمندان داشت. از آنجایی که در بسته آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی یکی از حیطه‌های مهم، تقویت معنویت و اهداف معنوی است، تقویت این حیطه توانسته بر احساس سرزندگی سالمندان اثر گذار باشد. به نظر رایان و فردریک (۲۹) افراد از نظر تجربه سرزندگی با هم متفاوت هستند این تفاوت‌ها تابع تأثیرات جسمی (مانند: بیماری یا خستگی) و عوامل روان‌شناختی(مانند: عاشق شدن، حس موثر بودن) است. در واقع سرزندگی بازتاب سلامت روان‌شناختی و جسمانی فرداست. از لحاظ متغیرهای روان‌شناختی آنچنان که یافته‌ها بیانگر آن بود آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی به منظور افزایش سرزندگی سالمندان به حساب آید.

نتیجه گیری

به طور کلی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد کل‌نگر 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.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که این پژوهش بر روی بازنشستگان سالمند کانون بازنشستگان اهواز انجام شد این پژوهش صرفاً بر روی مردان انجام شد و بهتر است به منظور تعمیم بهتر نتایج این پژوهش در شهرهای دیگر کشور و بر روی زنان نیز انجام شود. همچنین به دلیل هنجار نشدن این بسته آموزشی بعضی از مفاهیم آن با فرهنگ جامعه‌ی ایران منطبق نبوده که بهتر است بررسی‌های آینده معطوف به هنجار آن در ایران نیز گردد. بنابراین در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که از این بسته در جوامع آماری دیگر مانند زنان سالمند، بیماران خاص، گروه‌های معتاد استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که به منظور نیل به نتایج بهتر این بسته آموزشی بر اساس موقعیت فرهنگی و بومی جامعه ایرانی هنجار شود.

[1] Bostic
[2] Nix
[3] Pesek
[4] Reminck
[5] Nair

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

References:

1. Ahadifar F, Salar A, faghihzadeh S. investigation of quality of life of elders of Zahedan city. Hayatt J 1386 ;(22): 61-7. (Persian)
2. Majd M, Delavar B, Jiani yaghoobi P. State schedule of elder's health. Assistance Health, office of family health and population 2002; (16): 23-34. (Persian)
3. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. Semin Oncol 1995;22(2 Suppl 3):73–81.
4. WHO-QOL group. What is quality of life? World Health Organization 1996; (17):354-6.
5. Baltes PB, Baltes MM. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press;1990. P.123-235.
6. George L, Bearon L. Quality of life in older persons. New York: Human Sciences Press; 1980.P. 234-56.
7. Aragail M, happiness psychology. Translated by Bahrami & ed. Esfahan. Jahad daneshgahi 2006. (Persian)
8. Veenhoven R. Quality-of-life and happiness: Not quite the same. Faculty of Social Sciences 2001; (18): 29-74.
9. Deeg D, VanZonneveld R. Does happiness lengthen life? In: R. Veenhoven (ed). 'How harmful is happiness? 1989; (12): 29-43.
10. Frisch MB. Quality of life therapy, Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey: Wiley; 2006.
11. Chaonan C. Aging and life satisfaction? Social Indicators Research 2000; (54): 57–79.
12. Yeung GTY, Fung HH. Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? Eur J Ageing 2007; (4):219–27.
13. Westaway MS, Steve AE. Olorunju AS, Lee-Chayne J. Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? Original Investigation 2007; (16):1425–38.
14. Good GA. Life satisfaction and quality of life of older New Zealanders with and without impaired vision: a descriptive, comparative study. Europe J Ageing 2008; (5): 223–31.
15. Geson AIB. Life satisfaction in late life: Markers and Predictors of Level and Change Among 80 + Year Olds. (Dissertation). Sweden: University of Gothenburg; 2008.P.134-45.
16. Ingeborg BA. Life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80 + year olds. (Dissertation). Sweden: University of Gothenburg; 2008.P. 345-56.
17. Hankins SJ. Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population. (Dissertation). United States: University Of Mississippi; 2004.
18. Irving ML, Snyder CR, Cheavens J, Coeaval L, Hanke J, Hilberg P,et al. The relationships between hope and outcomes at the pretreatment. J Psychother Integr 2004 ;(5): 419-43.
19. Sherwin ED, Elliott TR, Rybarczyk BD, Frank RG, Hanson S, Stephan JP, et al. Which social need are important for subjective well-being? What happens to them with aging? Psychology and aging 2006; 21(2): 281.
20. Raab KA. Fostering hope in a psychiatric hospital. Royal Ottawa; 2007.P.231-42.
21. Gasemi A, Abedi A, Baghban A. effeteness of group learning of Esnaider theory of hope. Knowledge research in applied psychology, Islamic Azad University of Esfahan 2009; (41): 17-40.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

22. Poorebrahim T, Rassoli R. Effectiveness of logo therapy on reducing depression and promote a sense of life in elderly women living in nursing homes. J applied Psychol 2008; (4): 673-82.
23. Frisch MB. Quality of life therapy, Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. khamseh A. (Persian translator) 1st ed. Tehran: Arjmand; 2010. P. 329-37.
24. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL. A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. Am J Transplant 2005;5(10):2425–32.
25. Ghasemi N. The effect of treatment on quality of life based on subjective well-being and mental health counseling center. (Dissertation). Esfahan: department of psychology of Esfahan University; 2008. P. 65-77. (Persian)
26. Padash Z. Effects of treatment on quality of marital life of wives of Esfahan city. (Dissertation). Esfahan: Department of counseling of Esfahan University; 2010.P. 10-20. (Persian)
27. McNair D, Lorr M, Dopplecan L. Manual for the Profile of Mood States. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service 1971; (21): 54-60.
28. Orelfe J. positive potential. Translate by ghahremani J. Moghadam F. Tehran: Amirkabir 2007. (Persian)
29. Ryan RM, Frederick C. On energy, personality, and health: Subjective vitality as dynamic reflection of well-being. J Personality 1997; 11(3), 65-74.
30. Argylo M, Lu L. The happiness of extroverts. Personality and Individual Difference 1989; (11): 1011-7.
31. Alipoor A, Noorbala A. Preliminary study of the reliability and validity of the Oxford Happiness Questionnaire at Tehran University. J Thought & Behavior 2008,2(1): 29-34.
32. Abolghasemi F. standardization of positive and negative affect and simultaneous its standardization with mental health and vitality in students of Esfahan University. (Dissertation). Esfahan: University of Esfahan; 2003. (persion)
33. Mohammadzadeh A. Dolatshahi H. Mohammadkhani P. effectiveness of integrative reminiscence on depressive symptoms in older adults. J Iran elder 2011; (6):19.
34. Farzadfar M. Molavi H. Atashpoor S. The effect of happiness education in style Fordyce on depressive Derelict women Esfahan city. Knowledge and research in psychology 2006; (30): 32-7.
35. Riahy MA. Aliverdynia A, Baniasadi MR. 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 2009; (5): 51-90.
36. Moreira A. Religiousness and Mental Health: a review, Center for the Study of Religious and Spiritual Problems (NEPER), Department of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP),São Paulo (SP). Brazil 2006; (6):131-9.
37. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin 1999;125(2):276–302.
38. Lyubomirsky S, Della Porta M. Boosting happiness, buttressing resilience: Results from cognitive and behavioral interventions. To appear in J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. Hall (Eds.), Handbook of adult resilience: Concepts, methods, and applications. New York: Guilford Press; 2008.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

39. Sterverink M, Lindenberg S. Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? Psychology and aging 2006; 21(2): 281.
40. Bostic JH. Constructive thinking, mental health and physical health. (Dissertation). Missouri, United States: Saint Louis University; 2003.
41. Nix GA, Ryan RM, Manly JB, Deci EL. Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. J Exp Soc Psychol 1999; (35): 266-84.
42. Pesek T, Reminick R, Nair M. Secrets of long life: cross-cultural explorations in sustainably enhancing vitality and promoting longevity via elders' practice wisdom. Explore (NY) 2010;6(6):352–8.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]

Original Article

THE EFFICACY OF QUALITY OF LIFE GROUP TRAINING ON HAPPINESS AND VITALITY OF AGED MEN

Najme Hamid[1]*, Mohammad Vatankhah**[2]*, Mahnaz Mehrabizadeh-Honarmad*[3]

Received: 5 Sep , 2013; Accepted: 31 Oct , 2013

Abstract

***Background & Aims*:** This research was conducted to study the efficacy of quality of life group training on happiness and vitality of aged men.

Materials & Methods: The research method was semi-experimental with pre-post test and a control group. The samples consisted of 30 aged males who referred to Retiree's Center in Ahvaz and one standard deviation below the mean in happiness scale was acquired from them. They were matched according to age, educational status, and other criteria considered in this research. Then randomly divided into two groups as experimental and control group. We used 8 sessions of quality of life group trainings in the experimental group but the control group didn't receive any intervention. The instrument was Oxford Happiness Inventory.

***Results*:** The results revealed that there was a significant difference between two groups in happiness and vitality (P<0/001). The rate of happiness and vitality in the experimental group compared with pretest and control group was significantly higher.

***Conclusion*:** According to the results of this research, quality of life training as the combined of positive psychology and cognitive behavioral therapy can increase the rate of happiness of aged men.

***Keywords*:** Quality of life group training, Happiness, Vitality, Aged men

Address: Psychology Department, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran ***Tel***: +98 9139646900
Email: vatankhah.mohamad@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013: 24(10): 811 ISSN: 1027-3727

[1] *Associate Professor, Psychology Department, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran*
[2] *MA in Clinical Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Professor, Psychology Department, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-24]