



اثر بخشی توان بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو

دکتر زیبا ایرانی

دانشگاه پیام نور تهران

✉ اکرم سوهانی

دانشگاه پیام نور تهران

دکتر مهناز علی اکبری دهکردی

دانشگاه پیام نور تهران

پدیده سالمندی نتیجه سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود. حفظ توانمندی و نشاط سالمندان با وجود تغییرات غیر قابل اجتناب در شرایط آنان می‌تواند در ارتقای جوامع مؤثر باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی توان بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران بود که مبتلا به دیابت نوع دو بودند. از این میان تعداد ۳۰ سالمند مبتلا به دیابت نوع دو و ساکن شهر تهران بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه به‌عنوان نمونه پژوهش به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. توان بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به مدت ۸ جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، اما گروه کنترل در این زمان هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. جهت ارزیابی شرکت‌کنندگان در مرحله قبل و بعد از مداخله از پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر و همکاران، شادکامی آکسفورد، خود مراقبتی توبرت و همکاران استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین بر اساس یافته‌ها، اثربخشی توان بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان گروه آزمایش تأیید گردید. توصیه می‌شود توجه ویژه و عمومی نسبت به آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به سالمندان صورت پذیرد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۱

کلیدواژه‌ها: مثبت‌اندیشی، خود مراقبتی، شادکامی، خودکارآمدی، سالمند

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

سوهانی، ا.، ایرانی، ز.، و علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی توان بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۳)، ۲۳۵-۲۴۹.

اکرم سوهانی، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران؛ زیبا برقی ایرانی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران؛ مهناز علی‌اکبری دهکردی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب اکرم سوهانی، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: ekram95a@gmail.com

۱۹۹۵ به ۲۲۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده است و پیش‌بینی می‌شود که به مرز ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ نیز برسد. دیابت شیرین از جمله بیماری‌های سوخت و ساز است که با کمبود نسبی یا مطلق انسولین، افزایش گلوکز خون و اختلال در سوخت و ساز

امروزه کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، شاهد همه‌گیری دیابت، به‌ویژه دیابت تیپ دو به خصوص در سالمندان می‌باشند. میزان شیوع و بروز بیماری در اغلب کشورها همچنان بدون توقف در حال افزایش است. تعداد مبتلایان به دیابت از ۱۱۸ میلیون نفر در سال

دیابت در این سن را پیچیده‌تر می‌کند (کالیانی، گلدن و سفالو، ۲۰۱۷).

استرس و عوارض ناشی از دیابت و داروهای مصرفی علاوه بر اثرات سوء جسمی، اثر منفی روانی نیز در پی داشته و کیفیت زندگی سالمندان را به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (برهانی‌نژاد، کزازی، حقی و چهره‌نگار، ۱۳۹۵). از نظر برخی پژوهشگران شادکامی بخش مهمی از کیفیت زندگی (نایتو و همکاران، ۲۰۱۵). شادکامی در اصل مقوله‌ای ذهنی است (لامن، هافمن، اید و لوکاس، ۲۰۱۲) و مبتنی بر قضاوت ذهنی افراد است که می‌توان آن را از دو رویکرد فلسفی لذت‌گرایی و سعادت‌گرایی مورد بررسی قرار داد. در رویکرد لذت‌گرا شادکامی به معنای بیشینه کردن لذت و کمینه‌سازی درد و رنج است. درحالی‌که رویکرد سعادت‌گرا شادکامی واقعی را عبارت می‌داند از شناسایی فضیلت‌ها و توانمندی‌های شخصی و ایجاد آنها در خویش و سپس زندگی مطابق با این فضیلت‌ها و توانمندی‌ها (پاوت و دینر، ۲۰۱۳). همچنان که روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب افزایش شادکامی، احساس مثبت، زندگی معنادار و متعهدانه در افراد می‌شود (افروز، دلیر و صادقی، ۱۳۹۶). سطح شادکامی بر سبک زندگی، نحوه کنترل بیماری و تبعیت از درمان‌ها تأثیر دارد (مولینا کودریسو، روسالس روبلدو، پاوز سالیناس و ورا-ویلا روئیل، ۲۰۱۷). شادکامی پایین می‌تواند موجب تشدید بیماری در مبتلایان به دیابت شود (لسانی، ذهنی‌مقدم، شرفی، جوادی و علی‌مرادی، ۱۳۹۶). نتیجه مطالعات چی، لی، ما و مالهورتا (۲۰۱۸) نشان می‌دهد سالمندان با شادکامی بالاتر زندگی سالم‌تر و طولانی‌تری دارند. در حالی که نتیجه بررسی جامع ۳۸۵ سالمند در ایران نشان داده است سطح شادکامی در درصد بالایی از سالمندان پایین است (ملاشهری و همکاران، ۱۳۹۴).

در سنین سالمندی از دست دادن توانایی جسمانی و شناختی موجب کاهش استقلال و خودکارآمدی^۲ در این افراد می‌شود که علاوه بر اثرات سوء جسمانی پیامدهای روانی متعددی ایجاد می‌کند (شعبانی، ره‌گوی، نوروزی، ره‌گذر و شعبانی، ۱۳۹۵). شرر و همکاران (۱۹۸۲) معتقدند خودکارآمدی مجموعه‌ای از تجربیات مختلف در خصوص شکست‌ها و موفقیت‌ها می‌باشد که افراد آن را به موقعیت جدید انتقال می‌دهند. خودکارآمدی بر رفتارهای خود مدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر قابل

کربوهیدرات، چربی‌ها و پروتئین همراه است (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۶). دیابت، یک گروه ناهمگن از بیماری‌های سوخت و ساز است. مشخصه این بیماری‌ها افزایش مزمن قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین است و در نتیجه نقایصی در ترشح انسولین، عمل انسولین یا هر دو این موارد ایجاد می‌شود (لیندویست و همکاران، ۲۰۱۷).

با بالا رفتن سن بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن در افراد تجمع می‌یابد. درصد بالایی از سالمندان (۸۶ درصد) حداقل یک بیماری مزمن دارند (رائو، ۲۰۰۵). در کلیه جوامع بشری با افزایش سن خطر شیوع دیابت نوع دو بیشتر می‌شود. به طوری که بیشترین شیوع دیابت به طور معمول در مسن‌ترین گروه سنی همان جامعه گزارش می‌شود (طباطبایی ملاذی، پیمانی، حشمت و پژوهی، ۱۳۸۹). این بیماری یک عامل خطر مهم برای افزایش عوارض قلبی-عروقی و میزان مرگ و میر است (گونزالز، شرک، پاروس، سافرن، ۲۰۱۵). مزمن بودن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه‌های مالی زیاد و کاهش کیفیت زندگی و تغییرات سبک زندگی مهمی برای بیمار و خانواده می‌شود (دمر و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از مشکلات دیابت در افراد مسن، احتمال ابتلا به بیماری دیگر به طور هم‌زمان است که کنترل قند خون را مشکل‌تر می‌سازد و ممکن است به همین علت، بیمار دچار عوارض دیابت شود که این عوارض در سنین کهنسالی بیشتر بروز می‌کنند و مجموع این عوامل بر وضعیت بیمار تأثیرگذار است. بیماران دیابتی با مشکلات جسمی و روانی متعددی مانند افسردگی، اضطراب، ناتوانی، کم‌تحرکی و چاقی روبه‌رو هستند که در نهایت منجر به کاهش شادکامی^۱ و کیفیت زندگی می‌گردد (کاهل و همکاران، ۲۰۱۵). به طوری که در بیماران سالمند مبتلا به دیابت، امید به زندگی ۵ تا ۱۰ سال کاهش می‌یابد (وو و همکاران، ۲۰۱۷). اکثر افراد دیابتی عقیده دارند که آنها در تداوم رژیم غذایی، ورزشی، دارویی و رفتارهای کلیدی دیگر برای خود مدیریتی دیابت موفق نیستند که نشان‌دهنده ضعف در میزان خودکارآمدی آنها در مدیریت بیماری خود است (بوئروید و فیشر، ۲۰۱۰). ناهمگن بودن وضعیت سلامت جسمانی و روانی در سالمندان (قوی، متوسط تا درگیر با چندین نوع بیماری) تشخیص، پیشگیری و درمان

² Self-efficacy

¹ happiness

خودکارآمدی و در نتیجه افزایش خود مراقبتی در سالمندان داشته باشد، زیرا نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد بسیاری از سالمندان علی‌رغم آگاهی و دانش کافی رفتارهای خود مراقبتی را انجام نمی‌دهند (برهانی‌نژاد، منصوری، حسینی و بیدگلی، ۱۳۹۵). مثبت‌اندیشی از جمله مداخلاتی است که در مطالعات قبلی بر شادکامی (زارع، بنیسی و رضوی، ۱۳۹۶) اثربخش بوده است. به طوری که در مطالعه هو، ینگ و کوک (۲۰۱۴) نتایج نشان داد مداخلات مبتنی بر مثبت‌اندیشی بر شادکامی، افسردگی و رضایت از زندگی در افراد سالمند اثربخش است. همچنین مثبت‌اندیشی موجب افزایش خودکارآمدی می‌شود (تقی‌زاده و افلاکی‌فرد، ۲۰۱۷). بین تفکر مثبت و خود مراقبتی نیز رابطه مثبت مشاهده شده است. افرادی که مثبت‌اندیش هستند بهتر از خود مراقبت می‌کنند (حسینی‌خواه، منشی و ابراهیمی، ۱۳۹۳). شیاوونی (۲۰۱۷) نیز در یک بررسی مروری نشان داد مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت، رفتارهای خود مراقبتی و سلامت را افزایش می‌دهد.

مثبت‌اندیشی در داشتن افکار خاص خلاصه نمی‌شود، بلکه نوعی رویکرد و جهت‌گیری کلی درباره زندگی است. مثبت‌اندیشی به معنی توجه داشتن به امور مثبت در زندگی و نپرداختن به جنبه‌های منفی است. تفکر مثبت به معنای داشتن فکر و احساس خوب در مورد خود به جای تحقیر دائمی، خوب فکر کردن در مورد دیگران و برقراری رابطه حسنه با آنها، انتظار بهترین‌ها را از دنیا داشتن و اعتقاد به اینکه بهترین‌های دنیا نصیب شما خواهند شد (سیکنز مهالی، ۲۰۱۴). مداخلات مربوط به رویکرد مثبت‌گرایی باعث کاهش معنادار افسردگی می‌شود (قربانی، علیپور، علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۶). اساس رویکرد مثبت‌نگر بر کشف شیوه‌هایی است که با استفاده از آن افراد بتوانند احساس لذت و خوش‌بینی بیشتری داشته باشند، نوع دوستی خود را ابراز کنند و در خلق محیط‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی نقش برجسته‌تری را ایفا نمایند (پیترسون و سلیگمن، ۲۰۰۶). در مداخلات مثبت‌اندیش، شناسایی و ارتقای هیجان‌های مثبت و توانمندی افراد به جای تکیه بر ضعف‌ها موضوع اصلی آموزش است (دهقان‌نژاد، حاج‌حسینی و اژه‌ای، ۱۳۹۶). آموزش مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌هایی را برای توجه به احساسات مثبت و پذیرش آنها فرا گیرند (رنجبر نوشری، بشرپور، حاجلو و نریمانی، ۱۳۹۶). نتیجه

توجهی دارد (سیمپا و همکاران، ۲۰۱۷). به طوری که نتایج مطالعه شارونی، رازی، رشید و محمود (۲۰۱۷) نشان می‌دهد خودکارآمدی پایین در افراد سالمند موجب افزایش ریسک مشکلات پای دیابتی و کاهش رفتارهای خود مراقبتی^۱ می‌شود. در یک مطالعه مروری نتایج نشان می‌دهد خودکارآمدی با خود مراقبتی مبتلایان به دیابت همبستگی قوی دارد (لیو، ۲۰۱۲). کیم، شیم، فورد و باکر (۲۰۱۵) نیز با بررسی ۳۰۶۷ سالمند مبتلا به دیابت به این نتیجه رسیدند که پایین بودن خودکارآمدی با خودمراقبتی پایین همراه است. از آنجا که درمان قطعی برای دیابت وجود ندارد تنها راه کاهش عوارض بیماری و داشتن یک زندگی سالم برای بیماران مبتلا به دیابت خود مراقبتی است (نقیبی، اصغری و رستمی، ۱۳۹۴). خود مراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود و منظور از آن در بیماران دیابتی مصرف به موقع دارو، رعایت رژیم غذایی، انجام ورزش، مراقبت از پا و کنترل گلوکز می‌باشد (واعضی، فلاح تفتی و مشتاق عشق، ۱۳۹۶). اهمیت خود مراقبتی در بیماران دیابتی سالمند به دلیل محدودیت‌های جسمی، مشکلات اقتصادی، موانع اجتماعی، موانع آموزشی و روانی نسبت به سایر گروه‌های سنی نمود بیشتری دارد (ذک، کاظمی و مطلبی، ۱۳۹۱). مداخلات متعددی تاکنون در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی و جسمانی سالمندان طراحی شده است که از جمله آنها درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (بستر، نایدو و بوتنا، ۲۰۱۶)، درمان شناختی- رفتاری (چان و همکاران، ۲۰۱۸)، هنر درمانی (برفرازی، پورگهان، مهاجر، مظلم و اصغری نکاح، ۲۰۱۸) هستند. یکی دیگر از درمان‌های شناختی، خاطره‌گویی گروهی است که به صورت کلامی یا غیرکلامی اغلب به صورت مرور خاطرات زندگی است. این روش درمانی یک نوع ارتباط بین فردی است که افراد سالمند یا بیماران مبتلا به اختلالات شناختی با بیان احساسات خود فرصتی را برای تعاملات اجتماعی و شغلی به وجود می‌آورند (وانگ، ۲۰۰۷). اما خود مراقبتی یک عملکرد تک‌بعدی نیست و تحت تأثیر باورها، نگرش‌ها و اعتقادات فردی و همچنین ارزش‌ها و فرهنگ جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند قرار دارد (داوسون، والکر، کمپل و ایگ، ۲۰۱۵). بنابراین انتظار می‌رود مداخلاتی که نگرش و باورهای فرد را مورد هدف قرار می‌دهد تأثیر بیشتری بر شادکامی و باور

^۱ Self-care

برآموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خودکارآمدی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

در این پژوهش نوع مطالعه، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران بود که مبتلا به دیابت نوع دو بودند. از میان مراجعه‌کنندگان به انجمن دیابت ایران در بازه زمانی پژوهش، تعداد ۳۰ نفر به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از (۱) کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در پرسش‌نامه‌های مطالعه، (۲) داشتن سن بالای ۶۰ سال، (۳) ابتلا به دیابت نوع دو به تشخیص پزشک متخصص، (۴) باسواد بودن، (۵) سکونت در تهران، (۶) عدم ابتلا به بیماری دیگر غیر از دیابت، (۷) عدم مصرف داروهای مؤثر بر روان، (۸) عدم تجربه استرس شدید مانند طلاق یا مرگ اطرافیان در شش ماه اخیر، و (۹) عدم گذشت از بیش از شش ماه از تشخیص ابتلا به دیابت بودند. معیارهای خروج از پژوهش شامل (۱) غیبت بیش از یک جلسه و انصراف از همکاری، (۲) ابتلا به بیماری، و (۳) تشدید بیماری می‌شد. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان حاکی از این بود که اکثریت شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۷۸-۸۰ سال قرار داشته و از میان این افراد ۱۶ نفر مرد و باقی آنان زن بودند. از نظر تحصیلات، افراد زیر دیپلم ۸ نفر، دیپلم ۸ نفر، لیسانس ۹ نفر، فوق‌لیسانس ۳ نفر و ۲ نفر دارای مدرک تحصیلی دکتری بودند.

ابزار

پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر و همکاران^۱. این پرسش‌نامه که توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است، دارای ۲۳ ماده است که ۱۷ ماده آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است (نجفی و فولاد چنگ، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۷ ماده‌ای استفاده شد. پرسش‌نامه خودکارآمدی عقاید فرد مربوط به توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف را

مطالعه افروز و همکاران (۱۳۹۶) حاکی از این بود که مثبت‌گرایی بر افزایش شادکامی بیماران بعد از جراحی پستان اثر مثبت داشته است. همچنین در مطالعه فرنام (۱۳۹۵) آموزش مثبت‌اندیشی موجب افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی سالمندان شده است. در مطالعه عصار زادگان (۱۳۹۶) نیز نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم را افزایش می‌دهد. در مطالعه کاستلو و استون (۲۰۱۲) روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودکارآمدی شرکت‌کنندگان تأثیر مثبت نشان داد.

با توجه به اینکه آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با سهولت بیشتری نسبت به سایر روش‌ها موجب تغییر رویکرد، افزایش اعتماد به نفس و بهبود عمیق خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود، بنابراین نسبت به سایر روش‌ها ترجیح داده شد و در این پژوهش به آن پرداخته شد. پژوهش حاضر از بعد کاربردی نیز حائز اهمیت فراوان است زیرا آموزش‌هایی برای کمک به ارتقای سلامت روان و شادکامی در قالب برنامه‌های آشکار وجود دارد. چنانچه بتوان شرایطی را برای ارتقای سلامت روان در سالمندان فراهم کرد می‌توان امیدوار بود که کیفیت زندگی در بین آنان و خانواده‌هایشان ارتقا یابد. مرور مطالعات نشان داد مثبت‌اندیشی بر خودکارآمدی، خود مراقبتی و شادکامی اثربخش است. اگرچه مطالعه‌ای که اثربخشی این روش را در بین سالمندان مبتلا به دیابت بررسی کرده باشد یافت نشد. به نظر می‌رسد آموزش مهارت مثبت‌اندیشی در بین سالمندان چندان مورد توجه قرار نگرفته است. درحالی‌که میزان شادکامی و خودکارآمدی در این افراد پایین است و نیاز به انجام مداخلات مؤثر در جهت افزایش سلامت سالمندان و خانواده‌های آنها در این زمینه ضرورت دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی توان‌بخشی روانی مبتنی برآموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از اینکه (۱) توان‌بخشی روانی مبتنی برآموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد، (۲) توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر شادکامی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد و (۳) توان‌بخشی روانی مبتنی

¹ Sherer General Self-Efficacy Scale (SGSES)

مطالعه عابدی و همکاران (۱۳۸۵) همبستگی پرسش‌نامه با پرسش‌نامه شادکامی فوردایس معادل $0/73$ به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب پرسش‌نامه است. ضریب پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه مشابه $0/85$ محاسبه شد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در پژوهش حاضر $0/93$ بود.

پرسش‌نامه رفتارهای خود مراقبتی^۲. این پرسش‌نامه توسط توبرت، هامپسون و گلاسگو (۲۰۰۰) طراحی شده است و شامل خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود است. این پرسش‌نامه خود گزارشی شامل ۱۲ سؤال است که پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را طی هفت روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار در مقیاس هفت گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. طیف پاسخ‌ها از صفر (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خود مراقبتی نداشته است) تا ۷ (هر هفت روز گذشته فعالیت‌های خود مراقبتی را انجام داده است) می‌باشد؛ برای مثال یک سؤال نیز مربوط به سیگار کشیدن با امتیاز ۷ و صفر است. اگر بیمار سیگار می‌کشد نمره صفر و اگر سیگار نمی‌کشد نمره ۷ تعلق خواهد گرفت. حداکثر نمره پرسش‌نامه نیز ۷۸ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده این است که بیمار طی هفت روز گذشته خود مراقبتی مطلوب‌تری داشته است. نمره‌دهی سؤال ۴ پرسش‌نامه مذکور به صورت معکوس انجام می‌شود (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۴). ضریب پایایی با آلفای کرونباخ در خصوص پرسش‌نامه خود مراقبتی در بیماران دیابتیک در مطالعه‌ای که ضرابان و همکاران (۱۳۹۲) انجام داده بودند $0/89$ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در پژوهش حاضر معادل $0/87$ بود. نمره خودمراقبتی صفر-۲۶۷ به‌عنوان خودمراقبتی با وضعیت نامطلوب، بین ۲۷-۵۲ وضعیت نیمه مطلوب و ۵۳-۷۷ مطلوب در نظر گرفته می‌شود (جعفری و همکاران، ۱۳۹۴).

پروتکل درمانی. محتوای جلسات توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی که با استفاده از پروتکل آموزشی تهیه‌شده توسط رستمی، یونسی، موللی، فرهود و بیگلریان (۱۳۹۳) و صیادی سرنی، حجت خواه و رشیدی (۱۳۹۵) اجرا گردید. در این جلسات ابتدا ارتباط

اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است، بدین صورت که پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ می‌گیرد. نمرات بالا نشان‌دهنده احساس خودکارآمدی بالا در فرد است. شرر و همکاران آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را $0/86$ به دست آوردند و برای سنجش اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی از همبستگی آن با مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر، خرده مقیاس گوین لائو بیتی در ۱۹۶۹، مقیاس درجه قابلیت اجتماعی مارلو و کراو در ۱۹۶۴، مقیاس بیگانگی از خود بارون در ۱۹۵۳ و مقیاس شایستگی فردی روزنبرگ در ۱۹۶۵ استفاده کردند (براتی، ۱۳۷۶، به نقل از نجفی و فولاد چنگ، ۱۳۸۶). بر اساس بررسی‌های انجام‌شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی، همبستگی منفی متوسط، بین مقیاس درجه قابلیت اجتماعی و خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط و بین بیگانگی از خود و شایستگی با خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط به‌دست آمد (نجفی و فولاد چنگ، ۱۳۸۶). همچنین مطالعات آنها نشان داد که بین نمرات این پرسش‌نامه و موفقیت در شغل و تحصیل همبستگی مثبت وجود دارد. کرامتی (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ آن را در نمونه‌های ایرانی $0/86$ به دست آورد. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر $0/83$ می‌باشد.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۱. این پرسش‌نامه توسط آرگایل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹) ساخته شد. پرسش‌نامه دارای ۲۹ عبارت ۴ گزینه‌ای می‌باشد که نمره‌گذاری گزینه‌های هر عبارت به صورت الف (صفر)، ب (۱)، ج (۲)، د (۳) می‌باشد. بالاترین نمره‌ای که شرکت‌کننده می‌تواند در این مقیاس کسب کند، ۸۷ و کمترین نمره این مقیاس صفر می‌باشد. نمرات بالاتر به معنای شادکامی بیشتر است (عابدی، میرشاه جعفری و لیاقتدار، ۱۳۸۵). هیلز و آرگایل (۲۰۰۱) ضریب پایایی پرسش‌نامه را $0/91$ و همبستگی درونی گویه‌ها را بین $0/4$ تا $0/65$ گزارش کرده‌اند. مؤلفان همبستگی‌های مثبتی بین این پرسش‌نامه با آزمون جهت‌گیری زندگی، شاخص توجه زندگی، آزمون حرمت خود و مقیاس رضایتمندی از زندگی به دست آوردند که نشان دهنده این است که اعتبار سازه این پرسش‌نامه در حد بالا می‌باشد. در

² Diabetes Self-Care Activities Measure

¹ Oxford Happiness Inventory (OHI)

شواهدی برای اثبات نقاط قوت صورت گرفته و این نقاط قوت توسط گروه شناسایی و تأیید شده و در نهایت با لیست اولیه نقاط قوت مقایسه می‌شود. شرح جلسات در جدول (۱) آمده است.

اولیه ایجادشده سپس عوامل مؤثر بر زندگی سالم بررسی و لیست نقاط قوت تهیه می‌شود. بازخوانی و جایگزین کردن خاطرات مثبت با خاطرات منفی با هدف بازسازی شناختی صورت می‌گیرد. مثبت نگری به صورت شناسایی و تهیه

جدول ۱

پروتکل جلسات مثبت‌اندیشی بر اساس نظریه سلیگمن (۲۰۱۲) و مطالعات مشابه ایرانی

جلسه	هدف	محتوی جلسات
اول	ایجاد ارتباط اولیه و شرح اهداف	در این جلسه معرفی و آشنایی بین روان‌شناس با اعضا و اعضا با یکدیگر صورت گرفت. اهداف و انتظارات شرکت‌کنندگان و روان‌شناس توضیح داده شد. شرح مختصری از اهداف جلسات آینده صورت گرفت. مثبت‌اندیشی و اثرات آن به صورت کوتاه معرفی شد.
دوم	بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، تهیه لیست نقاط قوت	عوامل مؤثر بر زندگی سالم از ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معرفی شرح داده شد و نوع دوستی، اهمیت حمایت اجتماعی و حرمت به خود در گروه به بحث گذاشته شد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد نقاط قوت خود را یادداشت کنند.
سوم	بازخوانی خاطرات مثبت و بازسازی شناختی	ابتدا از شرکت‌کنندگان خواسته شد یک خاطره منفی را به یاد بیاورند سپس از هر یک از اعضا یک خاطره مثبت از خود تعریف کردند و از گروه خواسته شد هر قوت به یاد خاطره منفی افتاد خاطره مثبت را جایگزین کنند.
چهارم	آموزش مثبت‌نگری، اهمیت و اولویت‌بندی نقاط قوت لیست شده	از شرکت‌کنندگان خواسته شد یک خاطره شیرین از هفته اخیر تعریف کنند که با نقاط قوت یادداشت شده در لیست مطابقت داشته باشد. سپس در زمینه رفتارهای مثبت بحث گروهی صورت گرفت.
پنجم	تعریف خاطرات مثبت در گروه	از اعضا خواسته شد سه خاطره منفی و سه خاطره مثبت را یادداشت کرده و احساسات خود را در باره هر یک از خاطرات در گروه بیان کنند.
ششم	ادامه بازگویی خاطرات	از اعضا خواسته شد تغییراتی را که در طی جلسات احساس کرده اند جمع‌بندی کنند. سپس اعضا نسبت به هر یک از اعضای گروه بازخورد دادند که با توجه به خاطراتی که تعریف کرده‌اند به نظر می‌رسد چه نقاط قوتی داشته باشند
هفتم	تهیه لیست جدید از نقاط قوت و مقایسه آن با لیست تهیه شده در جلسه دوم	از اعضا خواسته شد با توجه به بازخوردی که جلسه قبل دریافت کرده اند اگر ویژگی مثبت جدیدی در خود یافته‌اند با گروه به اشتراک بگذارند و احساس کنونی خود را با لیست ارائه شده در جلسه دوم مقایسه کنند. سپس در خصوص نقاط قوت یکدیگر گروه به بحث و تبادل نظر پرداخت.
هشتم	جمع‌بندی، بحث، پاسخ به سؤالات، پس‌آزمون	در این جلسه به سؤالات پاسخ داده شد. مهارت‌های آموزش داده شده مرور شد. از گروه بازخورد گرفته شد. پس‌آزمون صورت گرفت.

روش اجرا

داشتند اغلب دچار بیماری‌های حاد مختلف بوده و وضعیت قند خون آنها ثابت نبود. بنابراین برای ورود به مطالعه مناسب نبودند. سپس افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله به مدت ۸ جلسه در کلاس‌های آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی که توسط پژوهشگر در یک کلینیک خصوصی صورت گرفت شرکت کردند. مداخلات به صورت هفته‌ای دو بار هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه صورت گرفت. محتوای جلسات در جدول شماره ۱ آمده است. در طی این مدت افراد گروه کنترل تحت مراقبت معمول قرار داشتند و مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی هر

بعد از تأیید طرح پژوهش و طراحی جلسات آموزش مثبت‌اندیشی، به انجمن دیابت ایران مراجعه و با هماهنگی مسئولین جهت نمونه‌گیری اقدام شد. افراد مراجعه‌کننده بر اساس معیارهای ورود به مطالعه ارزیابی شدند و در نهایت ۳۰ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل با تعداد مساوی ۱۵ نفر در هر گروه به‌طور تصادفی جایگزین شدند. لازم به ذکر است که نقطه برش نمره افراد در پرسش‌نامه خود مراقبتی توبرت و همکاران (۲۰۰۰) در وضعیت نیمه مطلوب (نمره بین ۲۷-۵۳) در نظر گرفته شد، زیرا افرادی که وضعیت غیر مطلوب

سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تجزیه تحلیل با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

یافته‌ها

مقادیر میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ آورده شده است.

دو گروه دوباره پرسش‌نامه‌های خودمراقبتی، خودکارآمدی و شادکامی را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. جهت بررسی تفاوت بین دو گروه با در نظر گرفتن پیش‌آزمون به عنوان همپراش از آزمون کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
خودکارآمدی عمومی	۲۷/۴۰ (۶/۰۸)	۴۳/۳۳ (۷/۵۵)	۲۸/۱۴ (۷/۸۸)	۳۰/۵۸ (۶/۴۱)
تجربه خودکارآمدی	۱۱/۹۳ (۴/۰۷)	۲۳ (۴/۷۵)	۱۲/۳۶ (۶/۰۵)	۱۴/۴۵ (۵/۳۶)
خودکارآمدی کل	۳۹/۳۳ (۷/۱۴)	۶۶/۳۳ (۹/۱۸)	۴۰/۵ (۷/۲۹)	۴۵/۰۳ (۸/۱۸)
شادکامی	۴۱/۶۶ (۹/۶۷)	۵۱/۳۳ (۱۰/۷۶)	۴۰/۵۵ (۹/۶۹)	۴۲/۶۲ (۷/۳۶)
خودمراقبتی	۳۹/۵۳ (۸/۶۹)	۵۲/۳۳ (۹/۲۵)	۴۰/۴۸ (۸/۷۴)	۴۲/۱۲ (۴/۶۱)

آنها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن واریانس‌ها (نتایج مرحله پس‌آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدی عمومی ($Z=0/943$, $df=30$, $P \leq 113$)، تجربه خودکارآمدی ($Z=0/954$, $df=30$, $P \leq 214$)، شادکامی کل ($Z=0/922$, $df=30$, $P \leq 31$)، شادکامی ($Z=0/956$, $df=30$, $P \leq 241$) و خودمراقبتی ($P \leq 0.37$)، نتایج نمودار پراکنده (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۹۰ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، به طور تقریبی مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار شاخ و برگ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به درستی رعایت شده است، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از

با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین (و انحراف معیار) پیش‌آزمون نمرات خودکارآمدی گروه آزمایش ۳۹/۳۳ (و ۷/۱۴)، شادکامی ۴۱/۶۶ (و ۹/۶۷) و خودمراقبتی ۳۹/۵۳ (و ۸/۶۹) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) پس‌آزمون خودکارآمدی گروه آزمایش ۶۶/۳۳ (و ۹/۱۸)، شادکامی ۵۱/۳۳ (و ۱۰/۷۶) و خودمراقبتی ۵۲/۳۳ (و ۹/۲۵) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) پیش‌آزمون نمرات خودکارآمدی گروه کنترل ۴۰/۵ (و ۷/۲۹)، شادکامی ۴۰/۵۵ (و ۹/۶۹) و خودمراقبتی ۴۰/۴۸ (و ۸/۷۴) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) پس‌آزمون خودکارآمدی گروه کنترل ۴۵/۰۳ (و ۸/۱۸)، شادکامی ۴۲/۶۲ (و ۷/۳۶) و خودمراقبتی ۴۲/۱۲ (و ۴/۶۱) می‌باشد. طبق جدول ۲ در تمامی متغیرهای بیانگر سازه خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است. در حالی که در گروه کنترل وضعیت به‌طور کامل برعکس گروه آزمایش بود.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد؛ بنابراین قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس تک‌متغیری را برآورد می‌کنند، به بررسی

طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی با متغیر مستقل (توانبخشی روانی مبتنی برآموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می‌باشد (پس‌آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز بود. بنابراین برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شد. در نهایت نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیرهای وابسته (خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی) معنی‌دار نبوده است ($P \geq 0.05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۹۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

آزمون‌های لوین و تصحیحات باکس استفاده شد نتایج آزمون باکس برای متغیرها در مرحله پیش‌آزمون ($P \leq 0.001$) و پس‌آزمون ($P \leq 0.001$) معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس پذیرفته شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله

پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیر خودکارآمدی عمومی ($F_{(1, 28)} = 2.484, P \geq 0.132$)، تجربه خودکارآمدی ($F_{(1, 28)} = 0.18, P \geq 0.669$)، خودکارآمدی کل ($F_{(1, 28)} = 5.167, P \geq 0.027$)، شادکامی ($P \geq 0.287$)، و خودمراقبتی ($F_{(1, 28)} = 1.322, P \geq 0.28$) و ($F_{(1, 28)} = 0.41, P \geq 0.796$) معنی‌دار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از

جدول ۳

تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون نمرات خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی

متغیرها	منبع	مجموع‌مجدورات	درجه‌آزادی	میانگین‌مجدورات	نسبت F	سطح‌معنی‌داری	اندازه اثر
خودکارآمدی عمومی	پیش‌آزمون	۱۳۶۱۰/۷۰۰	۱	۱۳۶۱۰/۷۰۰	۳۴۸۱/۴۲۱	$P \leq 0.001$	۰/۴۲۱
	گروه	۱۴۰/۸۳۳	۱	۱۴۰/۸۳۳	۳۶/۰۲۳	$P \leq 0.001$	۰/۵۶۳
	خطا	۱۰۹/۴۶۷	۲۸	۳/۹۱۰			
تجربه خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱۲۸۱۳/۳۳۳	۱	۱۲۸۱۳/۳۳۳	۵۴۹۱/۴۲۹	$P \leq 0.001$	۰/۷۱۲
	گروه	۸۳/۳۳۳	۱	۸۳/۳۳۳	۳۵/۷۱۴	$P \leq 0.001$	۰/۵۶۱
	خطا	۶۵/۳۳۳	۲۸	۲/۳۳۳			
خودکارآمدی کل	پیش‌آزمون	۱۰۲۹۰۱/۱۶۳۳	۱	۱۰۲۹۰۱/۱۶۳۳	۹۵۴۸/۹۸۱	$P \leq 0.001$	۰/۵۸۷
	گروه	۹۹۷/۶۳۳	۱	۹۹۷/۶۳۳	۹۲/۵۷۸	$P \leq 0.001$	۰/۷۶۸
	خطا	۳۰۱/۷۳۳	۲۸	۱۰/۷۷۶			
شادکامی	پیش‌آزمون	۳۵۹۸۴/۰۳۳	۱	۳۵۹۸۴/۰۳۳	۴۶۷۹/۰۳۸	$P \leq 0.001$	۰/۳۶۲
	گروه	۱۴۹/۶۳۳	۱	۱۴۹/۶۳۳	۱۹/۴۵۷	$P \leq 0.001$	۰/۴۱۰
	خطا	۲۱۵/۳۳۳	۲۸	۷/۶۹۰			
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۲۵۸۷۲/۰۳۳	۱	۲۵۸۷۲/۰۳۳	۴۱۷۹/۳۲۸	$P \leq 0.001$	۰/۳۸۹
	گروه	۱۹۷/۶۳۳	۱	۱۹۷/۶۳۳	۳۱/۹۲۵	$P \leq 0.001$	۰/۵۳۳
	خطا	۱۷۳/۳۳۳	۲۸	۶/۱۹۰			

یافته با مطالعات حسینی‌خواه و همکاران (۱۳۹۳)، گونزالز و همکاران (۲۰۱۵)؛ اشیوانی (۲۰۱۷) نیز همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از آنجا که روان‌شناسی مثبت‌نگر به طور عمده به تقویت توانایی‌ها و شایستگی‌های فرد توجه دارد. آموزش مثبت‌اندیشی موجب افزایش در توانایی‌هایی چون امید، خوش‌بینی، پشتکار، انگیزش درونی می‌شود. توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی روی انگیزش تأثیر گذاشته و هرچه اعتقاد و باور قوی‌تر باشد فرد فعال‌تر بوده و تلاش وی بیشتر می‌شود و در نهایت مداومت رفتار در به دست آوردن هدف خاص مانند خودمراقبتی بیشتر خواهد بود. آنان همچنین می‌آموزند تا در زندگی موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را به‌طور شخصی شکل دهند، نه اینکه هر آنچه بر سرشان می‌آید به گونه‌ای منفعل بپذیرند. حضور در گروه، تبادل اطلاعات و افزایش انگیزه با هدف‌مندی جهت زندگی بهتر این افراد را تشویق می‌کند تا از دانش خودمراقبتی بهتر استفاده کنند.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر این که توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر شادکامی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد تأیید شد. این یافته همسو با یافته‌های فرنام (۱۳۹۵)، افروز و همکاران (۱۳۹۶)، صیادی‌سیرینی و همکاران (۱۳۹۵) و عصار زادگان (۱۳۹۶) می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت از آنجا که روان‌شناسی مثبت‌نگر در پی آن است که افراد را نیرومندتر و پربارتر کند و استعداد‌های آنان را شکوفا کند، بنابراین شکوفایی و افزایش توانمندی می‌تواند شادکامی را نیز در این افراد افزایش دهد. در این رویکرد بر نقاط قوت استعدادها تکیه دارد به سالمندان انگیزه می‌دهد بدون در نظر گرفتن شرایط خود تلاش کنند تا به نتیجه دلخواه خود برسند. علاوه بر آن موجب می‌شود با بهره‌گیری از امید، خوش‌بینی، انعطاف‌پذیری، علاقه، نوع‌دوستی، معنویت به بهترین وجه از پس مشکلات برآیند و در نتیجه از شادکامی بالاتری برخوردار باشند. این نوع توان‌بخشی سبب می‌شود تا سالمندان با درک نقاط قوت خود و دریافت دیدگاه دیگران درباره نقاط قوت‌شان سالم‌تر و زیباتر فکر کنند که این امر سبب می‌شود زندگی عینی خودشان را گسترده‌تر، عمیق‌تر و لذت‌بخش‌تر کنند توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی سبب می‌شود تا سالمندان مهارت‌های لازم

طبق جدول ۳، آماره F تمامی مؤلفه‌های مربوط به متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی در سطح $P \leq 0/001$ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین‌های مندرج در جدول ۲ به این نکته پی می‌بریم که گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل، عملکرد بهتری را در متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و خودمراقبتی داشته‌اند. با توجه به این یافته‌ها فرضیه‌های پژوهش تأیید شده و می‌توان گفت که آموزش توان‌بخشی روانی مبتنی بر مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خودکارآمدی عمومی، تجربی، شادکامی و خودمراقبتی مؤثر است. با توجه به نتایج میزان این تأثیر برای خودکارآمدی عمومی ۵۶ درصد، برای تجربه خودکارآمدی ۰/۵۶ برای خودکارآمدی کل ۷۶ درصد، برای شادکامی ۴۱ درصد و برای خودمراقبتی ۵۳ درصد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بسیاری از کارشناسان نگران هستند که رشد جمعیت سالمندان به هزینه‌های بهداشتی و درمانی شتاب خواهد داد و به بحران‌های اقتصادی و مالی منجر خواهد شد. هر چند سالمندی به خودی خود بیماری محسوب نمی‌شود، اما در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک سالمندی میزان بیماری‌های حاد مزمن و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان افزایش می‌یابد (نریمانی و صمدی‌فرد، ۱۳۹۶). به‌طوری‌که این پدیده طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنتی، ارزش‌ها، هنجارها را دچار تحولات قابل ملاحظه‌ای نموده و ایجاد سازمان‌های اجتماعی ویژه‌ای را ایجاد می‌کند (چوب فروش‌زاده، پناه اردکان، بحجتی اردکان و احمدی اردکانی، ۱۳۹۷). بر اساس متون موجود چنین استنباط می‌شود که شادکامی و خودکارآمدی از عوامل تأثیرگذار در سلامت روانی و جسمانی به شمار می‌روند (شارونی و همکاران، ۲۰۱۷؛ لسانی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خودمراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

فرضیه اول مبنی بر این که توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد تأیید شد که این

سالمدان کمک می‌کند اعتماد به نفس کافی داشته باشند تا بتوانند با دیگران ارتباط صحیح و مؤثر برقرار کنند و به هنگام بروز مشکلات با حفظ روحیه به تصمیم‌گیری صحیح بپردازند و در نهایت آرامش با بیماری خود سازگار شوند. روان‌شناسی مثبت‌نگر در پی آن است که از نقاط قوت انسان به‌عنوان سپری در برابر بیماری‌های روانی بهره گیرد به این منظور عواملی که سبب سازگاری و رضایت هر چه بیشتر آدمی در مواجهه با نیازها و تهدیدها زندگی می‌کردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد مطالعه در این رویکرد هستند. بنابراین توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تأکید بر مقاومت درونی، مکانیسم‌های مقابله‌ای و مثبت‌اندیشی می‌تواند به سالمدان کمک کند تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس‌آمیز و بیماری با فقدان‌ها و دردها سازگار شوند و از آنها نجات یابند.

بنابراین یافته‌های پژوهش نشان داد که توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خود مراقبتی، شادکامی و خودکارآمدی در سالمدان اثربخش است. بی‌تردید اغلب مطالعات و فعالیت‌های پژوهشی در زمان اجرا، همراه با چالش‌ها و مشکلات گوناگون می‌باشد. این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نبوده و با محدودیت‌ها و مشکلات متعددی مواجه بوده است که به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکل دسترسی دوباره به شرکت‌کنندگان از پیگیری نتایج به‌دست‌آمده صرف نظر شد. عدم بررسی تأثیر این آموزش‌ها و مداخلات در دراز مدت از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌شود برای اطمینان علاوه بر استفاده از ابزارهای خودسنجی در صورت امکان از ابزارهای تکمیلی مصاحبه و مشاهده استفاده شود. همچنین تأثیر توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به‌صورت طولانی مدت بررسی شود و پژوهشگران این آموزش‌ها را در زمان طولانی‌تر انجام دهند تا یافته‌ها تأثیر دقیق‌تر و پایدارتری را نشان دهند. پیشنهاد دیگر اینکه تأثیر توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر روی متغیرهای دیگر از جمله کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی و غیره بررسی شود و در پژوهش‌های آتی، توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی در کنار سایر شیوه‌های مداخلات

برای برخوردار بودن از خوش بینی و مثبت‌نگری همراه با انعطاف‌پذیری مبتنی بر واقعیت را کسب کنند که این امر سبب می‌شود آنها در برابر مسائل و مشکلات، ایمن‌سازی روانی شوند.

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر این که توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خودکارآمدی سالمدان مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد تأیید گردید. تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، نشانگر تأثیر مداخله بر بهبود خودکارآمدی عمومی و تجربه خودکارآمدی سالمدان بود و با توجه به اندازه اثر ۰/۵۷ و ۰/۵۰ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون، ناشی از مداخله بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های کاستلو و استون (۲۰۱۲) و تقی‌زاده و افلاکی‌فرد (۲۰۱۷) می‌باشد. فردریکسون (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که تجربه هیجانهای مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌نگر به آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی موجب می‌شود تا سالمدان تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسند و نقش آنها را در افزایش و ارتقاء احترام خود و عزت نفس بازشناسی کنند در عین حال توانایی شناخت جنبه‌های مثبت خود را نیز کسب کنند که این امر موجب افزایش خودکارآمدی در آنان می‌شود. از طرفی این برنامه آموزشی بر افزایش عزت نفس نیز تأثیر مثبت نشان داده است (برخورداری، رفاهی و فرحبخش، ۱۳۸۹). بنابراین دور از انتظار نیست سالمندی که در جلسات گروهی با افرادی شرکت می‌کند که بیماری مشابهی با وی دارند همانندسازی‌هایی صورت می‌گیرد که طبق نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۹۹) افزایش خودکارآمدی از طریق مشاهده رفتار مشابه در هم‌تایان تقویت می‌شود.

توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی موجب بهبود توانایی‌های فردی سالمدان به منظور رویارویی با موقعیت‌های منفی و تمرکز بر مهارت‌های مثبت می‌شود و به آنان کمک می‌کند تا دیدگاهی واقع‌بینانه نسبت به خود و زندگی پیدا کنند و درباره مشکلات واقعی و بیماری خود به درستی قضاوت کنند. در واقع آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به

روان‌شناختی مطالعه شود تا میزان اثربخشی این برنامه در حالات مختلف بررسی شود.

سیاس‌گذاری

از سالمندان عزیز شهر تهران که در این پژوهش همکاری داشتند و مسئولین محترم انجمن دیابت ایران که برای اجرای پروتکل یاری نمودند تشکر و تقدیر به عمل می‌آید.

منابع

افروز، غ، دلیر، م، و صادقی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۲۴)، ۱۹۹-۱۸۰.

برخورداری، ح، رفاهی، ژ، و فرحبخش، ک. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به شیوه‌ی گروهی بر انگیزه‌ی پیشرفت، عزت نفس و شادکامی دانش‌آموزان پسر پایه‌ی اول دبیرستان شهر جیرفت. *فصلنامه علمی-پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*، ۱(۳)، ۱۴۴-۱۳۱.

برهانی‌نژاد، و، کزازی، ل، حقی، م، و چهره‌نگار، ف. (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی سالمندان دیابتی شهر کرمان و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۲. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۱(۱)، ۱۷۳-۱۶۲.

برهانی‌نژاد، و، منصوری، ط، حسینی، ر، کجایی بیدگلیف، ا، و فدای وطنف، ر. (۱۳۹۵). رابطه دانش دیابتی با عملکرد خود مراقبتی در سالمندان دیابتی شهر کرمان ۱۳۹۴. *سالمندشناسی*، ۱(۳)، ۱۰-۱.

بیگدلی، م، هاشمی‌نظری، س، خداکریم، س، برودتی، ح، مافی، ه، و جعفری، ز. (۱۳۹۴). بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۵(۱۲۵)، ۷۲-۶۱.

جعفری، ی، رحیمی، ج، بک نظر، س، لشکردوست، ح، محدث حکاک، ح، و موسوی جاجرمی، س. (۱۳۹۴). ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و عملکرد خود مراقبتی در بیماران دیابت نوع ۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۲(۲)، ۴۶۳-۴۵۳.

چوب‌فروش‌زاده، آ، محمد پناه اردکان، ع، بحجتی اردکان، ف، و احمدی اردکانی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مرور زندگی بر میزان افسردگی و رضایت از زندگی افراد سالمند شهر اردکان. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۲)، ۱۶۴-۱۵۵.

حسینی خواه، م، منشئی، غ، و ابراهیمی، ا. (۱۳۹۳). پیش‌بینی رفتار خود مراقبتی بر مبنای ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت

در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۲)، ۲۲۵-۲۱۷.

دهقان‌نژاد، س، حاج‌حسینی، م، اژه‌ای، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر سازگاری اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی دختران نوجوان ناسازگار. *روان‌شناسی مدرسه*، ۶(۱)، ۶۵-۴۸.

ذلک، خ، کاظمی حکیم، ب، مطلبی، ح. (۱۳۹۱). موانع خود مراقبتی از دیدگاه بیماران دیابتیک نوع ۲ و راهکارهای رفع آن. *فصلنامه علمی پژوهشی زیست پزشکی جرجانی*، ۱(۱)، ۳۰۳۷-۳۰۳۰.

رستمی، م، یونسی، ج، موللی، گ، فرهود، د، و بیگلریان، ا. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی توان‌بخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان کم‌شنوا. *دو ماهنامه شنوایی شناسی*، ۳، ۴۵-۳۹.

رنجبر نوشری، ف، بشریور، س، حاجلو، ن، نریمانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۶(۴)، ۱۰۵-۸۷.

زارع، ر، بنیسی، پ، و رضوی، م. (۱۳۹۶). *بررسی ارتباط مثبت‌اندیشی با شادکامی*. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روانشناسی و امنیت اجتماعی، دانشگاه آل‌طه-معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری کل استان البرز.

شعبانی، ج، ره‌گوی، ا، نوروزی، ک، رهگذر، م، و شعبانی، م. (۱۳۹۵). ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های شهر تهران. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۱(۴)، ۵۲۷-۵۱۸.

صیادی سرینی، م، حجت خواه، س، و رشیدی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۷۱-۶۱.

ضاریان، ا، نیکنامی، ش، حیدرنیا، ع، ر، رخشانی، ف، کریمی، م، کوهپایه‌زاد اصفهانی، ج، و برادران، ح. (۱۳۹۳). پیشگویی کننده‌های خود مراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در میان بیماران زن دیابتی زاهدان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. *مجله تحقیقات نظام سلامت، ویژه نامه آموزش بهداشت*، ۱۸۰۵-۱۷۹۷.

طباطبایی ملاذی، ع، پیمانی، م، حشمت، ر، و پژوهی، م. (۱۳۸۹). وضعیت مراقبت دیابت در سالمندان دیابتی

- مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۰(۲)، ۱۶۹-۱۶۱.
- عابدی، م.، میرشاه‌جعفری، ا.، و لیاقتدار، م. (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۲(۲)، ۹۵-۱۰۰.
- عصارزادگان، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی). دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد.
- فرنام، ع. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مثبت‌نگری در افزایش کیفیت و امید به زندگی در سالمندان. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۱(۲)، ۷۵-۸۸.
- قربانی، م.، علیپور، ا.، و علی اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات رویکرد مثبت‌گرا بر افسردگی، عزت نفس، امید به زندگی و تصویر بدنی زنان ماستکتومی شده. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۶(۳)، ۱۶۷-۱۵۱.
- کرامتی، ه. (۱۳۸۰). بررسی رابطه خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان سوم راهنمایی شهر تهران و نگرش آن‌ها نسبت به درس ریاضی با پیشرفت آن‌ها (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- لسانی، آ.، ذهنی مقدم، س.، شرفی، س.، جوادی، م.، و علی‌مرادی، ف. (۱۳۹۶). ارتباط شادکامی با فشارخون و قند خون در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۵(۱)، ۱-۱۰.
- ملاشهری، م.، نوری پورلیاوی، ر.، حسینیان، س.، علیخانی، م.، رسولی، آ.، و طباطبایی، ح. (۱۳۹۴). بررسی جامع شادکامی سالمندان در شهر زاهدان. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۲)، ۳۴-۲۳.
- نجفی، م.، و فولادچنگ، م. (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی. *دانشور رفتار*، ۱۴(۲)، ۶۹-۸۱.
- نریمانی، م.، و صمدی‌فرد، ح. (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی در سالمندان: نقش عزت نفس، خودکارآمدی و شادکامی. *روان‌شناسی پیری*، ۳(۳)، ۱۹۹-۲۰۶.
- نقیبی، ا.، اصغری، م.، و رستمی، ف. (۱۳۹۴). بررسی اثر آموزش بر ارتقای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان نور در
- سال ۱۳۹۳. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۱(۲)، ۲۸-۲۲.
- واعظی، ع.، فلاح تفتی، ب.، و مشتاق عشق، ز. (۱۳۹۶). بررسی عوامل زمینه‌ای مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات استان یزد، سال ۱۳۹۳. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۵(۱۰)، ۷۷۹-۷۷۰.
- Anderson, J. R., Novak, J. R., Johnson, M. D., Deitz, S. L., Walker, A., Wilcox, A., & Robbins, D. C. (2006). A dyadic multiple mediation model of patient and spouse stressors predicting patient dietary and exercise adherence via depression symptoms and diabetes self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 1020-1032.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounter. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North Holland: Elsevier.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41.
- Barfarazi, H., Pourghaznein, T., Mohajer, S., Mazlom, S., Asgharinekah, S. (2018). Evaluating the Effect of Painting Therapy on Happiness in the Elderly. *Evidence Based Care*, 8(3), 17-26.
- Bester, E., Naidoo, P., & Botha, A. (2016). The role of mindfulness in the relationship between life satisfaction and spiritual wellbeing amongst the elderly. *Social Work*, 52(2), 245-266.
- Boothroyd, R. I., & Fisher, E. B. (2010). Peers for progress: promoting peer support for health around the world. *Family practice*, 27(suppl_1), i62-i68.
- Chan, P., Bhar, S., Davison, T. E., Doyle, C., Knight, B. G., Koder, D., ... & Wuthrich, V. M. (2018). Characteristics of Cognitive Behavioral Therapy for Older Adults Living in Residential Care: Protocol for a Systematic Review. *JMIR research protocols*, 7(7), 1-6.
- Chei, C. L., Lee, J. M. L., Ma, S., & Malhotra, R. (2018). Happy older people

- live longer. *Age and Ageing*, 47(6), 860-866.
- Costello, C. A., & Stone, S. L. (2012). Positive Psychology and Self-Efficacy: Potential Benefits for College Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 25(2), 119-129.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Toward a psychology of optimal experience. In Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 209-226). Springer Netherlands.
- Dawson, A. Z., Walker, R. J., Campbell, J. A., & Egede, L. E. (2015). Effect of perceived racial discrimination on self-care behaviors, glycemic control, and quality of life in adults with type 2 diabetes. *Endocrine*, 49(2), 422-428.
- Demmer, R. T., Gelb, S., Suglia, S. F., Keyes, K. M., Aiello, A. E., Colombo, P. C., ... & Kubzansky, L. D. (2015). Sex differences in the association between depression, anxiety, and type 2 diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 77(4), 467.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Gonzalez, J. S., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. A. (2015). Distress and type 2 diabetes-treatment adherence: A mediating role for perceived control. *Health Psychology*, 34(5), 505-513.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a Major Dimension of Happiness. *Personality and Individual Differences*, 31, 1357-1364.
- Ho, H. C., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197.
- Kahl, K. G., Schweiger, U., Correll, C., Müller, C., Busch, M. L., Bauer, M., & Schwarz, P. (2015). Depression, anxiety disorders, and metabolic syndrome in a population at risk for type 2 diabetes mellitus. *Brain and Behavior*, 5(3), e00306.
- Kalyani, R. R., Golden, S. H., & Cefalu, W. T. (2017). Diabetes and aging: unique considerations and goals of care. *Diabetes care*, 40(4), 440-443.
- Kim, G., Shim, R., Ford, K. L., & Baker, T. A. (2015). The relation between diabetes self-efficacy and psychological distress among older adults: do racial and ethnic differences exist? *Journal of Aging and Health*, 27(2), 320-333.
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., & Lee, X. Q. (2004). The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 269-276.
- LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 472-493.
- Lindkvist, E. B., Kristensen, L. J., Sildorf, S. M., Kreiner, S., Svensson, J., Mose, A. H., ... Thastum, M. (2017). A Danish version of self-efficacy in diabetes self-management: A valid and reliable questionnaire affected by age and sex. *Pediatric Diabetes*, 19(3), 544-552.
- Liu, T. (2012, October). A Concept Analysis of Self-Efficacy among Chinese Elderly with Diabetes Mellitus. *In Nursing Forum*, 47(4), 226-235.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615.
- Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R., & Gruber, T. (2017). Mindful aging: the effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. *Mindfulness*, 8(1), 78-94.
- Millspaugh, C. D. (2005). Assessment and response to spiritual pain: part I. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5), 919-923.
- Molina Codecido, C., Rosales Rebolledo, T., Pavez Salinas, P., & Vera-Villaruel, P. (2017). Happiness as a risk factor for adherence to treatment in patients with diabetes mellitus II. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 611-630.
- Mullane, M., Dooley, B., Tiernan, E., & Bates, U. (2009). Validation of the Demoralization Scale in an Irish advanced

- cancer sample. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), 323-330.
- Naito, M., Suzukamo, Y., Fujii, W., Seta, H., Murata, K., Naito, T., & Kikutani, T. (2015). Quality of life and perspectives of happiness in middle-aged and older people with dysphagia. *Value in Health*, 18(7), A427.
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. In S. David, I. Boniwell, & A.C. Ayers (Eds.), *The Oxford Handbook of Happiness* (pp. 134-151). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2006). Character strengths and virtues: a Hand book and classification. New York: Oxford University Press and Washington, DC: American Psychological Association.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47-56.
- Rajab zadeh, S. Yazdkhasti, F. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology*, 6(21), 29-39.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal of Religion and Health*, 41(2), 153-166.
- Rao, S. S. (2005). Prevention of falls in older patients. *American Family Physician*, 72(1), 8-81.
- Sahoo, S., & Mohapatra, P. K. (2009). Demoralization syndrome: A Conceptualization. *Orissa Journal of Psychiatry*, 16, 18-20.
- Schiavone, L. M. (2017). *Positive Self-Care Yields Caring Healers (PSYCH): A Positive-Psychology-Based, Peer-Supported Self-Care Series for Therapist Wellbeing* [power point]. Retrieved from https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1133&context=mapp_capstone
- Seligman, M. E. (2012). *Positive psychology in practice*. John Wiley & Sons.
- Sharoni, S. A., Razi, M. M., Rashid, N. A., & Mahmood, Y. E. (2017). Self-efficacy of foot care behaviour of elderly patients with diabetes. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 12(2), 1-8.
- Sherer, M., Maddux JE, Mercandante B, Prentice-dunn S, Jacobs B, & Rogers RW. (1982). The self-efficacy scales: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-667.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465-471.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978.
- Sympa, P., Vlachou, E., Kazakos, K., Govina, O., Stamatiou, G., & Lavdaniti, M. (2017). Depression and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes in Northern Greece. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*, 18(4), 371-378
- Taghizadeh, L., & Aflakifard, H. (2017). The effectiveness of positive thinking training on stress and self-efficacy of elementary school's girl students of Jahrom in 2015-2016. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(3), 379-381.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950.
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., ... & Prochaska, J. O. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 26(5), 1468-1474.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.
- Ventegodt, S., Kandel, I., Neikrug, S., & Merrick, J. (2005). Clinical holistic

- medicine: the existential crisis—life crisis, stress, and burnout. *The Scientific World Journal*, 5, 300-312.
- Wang, J-J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235-1240
- Wu, L. F., & Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 120-127.
- Wu, Y., Yao, X., Vespasiani, G., Nicolucci, A., Dong, Y., Kwong, J., ... Li, S. (2017). Mobile app-based interventions to support diabetes self-management: a systematic review of randomized controlled trials to identify functions associated with glycemic efficacy. *JMIR MHealth and UHealth*, 5(3), e35.
- Yang, W., Staps, T., & Hijmans, E. (2010). Existential crisis and the awareness of dying: The role of meaning and spirituality. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(1), 53-69.