

اثر بخشی واقعیت‌درمانی بر بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی مردان سالمند مقیم آسایشگاه

اسماعیل صدری دمیرچی ✉
دانشگاه محقق اردبیلی

کاظم خزان
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

شهریار درگاهی
دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۲۸

یکی از حوزه‌های مهم سلامت سالمندان بعد روانی آن است که نیازمند توجه خاص به ویژه پیشگیری از اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و احساس یأس و ناامیدی در آنان و لزوم توجه به بهزیستی آنها است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی در بهزیستی سالمندان انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان مرد ساکن در مرکز ماندگاران شهر اردبیل بود. ابتدا پرسش‌نامه بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی کی‌یز و ماگیارمو توسط کلیه‌ی سالمندان تکمیل گردید و از بین سالمندانی که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسش‌نامه کسب کرده بودند ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس برنامه‌ی واقعیت‌درمانی، طی هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان برنامه‌ی مداخله‌ای، پرسش‌نامه مجدداً برای هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کوواریانس مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که واقعیت‌درمانی موجب افزایش بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی سالمندان شده است. در نتیجه لزوم کاربست درمان‌های متمرکز بر مشکلات خلقی و عاطفی سالمندان به ویژه افزایش بهزیستی آنان ضروری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی، سالمندان

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده است (صدری و رضانی، ۱۳۹۵). بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی سالمندی و آمار و ارقام اعلام شده توسط سازمان جهانی

بهداشت در سال ۲۰۱۰ هم حاکی از روند پیر شدن جمعیت و افزایش تعداد و شمار سالمندان است (خزان، یونسی، فروغان، سعادت، ۱۳۹۴). در ایران نیز برخی از آمارهای رسمی هم نشان می‌دهد که سالمندان بیش از هفت درصد اعضای جامعه را تشکیل می‌دهند (حاجلو و جعفری، ۱۳۹۳). اهمیت توجه به این تعداد سالمند در ایران در این نکته نهفته است که سالمندان ایرانی مثل سایر سالمندان دنیا نیز با مشکلاتی معطوف به سلامتی جسمی و روانی دست و پنجه نرم می‌کنند (گل‌پرور و مصاحبی، ۱۳۹۴). در این میان به علت بالا بودن سن و ناتوانی‌هایی که در ابعاد جسمی و روان‌شناختی (جعفری، حاجلو، فغانی، خزان،

اسماعیل صدری دمیرچی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. کاظم خزان کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. شهریار درگاهی، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به اسماعیل صدری دمیرچی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران باشد.

پست الکترونیکی: e.sadri@uma.ac.ir

شواهد بیشتری برای داشتن احساس تنهایی و اندیشیدن به مرگ و اضطراب ناشی از آن (گلدزویک، بایدر، اندریخت و روتبرگ، ۲۰۱۶) بخصوص در سالمندانی که مقیم آسایشگاه هستند می‌باشد (زراعتی، حقانی زمیدانی و خدادادی سنگده، ۱۳۹۵). رویکردهای افزایش بهزیستی به عنوان یکی از متغیرهای وابسته پژوهش عموماً به مداخلات روان‌شناسی مثبت معروف است، یکی از آنها واقعیت‌درمانی است که هدف آن افزایش احساسات مثبت، و بررسی و شناسایی شناخت‌های معیوب و ناسازگار در افراد است (سقائیان، بهمنی، اسکندری و عسگری، ۱۳۹۴). همچنین مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره‌ی درست یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و دستیابی به هویت توفیق نیز در واقعیت‌درمانی مورد تأکید است (اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس غروی، ۱۳۹۲). پژوهش‌های متعدد بیانگر اثربخشی واقعیت‌درمانی در افزایش امید به زندگی و کاهش احساس تنهایی (پاکزاد و محمدپرست، ۱۳۹۳) در سالمندان است. از سوی دیگر، تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای و پذیرفته نشدن سالمندان در خانواده‌ها، تغییراتی را در سبک زندگی آنان بوجود آورده است که این امر موجب افزایش تقاضا برای مراقبت درازمدت از سالمندان در مراکز نگهداری، تحت عنوان خانه سالمندان در دهه‌های اخیر شده است (جدیدی، فراهانی‌نیا و جان‌محمدی، ۲۰۱۱). تغییراتی که در وضعیت جسمی و روان‌شناختی فرد سالمند ایجاد می‌شود ارتباط نزدیکی با مسائل محیط خانوادگی، بسترهای فیزیکی و اجتماعی زندگی از جمله زندگی در سرای سالمندان و یا حتی منزل شخصی دارد. نتایج مطالعات نشان داد افراد ساکن در خانه سالمندان دارای اختلالات بیشتری بوده و سلامت عمومی و کیفیت زندگی پایین‌تری را در مقایسه با سالمندان مقیم منزل تجربه می‌کنند (ترکی، حاجی‌کاظمی، باستانی و حقانی، ۲۰۱۱). با توجه به پیشینه‌ی پژوهشی و بروز مشکلات روان‌شناختی در سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها، لزوم توجه ویژه به این قشر از سالمندان احساس می‌شود. بنابراین این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روانی-اجتماعی و هیجانی سالمندان مقیم آسایشگاه مؤثر است؟

(۱۳۹۱)، و همچنین تغییراتی همچون کاهش توانایی‌های فیزیکی، تجربه‌ی وقایع مهم زندگی به مانند بازنشستگی، اقامت در خانه‌های سالمندان و کاهش درآمد (قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱) و از دست دادن حمایت اجتماعی و مشارکت کمتر در جامعه (گودرز، فروغان، مکارم، راشدی، ۱۳۹۴) در آنها باعث شده است که این قشر بیشتر مستعد ناراحتی‌های روانی و مشکلات مربوط به سلامت روان و بهزیستی (جعفری و همکاران، ۱۳۹۱) بشوند. در سال‌های اخیر از جمله شاخص‌هایی که در سالمندان با توجه به شرایط زندگی آنها توانسته است در کیفیت زندگی فردی و ارتباطشان تأثیرگذار باشد توجه به سلامت روانی و بهزیستی بطور اعم و بهزیستی هیجانی-روانی و اجتماعی افراد بطور اخص بوده است. در سالیان اخیر به جای تعریف سلامتی به عنوان عدم وجود بیماری، از معیار جدیدی به نام بهزیستی روان‌شناختی صحبت به میان آمده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸).

بهزیستی ذهنی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، پیوند و رابطه‌ی مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت و خلق مثبت دانست (کارادماس، ۲۰۰۷). در واقع بهزیستی ذهنی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان (شامل کیفیت کنش‌های اجتماعی، روان‌شناختی و عاطفی) اطلاق می‌شود (بریدگز، گویلین، و جانسن، ۲۰۰۱). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، آینده خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند (اسمخانی اکبرنژاد، اعتمادی، نصیرنژاد، ۱۳۹۳). تحقیقات بسیاری بر تأثیر متغیرهایی همچون سن، جنس یا شرایط زندگی اجتماعی بر بهزیستی ذهنی تأکید کرده‌اند (تقربی، شریفی و سوکی، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن دچار مشکلاتی در بهزیستی هستند (میرزائی و شمس‌قهفرخی، ۲۰۰۷) و از اختلالاتی همانند افسردگی و اختلالات شناختی رنج می‌برند (یزدخواستی، ۱۳۸۸). گزارش‌ها حاکی از آن است که حدود ۱۵ درصد سالمندان آسایشگاه دچار افسردگی هستند (سادوک و کاپلان، ۲۰۱۱). علاوه بر مسائلی که بدان اشاره شد مشکلاتی همانند تغییرات جسمی، از دست دادن خویشاوندان و دوستان نیز نشانگر

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی افراد سالمند ساکن سرای سالمندان مرکز ماندگاران شهرستان اردبیل در سال ۹۴-۹۵ تشکیل می‌دادند. از جمله معیارهای ورود به درمان، عدم تشخیص در یکی از محورهای راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی برای مدت بیش از دو هفته قبل از شروع مداخله، عدم شرکت همزمان در برنامه‌ی درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. افراد دارای شرایط فوق و مایل به همکاری با کسب رضایت‌نامه کتبی وارد پژوهش شدند. از جمله ملاک‌های خروج، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

ابزار

پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی. این مقیاس برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بکار می‌رود که توسط کی‌یز و ماگیارمو در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است و از ۴۵ سؤال تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد که از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره‌گذاران استفاده می‌شود. ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد که از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود و در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد که برای نمره‌گذاری این خرده مقیاس هم از طیف

لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌گردد. اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۹۱٪ و بخش هیجان منفی ۷۸٪ بود. زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۴٪ تا ۷٪ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۸٪ و بالاتر بود (کی‌یز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیرمقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۷۵٪، ۷۶٪، ۶۴٪ و ۷۶٪ می‌باشد (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب ۸۰٪، ۸۶٪، ۸۰٪ و ۶۴٪ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). این پرسش‌نامه توسط گلستانی بخت (۲۰۰۷) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. وی ضریب همبستگی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی را ۷۸٪ و مقیاس فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۶۴٪، ۶۴٪، ۷۶٪ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۸۰٪ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۸۶٪، ۸۰٪ و ۶۱٪ بدست آمده است.

پروتکل درمانی واقعیت‌درمانی. در این پژوهش سالمندان براساس بسته‌ی آموزشی-درمانی محقق ساخته بر اساس نظریه‌ی واقعیت‌درمانی گلاسر (۲۰۰۴) مورد مداخله قرار گرفتند که خلاصه‌ای از پروتکل درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱

شرح مختصر جلسات گروهی واقعیت‌درمانی

جلسات	مشرح جلسات
اول	آشنایی اعضاء با یکدیگر و با مقررات دوره آموزشی، بیان هدف جلسات و یادگیری مفهوم بهزیستی و مبانی نظری انتخاب، لزوم برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر به صورت ثمربخش
دوم	درباره بهزیستی و اصول واقعیت‌درمانی همانند روان‌شناسی کنترل بیرونی و نیز مؤلفه‌ی اساسی یعنی معرفی نیازهای اساسی و تأثیر آن بر بهزیستی و آشنایی با مؤلفه‌های آن
سوم	ارائه توضیحاتی در مورد اینکه چگونه می‌توان به بهزیستی دست یافت و درک مفهوم بهزیستی و مؤلفه‌ها و عوامل مؤثر بر آن و نیز ارائه تکلیف به اعضا
چهارم	ترغیب کردن مراجعان به ایجاد حالت‌های خوشایند هیجانی و توجه به بعد فیزیولوژیکی رفتار و نیز ارائه توضیحاتی در مورد زندگی در زمان حال

پنجم	آموزش کلیت رفتار به شرکت‌کنندگان و مفهوم تعادل در چهار مؤلفه رفتار (انجام دادن، فکر کردن، احساس کردن، فیزیولوژی) با استفاده از فن صندلی شکسته
ششم	ضمن مروری بر مباحث جلسه قبل، آموزش مفهوم دنیای کیفی و نحوه کنترل بر نیازهای از طریق شناسایی عکس‌های دنیای کیفی (آلبوم شخصی)
هفتم	استفاده از فن کوله‌پشتی با هدف ترغیب شرکت‌کنندگان برای انتخاب رفتارهای مسئولانه از خزانه رفتاری و داشتن احساسات خوشایند و آماده شدن برای داشتن بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی
هشتم	ضمن ارائه توضیحاتی درمورد رابطه ثمربخش و ارتباط آن با مفهوم بهزیستی به بیان خلاصه ای از تمام جلسات و آموزش در مورد برقراری ارتباط میان بهزیستی (هیجانی، روانی و اجتماعی) و مفاهیم موجود در نظریه انتخاب با همراهی ایده‌های اعضای شرکت‌کنندگان در جلسات در ضمن ارائه طرح‌هایی برای نگهداری اهداف جلسات مداخله و در پایان به دست‌آوردن بازخورد از شرکت‌کنندگان پیرامون طرح مداخله پرداخته شد.

روش اجرا

پس از کسب مجوز از اداره بهزیستی استان اردبیل، ابتدا پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی توسط کلیه‌ی سالمندان تکمیل گردید و از بین سالمندان ۳۰ نفر بطور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه (یک ساعتی) تحت آموزش واقعیت‌درمانی قرار گرفتند. در حالی که افراد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. پروتکل درمان توسط کارشناس ارشد مشاوره که دوره‌های آموزشی واقعیت‌درمانی را گذارنده بود اجرا شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح $p > 0/05$ بود که نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیر بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است ($p > 0/05$). همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده گردید که با توجه به عدم معناداری آزمون لون برای پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. شاخص‌های توصیفی دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی 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)
بهزیستی هیجانی	۲۸/۵۰ (۴/۵۴)	۳۴/۸۸ (۳/۷۶)	۲۴/۷۳ (۳/۸۷)	۲۶/۷۳ (۴/۱۹)
بهزیستی روانی	۴۹/۳۷ (۳/۳۱)	۸۹/۶۰ (۶/۴۱)	۵۱/۲۳ (۴/۴۰)	۴۷/۱۲ (۵/۱۱)
بهزیستی اجتماعی	۴۴/۵۰ (۴/۵۴)	۸۳/۸۸ (۳/۷۶)	۴۶/۷۳ (۳/۸۷)	۵۱/۷۳ (۴/۱۶)

متغیرها در پس‌آزمون در دو گروه تفاوت وجود دارد و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۵۶، ۶۴ و ۴۵ درصد از کل واریانس گروه آزمایش به ترتیب در بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد و این تفاوت‌ها بیانگر وجود تفاوت معنادار یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل بود؛ ولی برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد در دو گروه آزمایش و کنترل در سالمندان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همچنین بیشترین شرکت‌کنندگان دوگروه مداخله و کنترل دارای سطح تحصیلات ابتدایی و کمترین شرکت‌کنندگان دو گروه دارای سطح تحصیلات دیپلم هستند.

به منظور پی بردن به تفاوت در میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که با توجه به معناداری آن ($f=44/70, p<0/01$) می‌توان گفت که حداقل در یکی از

جدول ۳

کوواریانس برای بررسی معنی‌داری اثربخشی واقعیت‌درمانی بر هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در دو گروه مداخله و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه‌اثر	معنی داری
بهزیستی هیجانی	گروه	۱	۵۷۰/۱۱۲	۴۱/۱۷	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱	۷۵/۶۶۰	۸/۵۷	۰/۰۹	۰/۱۱۰
بهزیستی روانی	گروه	۱	۳۲۷۱/۴۵	۴۵/۹۹	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱	۱۳۹/۵۳۲	۲/۸۵	۰/۱۲	۰/۱۹۶
بهزیستی اجتماعی	گروه	۱	۹۸۵/۹۳۵	۳۶/۵۰	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱	۲۱۶/۸۶۵	۹/۷۸۹	۰/۱۰	۰/۰۸۱

داشتن کنترل درونی بر زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها را بیشتر کرده و از طرفی نشان داده شده است که این شاخص‌ها موجب افزایش بهزیستی روانی سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها (خسروی و خسروی، ۱۳۹۴) می‌شود. این یافته با پژوهش‌های صاحب‌دل، خوش‌کنش، و پوراابراهیم (۱۳۹۰) و قاضی‌اف (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. تأکید واقعیت‌درمانی بر کنترل درونی به فرد می‌فهماند که می‌تواند بر زندگی خود کنترل داشته و از کنترل شدن توسط نیروهای بیرونی جهان فاصله بگیرد و به شیوه‌ی جدید به دنیا، زندگی و خود بنگرد. اینکه افراد بتوانند موفقیت‌ها و شکست و موقعیت‌ها را به خودشان و افکارشان نسبت دهند و معتقد شوند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می‌کنند تحت کنترل خودشان و نه تحت کنترل عوامل اجتماعی است، و خود را قربانی و دستکاری شده اجتماع تلقی نکنند می‌تواند به بهبود روابط اجتماعی و نگرش آنها به دیگران (آقایوسفی، فتحی‌آشتیانی، علی‌اکبری و ایمانی‌فر، ۱۳۹۵) و در نهایت بهزیستی اجتماعی سالمندان

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، واقعیت‌درمانی بر بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی در مرحله پس‌آزمون، اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهزیستی ذهنی که شامل مؤلفه‌های هیجانی، روانی و اجتماعی سالمندان بود. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی در بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی سالمندان مؤثر است.

براساس رویکرد واقعیت‌درمانی به افراد آموزش داده شد تا نیازهای اساسی‌شان را شناخته و به طور صحیحی برآورده کنند؛ زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه‌ی صحیح، چه در داخل آسایشگاه چه بیرون از آن سبب افزایش میزان عزت نفس و خودارزشمندی و احساس

۲۰۱۲). لانگر و رودین (۲۰۰۶) هم اظهار می‌دارند که واقعیت‌درمانی می‌تواند با تأکید بر کنترل، مسئولیت، احساس و نگرش به اینکه همه چیز تحت کنترل خودمان است و با ساز و کارهای خود به سالمندان کمک کند تا با تغییر در نگرش، باعث خوش‌بینی و بازتعریف مثبت زندگی و موقعیت‌شان شوند، که این امر در نهایت باعث بهبود سلامت روانی (صفائی‌راد، کریمی، شوموسی و احمدی طهور، ۱۳۸۹) در سالمندان و بهزیستی ذهنی آنها می‌شود. با توجه به موارد ذکر شده به نظر می‌رسد آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی توانسته است احساس مثبت و بهزیستی ذهنی را در سالمندان افزایش داده و پیشنهاد می‌شود مفاهیم آن بر روی سالمندان غیر مقیم نیز مورد اندازه‌قرار گرفته تا بتوان میزان اثر آن را در جامعه سالمندان مقیم و غیر مقیم آسایشگاه مورد مقایسه قرار داد تا آموزش آن در انواع گروه‌های سالمندی دقیق‌تر مورد تأکید قرار گیرد.

سپاس‌گزاری

از کلیه سالمندان مقیم مرکز ماندگاران شهرستان اردبیل و جناب آقای آبرود بواسطه همکاری‌شان نهایت تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

منابع

- اسلامی، ر.، هاشمیان، پ.، جراحی، ل.، و مدرس‌غروی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بدسرپرست در مشهد. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۶(۵)، ۳۰۶-۳۰۰.
- اسمخانی اکبری‌نژاد، ه.، اعتمادی، ا.، و نصیرنژاد، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی عقلانی-عاطفی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲(۸)، ۲۵-۱۳.
- آقا یوسفی، ع.، فتحی آشتیانی، ع.، علی اکبری، م.، و ایمانی‌فر، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض‌های زناشویی و بهزیستی اجتماعی. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۲(۷)، ۱۹-۱.
- پاکزاد، ف.، و محمدپرست، م. (۱۳۹۳). آبان. *اثربخشی واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی و احساس تنهایی معلمان بازنشستگان*. مقاله ارائه شده در دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

کمک کند. همچنین در این مورد می‌توان اینگونه تبیین کرد که نتایج پژوهش حیدری و شهبازی (۱۳۹۱) نیز بیانگر این است که سالمندان می‌توانند بیاموزند که چگونه باقیمانده عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می‌توانند عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری متعادل سازند و در این راستا به نظر می‌رسد که بکارگیری برنامه‌های آموزشی مرتبط برای سالمندان یک ضرورت بوده و می‌تواند کلیه ابعاد زندگی آنان را بهبود بخشد. حضور در جلسات آموزشی باعث افزایش احساس اجتماعی در سالمندان شده و کنش و واکنش‌ها و بازخوردهایی که اعضا از یکدیگر در جلسات دریافت می‌دارند، می‌تواند در بهبود عملکرد و همستگی اجتماعی آنها و در آمدن از حالت رکود و تنهایی مؤثر باشد. در این رویکرد همچنین بر آزادی و مسئولیت انسان‌ها تأکید می‌شود و رفتار را نوعی انتخاب مسئولانه می‌داند که توسط فرد صورت می‌گیرد و عامل مهمی در سلامت روان او می‌باشد. تفاوت بین افراد سالم و غیرسالم در پذیرش مسئولیت، زندگی در زمان حال، انتخاب آگاهانه، قدرت کنترل مسائل و هیجانات و آگاهی از نیازهای واقعی می‌باشد (ووبلدینگ، بریکسل، ایمهوف، کیم، لوژک و آل‌رشیدی، ۲۰۰۴). با استفاده از فنون واقعیت‌درمانی مانند زندگی در زمان حال، مسئولیت‌پذیری، روابط ثمربخش، کنترل درونی و غیره می‌توان در جهت بهبود شادکامی و دستیابی به عواطف و هیجانات مثبت سالمندان گام برداشت (خزان و همکاران، ۱۳۹۴). اعتلای عواطف مثبت از طریق آموزش انتخاب مسئولانه هیجانات و برگزیدن و گزینشی بودن زندگی شاد حتی در داخل آسایشگاه‌ها در سالمندان حائز اهمیت است. واقعیت‌درمانگرها معتقدند که احساس مسئولیت و انتخاب بر افکار، هیجان و رفتار و کنترل و ارضای مناسب نیازها، مخصوصاً نیاز به عشق و تعلق خاطری که در گروه بصورت مطلوبی برآورده می‌شود، باعث خلق مثبت می‌شود (بارنس و پریش، ۲۰۰۶). با توجه به این، واقعیت‌درمانی از طریق افزایش احساسات مثبت، تغییراتی در تفکرات و نگرش سالمندان به زندگی ایجاد نماید. چرا که بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خلق‌های شاد، توانایی تفکر برای حل مسائل به شیوه‌های جدید را تسهیل می‌کنند و احساسات منفی، از توانایی تفکر انعطاف‌پذیر جلوگیری می‌کند (روسکس، ددرو، و نایجستید،

- تقریبی، ز، شریفی، خ، و سوکی، ز. (۱۳۹۱). بهزیستی ذهنی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰(۱)، ۶۲-۵۴.
- ترکی، ی، حاجی کاظمی، ا، باستانی، ف، و حقانی، ح. (۱۳۹۰). خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندی. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۴(۷۳)، ۶۲-۵۵.
- حاجلو، ن، و جعفری، ع. (۱۳۹۳). رابطه بین بهزیستی معنوی و امید با رضایت از زندگی در سالمندان. *مجله روانشناسی و دین*، ۷(۴)، ۹۰-۷۹.
- حیدری، م، و شهبازی، س. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان. *نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)*، ۲۵(۷۵)، ۸-۱.
- جدیدی، ع، فراهانی‌نیا، م، جان محمدی، س، و حقانی، ح. (۱۳۹۴). کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۱)، ۱۸-۹.
- جعفری، ع، حاجلو، ن، فغانی، ر، و خزان، ک. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی سالمندان. *ویژه‌نامه سلامت روان*، ۱۰(۶)، ۴۴۰-۴۳۱.
- خزان، ک، یونسی، س، ج، فروغان، م، و سعادت، ه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی بر شادکامی مردان سالمند شهر سالمند شهر اردبیل. *مجله سالمند*، ۱۰(۳)، ۱۸۱-۱۷۴.
- خسروی، و، و خسروی، ع. (۱۳۹۴، خرداد). بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان عادی و کودکان مرزی ۷-۱۲ ساله در شهرستان هرسین. مقاله ارائه شده در دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.
- زراعتی، م، حقانی زمیدانی، م، و خدادادی سنگده، ج. (۱۳۹۵). مقایسه افسردگی و اضطراب مرگ در سالمندان مقیم و غیرمقیم در سرای سالمندان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۹(۱۰۲)، ۵۴-۴۵.
- سقایان، ا، بهمنی، ب، اسکندری، م، و عسگری، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۲(۵)، ۱۵-۶.
- سهیلی پور، ف، و دانشور حسینی، ن. (۱۳۹۱، فروردین). بررسی و مقایسه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان عادی و والدین کودکان
- مرزی. ارائه شده در سومین همایش ملی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- صاحبدل، ح، خوش کنش، ا، و پورا بر اهییم، ت. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت روانی سالمندان مقیم آسایشگاه شهید هاشمی نژاد کهریزک. *مجله سالمندی ایران*، ۷(۲۴)، ۲۴-۱۶.
- صدری، ا، و رضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۱۶(۳)، ۴۰-۲۸.
- صفائی راد، ا، کریمی، ل، شموسی، ن، و احمدی طهور، م. (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۷(۴)، ۲۸۰-۲۷۴.
- فرقانی طرقی، ا، جوانبخت، م، بیاضی، م، ح، صاحبی، ع، وحیدی، ش، و دروگر، خ. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت‌درمانی بر عزت نفس دانش آموزان دبیرستانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۲)، ۱۸۰-۱۷۲.
- قاضی اف، ب. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت جسمانی و سلامت روانی سالمندان شهر اصفهان. ارائه شده در سومین کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، برلین آلمان.
- قربانعلی پور، م، و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۹)، ۶۸-۵۳.
- گل‌پرور، م، و مصاحبی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی بهزیستی معنوی سالمندان از طریق مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶(۳)، ۱۲-۴.
- گلستانی بخت، ط. (۱۳۸۶). *ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران (رساله دکتری روانشناسی چاپ نشده)*، دانشگاه الزهرا.
- گودرز، م، فروغان، م، مکارم، ا، و راشدی، و. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی در سالمندان مراجعه کننده به مراکز توانبخشی روزانه. *مجله سالمند*، ۱۰(۳)، ۱۱۸-۱۱۰.
- مرادی شهر بابک، ف، علی‌قنبری هاشم‌آبادی، ب، و آقامحمدیان شعرباف، ح. ر. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱(۲)، ۲۳۸-۲۲۷.

- Keyes M, Shmotkin D, Ryff C. (2002). Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Roskes, M., De Dreu, C. K., & Nijstad, B. A. (2012). Necessity is the mother of invention: avoidance motivation stimulates creativity through cognitive effort. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(2), 242.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). know they self and become what you are : A Eudaimonic Approach to Psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. Kaplan & Sadock's. (2011). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Wubbolding, R. E., Brickell, J., Imhof, L., Kim, R. I., Lojk, L., & Al-Rashidi, B. (2004). Reality therapy: A global perspective. *International Journal for the advancement of counselling*, 26(3), 219-228.
- Wubbolding, R.E., & Brickell, J. (2014). The work of brandiroth. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 33(2), 7-12.
- Younesi, S. J., Khazan, K., Jani, S., & Mahdizadeh, Z. The Effectiveness of Reality Therapy Concepts on Self-esteem of the Elderly in the Center of Aramesh in Parsabad. *Journal of Advances in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 12(1), 2394-1111.
- میرزائی، م.، و شمس قهفرخی، م. (۱۳۸۸). بررسی عوامل موثر بر سلامت خودادراک سالمندان در ایران. *مجله سالمندی ایران*، ۳(۲)، ۵۳۹-۵۴۶.
- یزدخواستی، ف. (۱۳۸۸). بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان و ارتباط آنها با یکدیگر. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۴)، ۱۷-۱۲.
- Barness, R., & Parish, T. S. (2006). Drugs" versus" reality therapy. *International Journal of Reality Therapy*, 25(2), 43-54.
- Bridges, L., Geyelin, N., & Janathn, Z. (2001). Background for community-level work on emotional well-being in adolescence: *Reviewing of the literature on contributing factors review literature*. Available in <https://eric.ed.gov/?id=ED465453>
- Dost, M. (2004). Subjective well-being of university students (Unpublished Ph.D thesis). *Ankara, Hacettepe University*.
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: an actor-partner interdependence model. *Future Oncology*, 12(24), 2801-2809.
- Kakia, L. (2010). Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 10, 430-437.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 277-287.