



اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی زنان سالمند

دکتر الهه اسلمی

دانشگاه پیام نور تهران

✉ دکتر فهیمه رجبی

دانشگاه پیام نور تهران

سالمندی موفق یکی از مفاهیم اصلی در پیری‌شناسی است. امروزه توجه پژوهش‌ها از افراد پیر ضعیف و آسیب دیده به افراد سالمند با ناتوانی‌ها و بیماری‌های کمتر، سطوح بالای عملکرد فیزیکی و شناختی و درگیری‌های اجتماعی فعال معطوف گشته است. در همین راستا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در زنان سالمند عضو کانون جهاندیدگان شهرستان آبادیه بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان سالمند عضو مرکز جهاندیدگان شهرستان آبادیه در سال ۹۷-۹۶ تشکیل دادند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه انتخاب و بصورت تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایدهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه (هر جلسه ۷۰ دقیقه) تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند. در این پژوهش از پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (آرگیل، مارتین و کروسلند) استفاده شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که در پس‌آزمون بین میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری در پس‌آزمون وجود داشت، به عبارت دیگر آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در زنان سالمند گردید. با این حال قابل ذکر است که در مرحله پیگیری (پنج ماه بعد از آموزش) تفاوت معناداری بین متغیرهای دو گروه مشاهده نشد که می‌تواند بر برگزاری مجدد این دوره‌ها در فواصل زمانی کوتاه برای سالمندان صحنه گذارد. یافته‌های این پژوهش ضرورت کاربرد برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در راستای بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در زنان سالمند را خاطر نشان می‌سازد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی، زنان سالمند

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

رجبی، ف، و اسلمی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی زنان سالمند. مجله روان‌شناسی پیری، ۴(۴)، ۱۷۸-۱۶۵.

فهمیه رجبی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران؛ الهه اسلمی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به فهیمه رجبی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: rajabi.fahime@yahoo.com

عملکردی خواند که به‌ویژه با افزایش سن به صورت فزاینده‌ای روی هم انباشته می‌شوند. این تغییرات نامطلوب مانع اجرای مهارت‌های حرکتی شده و سازگاری فرد را با محیط کاهش می‌دهند و همچنین سبب شروع تغییراتی در وضعیت اجتماعی و روانی می‌شوند (کانداورا و کارامانو، ۲۰۰۷).

سالمندی یک پدیده جهانی است که توجه جدی به تغییرات مهمی که در افراد ایجاد می‌شود را می‌طلبد (ساندرسون و اسپرینو، ۲۰۱۵). بر اساس برآوردهای انجام شده بیش از ۶۰ درصد سالمندان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و وضعیت در ایران نیز مشابه است (مرحمتی و فولادچنگ، ۱۳۹۶). فرایند سالمندی را می‌توان مجموعه‌ای از تغییرات نامطلوب ساختاری و

شناسایی شده است که عبارت هستند از پذیرش خود^۴ به معنی داشتن نگرش مثبت نسبت به خود، رابطه مثبت با دیگران به معنی برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی، خودمختاری^۵ به معنی اشاره به احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی، زندگی هدفمند^۶ به معنی داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن، رشد شخصی^۷ به معنی دارا بودن احساس رشد مستمر و مداوم در زندگی و در نهایت، عامل تسلط بر محیط^۸ به معنی توانایی فرد در مدیریت محیط را مورد تأکید قرار می‌دهد (مرحمتی و فولادچنگ، ۱۳۹۶). از آنجا که سالمندان به دلایل زیاد مثل کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، و کاهش استقلال مادی و جسمانی در معرض استرس و اضطراب بیشتری قرار می‌گیرند، باید تلاش کرد تا ارزیابی آنها از کیفیت زندگی یا میزان شادکامی‌شان را بالا برد.

مطالعه پورعبدل، پیرانی، عباسی و عباسی (۱۳۹۴) نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین همه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معناداری به دست آمد. مطالعه سهرابی، عابدان‌زاده، شتای بوشهری، پارسایی و جهان‌بخش (۱۳۹۵) نشان داد بین اکثر خرده مقیاس‌های استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین مشخص شد میانگین استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان فعال نسبت به سالمندان غیرفعال بالاتر است. فراند (۲۰۱۴) نشان داد سالمندانی که دارای رضایت بالایی از نیازهای روانی خود هستند، در مقایسه با شرکت‌کنندگان با رضایت کم، به‌طور قابل توجهی سطوح بالاتری در مؤلفه‌های هدف در زندگی و رشد شخصی داشتند و احساس افسردگی پایین‌تری گزارش داده بودند. هان و شیباسوا (۲۰۱۵) پژوهشی انجام دادند که در آن از افراد سالمند خواسته شد در جهت بهبود و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی خود، به‌طور منظم در فعالیت‌های فیزیکی (ورزش کردن) و افزایش بهبود اوقات فراغت خود تلاش کنند. نتایج این

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را حالتی از سلامت کامل جسمانی، ذهنی و اجتماعی می‌داند که در او هیچ نشانه‌ای از بیماری و ضعف مشاهده نشود (دنینگ و میلن، ۲۰۱۱). سالمندان نیز به عنوان شهروندان ارشد جامعه باید از سلامت جسمانی، ذهنی و اجتماعی برخوردار و شایسته‌ای برخوردار باشند. یکی از شاخصه‌های اصلی در سلامت روانی فرایند زندگی، شاخص بهزیستی روان‌شناختی^۱ است. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود تلاش می‌کند برای افراد جامعه خود، اعم از کودکان، نوجوانان و سالمندان، شرایط زندگی و زیستی خوبی فراهم کند.

مفهوم بهزیستی روان‌شناختی به عنوان سازه‌ای که در روان‌شناسی مثبت‌گرا با شکوفایی استعدادها ارتباط دارد مورد توجه زیادی قرار گرفته است. منظور از احساس بهزیستی حالت مثبتی است که بر روی پیوستاری از مثبت تا منفی تغییر می‌کند. ریف و سینگر (۲۰۰۶) بهزیستی را از دو دیدگاه به نسبت متفاوت تعریف کرده‌اند. نخست دیدگاهی که مبتنی بر لذت‌گرایی است و بهزیستی را مترداف با فزونی عواطف مثبت بر عواطف منفی و رضایت از زندگی می‌داند که به آن دیدگاه بهزیستی ذهنی^۲ گفته می‌شود. به عبارت دیگر بهزیستی ذهنی، خلق و خو و سازگاری افراد است. دیدگاه دیگر، فضیلت‌گرایی^۳ نام دارد که نگاه جامع‌تری به بهزیستی دارد و بهزیستی را شامل معیارهایی مانند زندگی کردن بر اساس اهداف اصیل، شکوفا کردن استعدادها، یافتن معنا در زندگی و تلاش مستمر در جهت رشد شخصی می‌داند.

از نظر برخی پژوهشگران بین بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی تمایز وجود دارد. دسی و ریان (۲۰۰۸) معتقدند در بهزیستی ذهنی به محتوای زندگی توجه می‌شود که این محتوا بیشتر دیدگاه لذت‌گرایی را در بر دارد، اما در بهزیستی روان‌شناختی هم محتوا و هم روش زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد. به همین دلیل بهزیستی روان‌شناختی علاوه بر شاخص‌های شادکامی، رضایت از زندگی و نداشتن عواطف منفی، شاخص‌هایی همچون پذیرش خود، رشد شخصی، تسلط بر محیط، استقلال، رابطه مثبت با دیگران و هدفمندی را نیز شامل می‌شود. در مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف، شش عامل مهم

⁴ self-acceptance

⁵ autonomy

⁶ purpose in life

⁷ personal growth

⁸ environmental mastery

¹ psychological well being

² subjective well-being

³ eudemonia

محمدی‌فر (۱۳۹۴) نشان دادند خاطره‌پردازی گروهی باعث افزایش شادکامی و امید به زندگی سالمندان در گروه آزمایش شد. همچنین امانی (۱۳۹۴) نشان داد بین عزت نفس و شادکامی در سالمندان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش مورتی لوجیز و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد عوامل روان‌شناختی متعددی همچون رضایت از زندگی، فویبای اجتماعی، اضطراب، افسردگی و سن بر میزان خوشبختی افراد سالخورده در جامعه تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، غربالگری بهتر، تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی می‌تواند احساس سعادت را در میان افراد سالخورده افزایش دهد. همچنین مطالعه معینی، برایتی، فرهادیان و حیدری‌آرا (۲۰۱۸) نشان داد که حمایت اجتماعی بالا می‌تواند شادکامی را در میان سالمندان افزایش دهد. کیفیت و کمیت حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان عوامل تعیین کننده و پیش‌بینی کننده شادکامی در میان سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

با استفاده از روش‌های مختلف از جمله برگزاری کارگاه‌های مهارت زندگی می‌توان به افزایش احساسات مثبت در سالمندان کمک کرد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) مهارت‌های زندگی^۱ را به عنوان توانایی‌هایی تعریف می‌کند که به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهایی سالم در سطح جامعه منجر می‌شوند. این سازمان ده مهارت را به عنوان مهارت‌های اصلی زندگی شامل تصمیم‌گیری^۲، حل مسئله^۳، تفکر خلاق^۴، تفکر نقاد^۵، توانایی برقراری ارتباط مؤثر^۶، ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی^۷، خودآگاهی^۸، همدلی^۹، سازگاری با هیجان‌ها^{۱۰} و سازگاری با فشار روانی^{۱۱} معرفی نموده است (طاهری و همکاران، ۱۳۹۲).

آموزش مهارت‌های زندگی فرد را قادر می‌سازد تا دانش، ارزش‌ها و نگرش‌های خود را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. بدین معنا که فرد بداند چه کاری را چگونه

پژوهش نشان داد که باید اهمیت اجرایی این چنین برنامه‌هایی در دستور کار دولت قرار گیرد. بهمینی، خان، کریم و مایر (۲۰۱۵) دریافتند که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی با اضطراب و افسردگی در دوران سالمندی رابطه منفی و معناداری دارد. جولینگ، کرومپوت، جوهانا، جلیسی و اریک (۲۰۱۶) نشان دادند که دوران پیری، به دلیل افزایش تهایی، در طول زمان، خطر افزایش مرگ و میر بر اثر بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد.

از دیگر مفاهیم اساسی در جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر که خود یکی از شاخه‌های نوین روان‌شناسی است، شادکامی می‌باشد. شادکامی درجه و میزانی است که با آن یک فرد کیفیت کلی زندگی خود را به عنوان یک زندگی به طور کامل مطلوب مورد قضاوت قرار می‌دهد. شواهد موجود گویای آن است که شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط است و همچون سپری می‌تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (فوردیس، ۲۰۰۷). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان‌های مثبت تأثیر می‌پذیرد. بر این اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه‌های مثبت ناشی می‌شود (هیلیس و آرگیل ۲۰۰۱). وینهوون (۲۰۰۳) معتقد است که شادکامی به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل در زندگی‌اش اطلاق می‌گردد و به عبارت دیگر شادکامی به این معنا است که فرد چقدر زندگی خود را دوست دارد. پس شادی فقط حاصل یک جمع ساده از لذت‌های زندگی نیست، بلکه بیشتر یک ساخت شناختی است که فرد آن را از تجربه‌های مختلف خود استنباط می‌کند (خلیلیان و افلاکی‌فرد، ۱۳۹۵).

شادکامی در اغلب موارد به عنوان ساختاری چند بُعدی در نظر گرفته می‌شود که دو بعد شناختی و عاطفی دارد. بعد عاطفی شامل وجود عواطف مثبت و نداشتن عواطف منفی و بعد شناختی شامل ارزیابی کلی نسبت به زندگی است که حیطه‌های مختلفی را در بر می‌گیرد. در واقع شادکامی فقط بیمار نبودن نیست، بلکه سطوح بالاتری را شامل می‌شود که هم عاطفه و هم شناخت را درگیر می‌سازد (طاهری، یاریاری، صرامی و ادیب‌منش، ۱۳۹۲). مطالعه نوری‌پور لیالی، حسینیان، علیخانی، سهیلی‌زاده، و

¹ life skills

² decision making

³ problem solving

⁴ creative thinking

⁵ critical thinking

⁶ effective communication

⁷ interpersonal relationship skills

⁸ self-awareness

⁹ empathy

¹⁰ coping with emotions

¹¹ coping with stress

انجام دهد. مهارت‌های زندگی منجر به ایجاد انگیزه و افزایش اعتماد به نفس می‌شود و بر احساس فرد از خود و دیگران و نیز ادراک دیگران از وی مؤثر بوده، باعث ایجاد رفتارهای مثبت و سازگارانه می‌گردد و در فرد احساس بهتر زندگی کردن و شادکامی ایجاد می‌کند. مهارت‌های زندگی به عنوان یک رویکرد مبتنی بر تغییر رفتار یا شکل‌دهی رفتار تعریف می‌شود که میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارت توازن برقرار می‌کند (سلیمی بجستانی و عابدی، ۱۳۹۲). مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از توانایی‌ها است که قدرت سازگاری، رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می‌دهد. در نتیجه شخص قادر می‌شود بدون اینکه به خود یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش‌ها و مشکلات روزمره زندگی به شکل مؤثر روبرو شود. همچنین مهارت‌های زندگی افراد را در جهت مقابله مؤثر برای پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کنند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند. به این ترتیب یادگیری و تمرین مهارت‌های زندگی موجب تقویت یا تغییر در نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای انسان می‌گردد و در نتیجه با پدیدآمدن رفتارهای سالم و مثبت بسیاری از مشکلات حل و یا پیشگیری می‌شوند (مردانشاهی، ۲۰۱۵).

انجام دهد. مهارت‌های زندگی منجر به ایجاد انگیزه و افزایش اعتماد به نفس می‌شود و بر احساس فرد از خود و دیگران و نیز ادراک دیگران از وی مؤثر بوده، باعث ایجاد رفتارهای مثبت و سازگارانه می‌گردد و در فرد احساس بهتر زندگی کردن و شادکامی ایجاد می‌کند. مهارت‌های زندگی به عنوان یک رویکرد مبتنی بر تغییر رفتار یا شکل‌دهی رفتار تعریف می‌شود که میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارت توازن برقرار می‌کند (سلیمی بجستانی و عابدی، ۱۳۹۲). مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از توانایی‌ها است که قدرت سازگاری، رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می‌دهد. در نتیجه شخص قادر می‌شود بدون اینکه به خود یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش‌ها و مشکلات روزمره زندگی به شکل مؤثر روبرو شود. همچنین مهارت‌های زندگی افراد را در جهت مقابله مؤثر برای پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کنند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند. به این ترتیب یادگیری و تمرین مهارت‌های زندگی موجب تقویت یا تغییر در نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای انسان می‌گردد و در نتیجه با پدیدآمدن رفتارهای سالم و مثبت بسیاری از مشکلات حل و یا پیشگیری می‌شوند (مردانشاهی، ۲۰۱۵).

ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴) نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند کیفیت زندگی زنان سالمند را افزایش دهد. همچنین احمدی، صفوت، بهرامی و نصیری (۱۳۹۳) نیز بر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی سالمندان صحنه گذاشتند. حسن‌نژاد (۱۳۹۷) نیز به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های زندگی، میزان طرحواره‌های هیجانی را در بین سالمندان کاهش می‌دهد و مطالعه صیادی‌سربینی، حجت‌خواه و رشیدی (۱۳۹۵) نشان داد آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر ارتقای بهزیستی در راستای بهبود بهزیستی روان‌شناختی اثر گذاشته و باعث کاهش احساس تنهایی سالمندان می‌شود.

با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و آسیب‌پذیر بودن این قشر و اهمیت و نقش مهم بهزیستی شناختی و شادکامی و نقش مهارت در زندگی انسان و جامعه و به دلیل رسالت فراهم آوردن شرایط مناسب برای رشد و شکوفایی همه‌جانبه فرد و نیز به علت ارتقای شرایط

روش

طرح پژوهشی و شرکت‌کنندگان

پژوهش نیمه‌آزمایشی حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری انجام گرفت. جامعه آماری را کلیه زنان سالمند عضو مرکز جهان‌دیدگان شهرستان آباده در سال ۹۷-۹۶ تشکیل دادند. نمونه پژوهشی را ۳۰ نفر سالمند زن (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) تشکیل دادند که از بین جامعه مذکور بر اساس معیارهای ورود به پژوهش در سال ۱۳۹۷ انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارت از (۱) سن ۶۰ سال و بالاتر، (۲) کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در پیش‌آزمون، (۳) شرکت داوطلبانه سالمند، (۴) تکمیل رضایت‌نامه و (۵) بیماری جسمی یا روانی بودند. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل (۱) عدم حضور مرتب در جلسات تمرین و (۲) عدم انگیزه کافی در تمرین‌ها می‌شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد به این صورت بود که گروه آزمایش با میانگین سنی $4/82 \pm 68/32$ و گروه کنترل با میانگین سنی $5/53 \pm 67/24$ با حداقل ۶۰ و حداکثر ۸۳ سال بودند. ۱۲ نفر سواد خواندن و نوشتن، ۲۳ نفر دارای تحصیلات سیکل و ۵ نفر دیپلم و ۳۶ نفر متأهل و ۴ نفر بیوه بودند.

ابزار

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱. شامل ۱۸ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و ارتباط مثبت با دیگران است. از مجموع نمرات این شش

¹ Ryff Scale of Psychological Well-being

فرانسیس، رابینز و وایت (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کردند. فرانسیس، جونز و ویلکوکس (۲۰۰۰) در یک بررسی بین‌فرهنگی در کشورهای انگلیس، آمریکا، استرالیا و کانادا به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ را گزارش کردند. در ایران به منظور بررسی اعتبار و روایی فهرست شادکامی اکسفورد، شیرکوند، غلامی‌حیدری، عرب‌سالاری و عاشوری (۱۳۹۴) این پرسش‌نامه را بر روی نمونه‌ای متشکل از ۱۴۲ مرد و ۲۲۷ زن ایرانی، ۱۸ تا ۵۳ سال اجرا کردند که آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش شد. نوری و سقایی‌بی‌ریا (۱۳۸۸) با ۱۸۰ شرکت‌کننده آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را به دست آوردند. در بررسی علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) با ۱۰۱ شرکت‌کننده با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب ۰/۹۳، با روش دونیمه کردن ۰/۵۸ و با روش گاتمن ۰/۹۱ را به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پروتکل درمانی. در این پژوهش از برنامه درمانی خلیلیان و افلاکی فرد (۱۳۹۵) استفاده شد. مراحل مختلف مهارت‌های زندگی بر اساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی به صورت گروهی انجام شد، که در هر جلسه یکی از مهارت‌ها مورد توجه قرار گرفت و ارائه شد (جدول ۱).

روش اجرا

ابتدا با مسئول کانون جهاندیدگان شهرستان آباده هماهنگی لازم به عمل آمد و مجوز لازم برای اجرای پژوهش حاضر صادر شد. سپس پژوهشگر یک جلسه توجیهی با زنان سالمند عضو مرکز برگزار کرد و شماره تلفن زنان داوطلب شرکت‌کننده در طرح را یادداشت نمود. در جلسه بعدی که با حضور افراد داوطلب جلسه قبل برگزار شد، آزمون بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی از ایشان گرفته شد و افرادی را که نمره آنها در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی به ترتیب از ۵۴ و ۵۸ کمتر بود انتخاب شدند. سپس از بین سالمندان زن داوطلب واجد شرایط ۳۰ بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به طور تصادفی ۱۵ نفر از ایشان در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. لازم به ذکر است که برای اطمینان از رضایت و امکان افراد برای شرکت در پژوهش و همچنین برای اطمینان از داشتن ملاک‌های لازم پژوهش مصاحبه‌ای با آنها انجام شد. افراد گروه آزمایش

عامل، نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (ریف و کیس، ۱۹۹۵). این پرسش‌نامه ۱۸ سؤال حائز معیارهای روان‌سنجی است و هر گویه با زیرمقیاس مربوط به خود همبستگی مثبت و قوی دارد. برآورد ثبات درونی، ضرایب آلفای کم تا متوسط و از ۰/۳۳ (برای هدف زندگی) تا ۰/۵۶ (روابط مثبت با دیگران) است. ضرایب آلفای متوسط به‌طور محتمل ناشی از تعداد اندک گویه‌ها در هر زیرمقیاس و این واقعیت است که گویه‌ها بیشتر برای بازنمایی گستره مفهومی در هر ساختار انتخاب شده‌اند تا افزایش ثبات درونی (ریف و کیس، ۱۹۹۵). شرکت‌کنندگان برای پاسخگویی به فرم کوتاه پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف نظر خود را در هر یک از ۱۸ سؤال روی طیف لیکرت شش درجه‌ای از «به‌طور کامل مخالف» تا «به‌طور کامل موافق» مشخص می‌کنند (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). سفیدی و فرزاد (۱۳۹۱) در پژوهش خود آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۷۳ و برای عوامل پذیرش خود (۰/۶۷)، هدفمندی در زندگی (۰/۷۲)، رشد شخصی (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۸۰)، خودمختاری (۰/۸۶) و ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱) گزارش کرده‌اند. خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و عسکری (۱۳۹۳) در پژوهش خود با نام ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه روان‌درمانی مثبت‌نگر، میزان همسانی درونی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آوردند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

پرسش‌نامه شادکامی اکسفورد. این پرسش‌نامه شامل ۲۹ سؤال چهار گزینه‌ای است که گزینه‌های آن از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند و از جمع نمرات ماده‌های ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس به‌دست می‌آید و شامل سه خرده مقیاس فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساس منفی است. این آزمون توسط آرگیل، مارتین و کروسلند (۱۹۸۹) و بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک ساخته شد. نور (۱۹۹۳) با بررسی ۱۸۰ شرکت‌کننده، ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه سیاهه شادکامی اکسفورد را ۰/۸۴ به دست آورد. آرگیل و لو (۱۹۹۰) ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ شرکت‌کننده و

رازداری در پژوهش را رعایت کرد و شرکت‌کنندگان را از این موضوع مطلع کرد که نوشتن نام آنها ضرورتی ندارد و آنها با استفاده از کد شناسایی خواهند شد و نتایج به طور کامل محرمانه باقی خواهد ماند و اینکه از نتایج این پژوهش فقط در زمینه پژوهشی و آموزشی استفاده خواهد شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه‌ها، با استفاده از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

تحت آموزش مهارت‌های زندگی به مدت هشت هفته و هر هفته یک جلسه حداکثر دو ساعته قرار گرفتند. برای گروه کنترل این دوره برگزار نشد. در جلسه آخر و پنج ماه بعد از آخرین جلسه نیز دوباره آزمون بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی اجرا شد و نمرات این اجرا نیز به عنوان پس‌آزمون و پیگیری ثبت شد. در ضمن سالمندانی که دو جلسه از دوره آموزشی را غیبت کردند از پژوهش کنار گذاشته شدند. البته قابل ذکر است که پژوهشگر، اصل

جدول ۱

پروتکل درمانی مهارت‌های زندگی برگرفته از خلیلیان و افلاکی فرد (۱۳۹۵)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه و موضوعات دوره آموزشی	۱- توضیحات مقدماتی پیرامون دوره آموزش و اهمیت و لزوم فعالیت گروهی در این دوره؛ ۲- اهمیت و ضرورت مهارت‌های زندگی برای توانمندسازی سالمندان
دوم	شناخت خود و توانایی‌های خود و کسب مهارت خودآگاهی	۱- توضیحاتی پیرامون اهمیت شناخت فرد از توانایی‌ها، استعدادها و علایق خود؛ ۲- نقش خودآگاهی و خودشناسی به عنوان یک مهارت زندگی در تعیین اهداف آینده؛ ۳- نقش خودآگاهی در خودارزیابی شناسایی نقاط قوت و ضعف و ایجاد تصویر مثبت از خود؛ ۴- نقش خودآگاهی در عزت نفس و احساس ارزشمندی شخص
سوم	آشنایی با مهارت همدلی کردن	ابتدا بررسی کوتاهی به مباحث جلسات قبل و کاربرد آنها در زندگی روزمره انجام شد. ۱- تعریف همدلی و روش‌های ایجاد همدلی؛ ۲- شرح گوش دادن فعال انعکاس احساسات و غیره در ایجاد همدلی؛ ۳- موانع همدلی (انتقاد کردن، نصیحت کردن، سرزنش کردن، بی‌اهمیت کردن مشکل)
چهارم	شناخت پدیده ارتباط، نحوه برقراری ارتباط با دیگران و کسب مهارت ارتباط مؤثر	۱- بررسی اجزای ارتباط؛ ۲- صحبت در خصوص مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط مؤثر (مهارت‌های کلامی، مهارت صحبت کردن، مهارت گوش دادن فعال، مهارت رفتار جرأت‌آمیز)
پنجم	آشنایی با مهارت کنترل و مدیریت خشم	بررسی کوتاه مباحث جلسات قبل و کاربرد آنها در زندگی روزمره‌شان. ۱- تعیین مفهوم خشم و ارتباط بین آن‌ها؛ ۲- عوامل ایجاد کننده خشم؛ ۳- حالات جسمانی و روانی و هیجانی هنگام خشم و خشم؛ ۴- روش‌های مهار خشم
ششم	توانمندسازی اعضای گروه در زمینه مهارت حل مسأله	۱- تعریف مسأله و حل مسأله؛ ۲- اهمیت کسب مهارت حل مسأله؛ ۳- مراحل حل مسأله
هفتم	آشنایی با مهارت مدیریت و مقابله با استرس	۱- تعریف استرس؛ ۲- شناخت منابع استرس‌زا؛ ۳- راهبردهای مختلف مقابله با استرس (هیجانی، عقلانی، منطقی)؛ ۴- مقابله سازگارانه با استرس (تغییر و تنظیم محیط، آرام‌سازی خود، تغییر سبک زندگی)؛ ۵- مهارت مدیریت زمان جهت کنترل استرس
هشتم	هدف آشنایی با مهارت تصمیم‌گیری	۱- تعریف تصمیم‌گیری؛ ۲- مراحل تصمیم‌گیری؛ ۳- الگوهای تصمیم‌گیری صحیح؛ ۴- توصیه‌های معمول در تصمیم‌گیری (شناخت خود و توانایی‌ها، و آگاهی از ارزش‌ها)
نهم	آشنایی با مهارت تفکر انتقادی	۱- تعریف تفکر انتقادی؛ ۲- اهمیت برخورداری از تفکر انتقادی؛ ۳- مؤلفه‌های مهارت تفکر انتقادی؛ ۴- قاعده‌های تقویت تفکر انتقادی؛ ۵- تفکر خلاق چیست
دهم	مهارت مدیریت هیجان‌ها	۱- هیجان‌ها چیستند؟؛ ۲- ضرورت مهارت مدیریت هیجان‌ها؛ ۳- موانع مدیریت هیجان‌ها؛ ۴- فرایند مدیریت هیجان‌ها؛ ۵- راهبردهای مدیریت هیجان‌های منفی (خشم اضطراب افسردگی)

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین

جدول ۲ اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
بهزیستی روان‌شناختی	۴۹ (۵/۹۱)	۶۲/۴۶ (۷/۵۷)	۵۱/۶۶ (۷/۱۱)	۵۴/۰۶ (۷/۳۸)
شادکامی	۴۸/۱۳ (۳/۶۲)	۵۹/۳۳ (۲/۳۱)	۴۷/۶۶ (۳/۰۸)	۵۲/۸ (۴/۹)

مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های زندگی) و پیش‌آزمون (بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی) هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. مقدار محاسبه شده تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد (بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون: $[F=۲۳/۷۶۱ P=۰/۴۲۱>۰/۰۵]$ ، بهزیستی روان‌شناختی در پیگیری: $[F=۴/۸۱۵ P=۰/۲۶۴>۰/۰۵]$ ، شادکامی در پس‌آزمون: $[F=۹/۷۶۱ P=۰/۴۲۱>۰/۰۵]$ و شادکامی در پیگیری: $[F=۴/۸۱۵ P=۰/۱۳۴>۰/۰۵]$). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کالموگروف اسمیرونف استفاده شد که برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش به ترتیب $۰/۱۱۹$ ($P=۰/۱۱۸$) و $۰/۱۶۶$ ($P=۰/۳۲۱$) و $۰/۱۵۶$ ($P=۰/۲۲۶$) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل به ترتیب $۰/۱۲۵$ ($P=۰/۵۳۲$) و $۰/۱۴۷$ ($P=۰/۱۲$) و $۰/۴۲۳$ ($P=۰/۱۷۸$) و برای متغیر شادکامی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش به ترتیب $۰/۸۳۱$ ($P=۰/۰۶۳$) و $۰/۵۲۷$ ($P=۰/۰۵۳$) و $۰/۵۸۲$ ($P=۰/۰۵۱$)، در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل به ترتیب $۱/۰۳۷$ ($P=۰/۳۰$) و $۰/۵۷۳$ ($P=۰/۰۶۳$) و $۱/۷۳۲$ ($P=۰/۴۲$) بود. در آزمون انجام شده سطح معناداری $P>۰/۰۵$ در نظر گرفته شد که نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس می‌باشد. از آزمون باکس برای بررسی این پیش‌فرض استفاده شد که در متغیر بهزیستی روان‌شناختی برای پیش‌آزمون $Box's M=۰/۳۶۸ F=۱/۰۳۱ P=۰/۵۳>۰/۰۵$ ، پس‌آزمون $Box's M=۰/۶۷۳ F=۰/۴۳۱ P=۰/۶۵>۰/۰۵$ و پیگیری $Box's M=۰/۳۶۴ F=۱/۰۴۲ P=۰/۲۵>۰/۰۵$ شادکامی برای پیش‌آزمون $P=۰/۵۳>۰/۰۵$ و $P=۰/۴۳>۰/۰۵$ پس‌آزمون $Box's M=۲/۲۶ F=۲/۲۳ P=۰/۴۳۵>۰/۰۵$ و پیگیری $Box's M=۰/۴۳۲ F=۱/۳۴$ است و از آنجایی که میزان معناداری آزمون باکس از $۰/۰۵$ بیشتر است، در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس پذیرفته شد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون $[F_{(۱,۲۸)}=۱/۵۴۵ P=۰/۳۴۵>۰/۰۵]$ و در پیگیری $[F_{(۱,۲۸)}=۰/۵۵۲ P=۰/۶۷۲>۰/۰۵]$ و در مورد متغیر شادکامی در پس‌آزمون $[F_{(۱,۲۸)}=۳/۲۴۵ P=۰/۰۶۷۲>۰/۰۵]$ و در پیگیری $[F_{(۱,۲۸)}=۰/۴۲۳ P=۰/۱۶۵>۰/۰۵]$ به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. تجزیه و تحلیل‌های اولیه در سطح معناداری $P \leq 0.05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شدند.

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است. بنابراین برای بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پس‌آزمون و پیگیری از آزمون

جدول ۳

تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروه‌ها در بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پس‌آزمون و پیگیری							
متغیر وابسته	منبع	مجموع‌مربعات	درجه‌آزادی	میانگین‌مربعات	آماره F	سطح‌معناداری	اندازه‌اثر
پس‌آزمون							
پیش‌آزمون	۱	۱۹۴/۵۶۷	۱	۱۹۴/۵۶۷	۶۱/۰۶	۰/۰۸۱	۰/۶۷
گروه	۱	۴۷۶/۶۵۴	۱	۴۷۶/۶۵۴	۱۴۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
خطا	۲۷	۲۱/۷۶۹	۲۷	۷/۲۵۸			
پیش‌آزمون	۱	۵۰۱/۵۵۷	۱	۵۰۱/۵۵۷	۱۶۱/۰۳۹	۰/۲۱۹	۰/۷۸
گروه	۱	۳۰۳/۷۴۶	۱	۳۰۳/۷۴۶	۲۱۳/۸۶۲	۰/۰۰۴	۰/۷۴
خطا	۲۷	۲۹۸۹/۷۸۷	۲۷	۸۳/۰۵۰			
پیگیری							
پیش‌آزمون	۱	۴۹۲/۶۴۸	۱	۴۹۲/۶۴۸	۱۴/۷۶۴	۰/۱۶۲	۰/۲۱
گروه	۱	۲۵۳/۲۱۱	۱	۲۵۳/۲۱۱	۱۵/۱۵۴	۰/۳۲۱	۰/۱۱
خطا	۲۷	۱۱۵۴/۲۱۸	۲۷	۲۸/۱۵۲			
پیش‌آزمون	۱	۳۹۵/۵۵۷	۱	۳۹۵/۵۵۷	۱۸/۰۲۳	۰/۳۱۹	۰/۱۶
گروه	۱	۲۵۴/۷۴۶	۱	۲۵۴/۷۴۶	۱۶/۰۵۳	۰/۴۶۷	۰/۱۷
خطا	۲۷	۲۹۸۹/۷۸۷	۲۷	۸۳/۰۵۰			

می‌دهد که بین دو گروه در میزان بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

دنیا در حال پیر شدن است و کشورهای پیشرفته با کنترل زاد و ولد و ارتقای سطح بهداشت جامعه سال‌ها است که با شرایط خاص این پدیده آشنا هستند. با پیشرفت بهداشت و ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیردار، میزان طول عمر افزایش یافته و شمار سالمندان به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری داشته است (آسیاچی، صنعت‌کاران و بهاری، ۱۳۹۶). بر اساس برآوردهای انجام شده بیش از ۶۰ درصد سالمندان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. وضعیت در کشور ایران نیز مشابه است و طی ۴۰ سال آینده یک چهارم جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد (رحیمی نجف‌آبادی، ۱۳۹۴). افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و سیر نزولی فرایندهای زیست‌شناختی آنها و فزونی تعداد و تنوع استرس‌هایی (از قبیل از دست دادن

با توجه به جدول فوق آماره F بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی ۱۴۱/۵۴ و ۲۱۳/۸۶۲ در پس‌آزمون است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه میانگین‌های مندرج در جدول ۱ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین گروه آزمایش در بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در پس‌آزمون به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی افراد می‌شود. اندازه اثر ۰/۷۱ برای بهزیستی روان‌شناختی و ۰/۷۴ برای شادکامی نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است، اما در مرحله پیگیری (پنج ماه بعد) با توجه به جدول فوق آماره F بهزیستی روان‌شناختی ۱۵/۱۵۴ و شادکامی ۱۶/۰۵۳ در پیگیری است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد و این نشان

فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شادکامی زنان سالمند، نیز تأیید شد. با توجه به اینکه پژوهشی که به طور دقیق با این مطالعه همخوان باشد مشاهده نشد اما این یافته با مطالعاتی که به منظور بررسی تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر افزایش شادکامی و سلامت روان افراد سالمند در ایران (نعیمی، ۱۳۹۷؛ افرادی، ۱۳۹۶؛ امانی، ۱۳۹۴؛ زمانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ حمید و همکاران، ۱۳۹۲؛ فخار و همکاران، ۱۳۸۷) و خارج از ایران (کستل و همکاران، ۲۰۱۷؛ مینا و همکاران، ۲۰۱۷) انجام شده است همخوان بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که بالاتر بودن نرخ وقوع رخداد‌های منفی مرتبط با سلامتی، در میان افراد بالاتر از ۷۵ سال و توجه ویژه آنها به رخداد‌های منفی به دلیل اثرات تعیین‌کننده این رویدادها بر کیفیت زندگی از جمله تحرک، وابستگی، عادت‌های رفتاری و غیره، بر سلامت روان سالمندان تأثیر می‌گذارد (کارمل، راویس، ارورک و تاول، ۲۰۱۶) و به کاهش میزان شادکامی سالمندی منجر می‌شود. آموزش مهارت‌های زندگی با تأثیر بر مهارت‌های خودمدیریتی (از جمله افزایش مهارت‌های خودآگاهی، کنترل خشم، بالا رفتن عزت نفس، توانایی تصمیم‌گیری و حل مسأله و تشویق به انجام مهارت‌های هدفمند و بالا بردن انگیزه زندگی و آشنایی با مهارت‌های تندرستی) و تأثیر بر مهارت‌های اجتماعی (مانند توانایی برقراری ارتباط مؤثر و جرأت‌مند) باعث می‌شود که زنان سالمند ارزش بیشتری برای خود قائل شوند و با نشان دادن رفتارهای مناسب و برقراری ارتباط مناسب با اطرافیان، با توجه به اهمیت روابط خانوادگی برای سالمند به دلیل نیاز بیشتر سالمند به حمایت و پشتیبانی بیشتر از سوی اعضای خانواده، رضایت از زندگی بیشتری گزارش (امانی، ۱۳۹۴) و در نهایت شادکامی بیشتری را تجربه کنند.

در آخر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های زندگی به سالمند کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت شخصی خود را گسترش دهد و با افزایش رضایت از خود و زندگی، شناخت احساسات، بالا رفتن عزت نفس و برقراری ارتباط مؤثر، عواطف مثبت بیشتری (مانند بهزیستی، سلامت، لذت، آرامش، نشاط و شادی) را تجربه کند. البته شایان توجه است که در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی زنان سالمند گروه آزمایش و کنترل ملاحظه نشد که شاید بتوان

شغل، موقعیت اجتماعی و از دست دادن عزیزان) که افراد در دوران سالمندی با آن مواجه‌اند از طرفی و عدم وجود توانایی‌های لازم و اساسی در برخورد با مشکلات این دوره، از طرف دیگر در خیلی از سالمندان باعث آسیب‌پذیر شدن آنها در مواجهه با مسائل و مشکلات روزمره و مقتضیات آن شده است و این موضوع جوامع را بر آن داشته تا برای حفظ استقلال و کیفیت زندگی افراد سالمند به آموزش‌ها و راهکارهای درمانی که بتواند به سالمند برای سازگار شدن با این شرایط کمک کند توجه نمایند، یکی از این راهکارها آموزش مهارت‌های زندگی است. فرضیه اول این پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان سالمند، تأیید شد. مطالعه‌ای که به طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد موجود نیست اما این یافته با پژوهش‌هایی که به منظور بررسی تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر بهبود وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان افراد سالمند در ایران (نعیمی، ۱۳۹۷؛ افرادی، ۱۳۹۶؛ زمانی، بحرینیان، اشرفی و مقتدری، ۱۳۹۴؛ حمید، وطن‌خواه و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۲؛ فخار، نوایی‌نژاد و فروغان، ۱۳۸۷) و خارج از ایران (کستل، لوییس، راباس، بوراس و موتو، ۲۰۱۷؛ مینا، آناندا و مادانموهان، ۲۰۱۷) انجام شده همخوان بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که مهارت‌های زندگی توانایی انجام رفتارهای مثبت و سازگارانه‌ای هستند که افراد را برای مقابله مؤثر با خواسته‌ها و چالش‌های روزمره آماده می‌کنند و مجموعه‌ای از مهارت‌های روانی و بین فردی‌اند که به افراد در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه، حل مسائل، ارتباط مؤثر، ایجاد روابط سالم، مدیریت و کنار آمدن با زندگی خود با یک شیوه سالم و مولد کمک می‌کنند و موجب ارتقای توانایی‌های روانی و اجتماعی افراد می‌گردند و توانایی‌های فرد را در برخورد مؤثر در برابر کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشند و به او کمک می‌کند تا با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روانی خود را تأمین نماید و در به افراد در تشخیص و تحقق یافتن مهم‌ترین اهداف، نیازها و خواسته‌های ارزشمند زندگی کمک می‌کنند (رضاپور میرصالحی، فلاح و صابری، ۱۳۹۵)، می‌تواند به فرد سالمند جهت سازگاری بیشتر با محیط و رضایت بیشتر در زندگی و برقراری ارتباطات اجتماعی مؤثر کمک کنند و در نهایت به افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرد سالمند منجر شوند.

پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، دانشگاه پیام‌نور قزوین. بازیابی شده از https://www.civilica.com/Paper-ICPE05-ICPE05_559.html

حمید، ن.، وطن‌خواه، م.، و مهربانی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی به شیوه گروهی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد شهر اهواز. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴(۱۰)، ۸۱۱-۸۰۰.

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م.، و عسکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه رفتار*، ۳۲(۸)، ۳۹-۲۷.

خلیلیان، ز.، و افلاکی‌فرد، ح. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی و افزایش شادکامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵(۵۹)، ۹۶-۷۶.

زراپور میرصالح، ی.، فلاح، م.، و صابری، م. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱۷(۱) ۱۰۲-۸۵.

رحیمی نجف‌آبادی، ا. (۱۳۹۴). *بررسی اثر بازخورد هنجاری بر تعادل ایستا و پویای زنان سالمند* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، کرج.

زمانی، س.، بحرینیان، س.، ع.، اشرفی، س.، و مقتدری، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ساکن آسایشگاه در بندرعباس. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۴(۱)، ۹۴-۸۲.

سفیدی، ف.، و فرزاد، و. (۱۳۹۱). *رواسازی آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه عوم پزشکی قزوین*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶(۱)، ۷۱-۶۵.

سلیمی بجستانی، ح.، و عابدی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر اضطراب، افسردگی و شادکامی مادران دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهرستان کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱)، ۴۸-۲۱.

سهرابی، م.، عابدان‌زاده، ر.، شتای بوشهری، ن.، پارسایی، س.، و جهان‌بخش، ح. (۱۳۹۵). ارتباط بین بهزیستی روان‌شناختی و استحکام روانی در سالمندان: نقش میانجی فعالیت بدنی. *فصلنامه سالمند*، ۱۱(۴)، ۵۴۹-۵۳۸.

شیرکوند، ن.، غلامی حیدری، س.، عرب‌سالاری، ز.، و عاشوری، ج. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شادکامی و

آن را به ضعف حافظه سالمندان مربوط دانست و به تبع آن گویای آن است که این آموزش‌ها باید بطور مجدد برای سالمندان ارائه شود تا آنها از اثرات مثبت آن بهره‌مند گردند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، کمبود انگیزه در مشارکت در جلسه‌ها و انجام تکالیف خانگی و اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها و مخدوش کردن اثر پس‌آزمون اشاره نمود. در ضمن پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی این مداخله بر سایر متغیرهای روان‌شناختی در دوران سالمندی بررسی شود و با فراهم کردن شرایط حضور همسران شرکت‌کنندگان، در جلسات درمانی می‌توان انگیزه و رغبت زنان برای تداوم جلسات مداخله را بهبود بخشید و در پژوهش‌های آتی روش آموزش مهارت‌های زندگی را با سایر روش‌ها مثل معنویت درمانی، درمان شناختی رفتاری، واقعیت درمانی و غیره مقایسه کرد و در نهایت به برگزاری این دوره‌ها و دوره‌هایی از این قبیل (مانند کنترل خشم و استرس و دیگر مهارت‌های روان‌شناختی) به دلیل شرایط خاص افراد سالمند اهتمام ورزید.

منابع

آسیاچی، ن.، صنعت کاران، ا.، و بهاری، س. (۱۳۹۵). اثربخشی یوگا بر سازگاری زنان و مردان سالمند. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۷۰-۲۶۱.

احمدی، ا.، صفوت، م.، بهرامی، م.، و نصیری. (۱۳۹۳). *بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی سالمندان*. مقاله ارائه شده در اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران. بازیابی شده از https://www.civilica.com/Paper-PSCONF01-PSCONF01_621.html

افراد، م. (۱۳۹۶). *بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان فرزندان*. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۳)، ۱۱۵-۱۰۶.

امانی، ر. (۱۳۹۴). *شادکامی در دوران سالمندی: نقش عزت نفس*. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۱)، ۸۰-۷۳.

پورعبدل، س.، پیرانی، ذ.، عباسی، م.، و عباسی، م. (۱۳۹۴). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی پیری*، ۱(۱)، ۶۵-۵۷.

حسن‌نژاد، م. (۱۳۹۷). *بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر طررحواره‌های هیجانی سالمندان*. مقاله ارائه شده در

- personality and social encounters. In J. P. Forgas & R. J. M. Innes (Eds.). *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189- 203). North Holand: Elsevier.
- Bhamani, M. A., Khan, M. M., Karim, M. S., & Mir, M. U. (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian Journal of Psychiatry, 14*, 46-51.
- Candeloro, J. M., & Caromano, F. A. (2007). Effects of a hydrotherapy program on flexibility and muscular strength in elderly women. *Revista Brasileira de Fisioterapia, 11*(4), 267-272.
- Castel, A., Liuch, C., Ribas, J., Borrás, L., & Molto, E. (2017). Effects of a cognitive stimulation program on psychological well-being in a sample of elderly long-term care hospital inpatients. *Journal of Aging & Mental Health, 21*(1), 88-94.
- Carmel, S., Raveis, v. H., ORourke, N., & Tovel, H. (2016). Health, coping and subjective well being: results of a longitudinal study of elderly Israeils. *Journal of Aging & Mental Health, 12*(8), 156-78. doi:10.1080/13607863.2016.1141285.
- Francis, L. J., Jones, S. H., & Wilcox, C. (2000). Religiosity and happiness: During adolescence, young adulthood, and later life. *Psychology and Christianity, 19*, 245-257.
- Francis, L. J., Robbins, M., & White, A. (2003). Correlation between religion and happiness: A replication. *Psychological Reports, 92*(1), 51-52.
- Dening, T., & Milne, A. (2011). *Mental health and care homes*. England: Oxford University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 49*(1), 14-23.
- Ferrand, M. P. (2014). Interacting Effects of Multiple Roles on Women's Health. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 216-236.
- Fordyc MW. (2007). A Program to increase happiness: further studies. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 483-498.
- امید بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *پرستاری و دیابت*، ۳، ۸-۱۹.
- صیادی سرینی، م.، حجت‌خواه، م.، رشیدی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی زنان سالمند، *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۶۱-۷۱.
- طاهری، م.، یاریاری، ف.، صرامی، غ.، و ادیب‌منش، م. (۱۳۹۲). رابطه بین سبک‌های هویت، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۱)، ۷۲-۸۸.
- فخار، ف.، نوابی‌نژاد، ش.، و فروغان، م. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله سالمندی ایران*، ۷(۲)، ۳۲-۴۶.
- علی‌پور، ا.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲(۵)، ۵۵-۶۵.
- مرحمتی، ز.، و فولادچنگ، م. (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی یادگیرندگان، *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۲(۲)، ۹۱-۱۱۲.
- ندیمی، م.، و پیشگر، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سالمند. مقاله ارائه شده در اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه. بازیابی شده از https://www.civilica.com/Paper-ASIBCONF01-ASIBCONF01_767.html
- نعیمی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد تقویت منابع مقابله‌ای خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مستمری بگیر سازمان بازنشستگی کشوری. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۶۶(۱۷)، ۲۰۰-۲۱۰.
- نوری، ن.، و سقایی بی‌ریا، ن. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین خوش بینی سرشتی و خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با رضایت‌مندی از زندگی. *فصلنامه روانشناسی و دین*، ۳(۲۹)، ۲۹-۶۸.
- نوری‌پور لیالی، ر.، حسینیان، س.، علیخانی، م.، سهیلی‌زاده، س.، و محمدی‌فر، م. ع. (۱۳۹۴). اثربخشی خاطره‌پردازی گروهی بر شادکامی و امید به زندگی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۳(۱)، ۱۴۷-۱۵۶.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences, 11*, 1011-1017.
- Argyle, M., Martin, M. R., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of

- Hillis P, Argyle M. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 595-608.
- Han, W., & shibusawa, T. (2015). Trajectory of physical health, cognitive status, and psychological well-being among Chinese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 168-177
- Jolieng, E., Kromhout, D., Geleijnse, M., & Evik, J. (2016). Loneliness and all-cause cardiovascular, and Nohcardiovascular Mortality in older men. *The Zutphen Elderly Study*, 24(6), 425-484.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H., (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sanderson, W.C., & Scherbov, S. (2015). *Faster increases in human life expectancy could lead to slower population aging*. Plos One 10e0121922.
- Mardanshahi, M. M. (2015). The role of life skills training on happiness and entrepreneurship characteristics of incoming students in Sari Agricultural Sciences and Natural Resources University students. *International Journal of Agriculture and Crop Sciences*, 8(3), 406-411.
- Moretti Luchesi, B., Alves de Oliveira, N., de Morais, D., Mendes de Paula Pessoa, R., Cristina, S., Hortes, N., Chagas, M. (2018). Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 83-87.
- Moeini, B., Barati, M., Farhadian, M., & Heydari Ara, M. (2018). The Association between Social Support and Happiness among Elderly in Iran, *Korean Journal of Family Medicine*, 39,260-265.
- Mohammadi, A., Adalatzadeh Aghdam, G., Kiyani, R., & Sattarzadeh, L. (2011). Investigating effect of life skills training on family functioning of epileptic people's in Tabriz. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 30, 2316-2318.
- Meena, R., Ananda, B., & Madanmohan, T. (2017). Effect of a 12-week yoga therapy program on mental health status in elderly women inmates of a hospice. *International Journal of Yoga*, 10(1), 240-255
- Noor, N. M. (1993). *Work and family roles in relation to women's well-being*. Unpublished PhD. dissertation. University of Oxford.
- Veenhoven, R. (2003) Happiness in Society. *Erasmus University Rotterdam Faculty of social sciences*, 1-44.
- World Health Organization. (2001). Health news stories: Depression link to heart disease, hostility, depression may boost heart disease. *WHO report on mental illness released October*, 12(5), 234-245.