



The Effectiveness of Solution-focused Coaching on Wisdom and Resilience in Elderly and Middle-Aged Women

Soudabe Kamali Shervedani¹ , Azam Naghavi^{1*} 

¹ Dept. of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, I. R. Iran

Article Info

Article History

Received: 24.03.2023

Revised: 24.04.2023

Accepted: 04.05.2023

ePublished: 05.05.2023

Keywords

Solution-focused coaching, wisdom, resilience, middle age, elderly

How to cite this article

Kamali Shervedani, S., & Naghavi, A. (2023). The Effectiveness of solution-focused coaching on wisdom and resilience in elderly and middle-aged women. *Aging Psychology*, 9(1), 33-44.

*Corresponding Author

Azam Naghavi

Email

az.naghavi@edu.ui.ac.ir



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

The end of each period of life and the beginning of a new period of it brings many challenges. Integrity against despair is one of the basic crises of the elderly and people on the threshold of old age, which can be solved by increasing wisdom and resilience. Therefore, it seems necessary to carry out some interventions with the aim of improving wisdom and resilience. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of solution-focused coaching (SFC) on the wisdom and resilience of elderly and middle-aged women. This was a quasi-experimental study with pretest-posttest design and a control group. The statistical population of the research included all elderly and middle-aged women clients of welfare centers and counseling centers in Isfahan, Iran in the fall of 2022. The sample consisted of 32 elderly and middle-aged women with an average age of 61.8 years in the experimental group and 62.1 in the control group, selected based on convenience sampling method and inclusion and exclusion criteria, and were randomly assigned to two experimental and control groups. The research measures were Ardel's Wisdom Questionnaire as well as Connor-Davidson Resilience Questionnaire. Participants in the experimental group underwent eight 60-minute sessions of SFC, and the control group did not receive any intervention in the same time. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS-22 software. The results revealed that SFC increases wisdom and resilience of elderly and middle-aged women ($P < 0.05$). Based on the results, it is recommended that counselors and psychologists take advantages of SFC in order to increase the resilience and wisdom of elderly and middle-aged women along with other methods.



اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی و تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال

سودابه کمالی شروذانی^۱، اعظم نقوی^{*۱}

^۱ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

پایان هر دوره از زندگی و شروع دوره جدیدی از آن مشکلات روان‌شناختی متعددی را ایجاد می‌کند. یکپارچگی در مقابل ناامیدی یکی از بحران‌های اساسی سالمندان و افراد در آستانه سالمندی است که با افزایش خردمندی و تاب‌آوری قابل حل می‌شود. بنابراین انجام این مداخله با هدف بهبود خردمندی و تاب‌آوری ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی و تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال انجام شد. روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعان زن سالمند و میانسال مراکز بهزیستی و مراکز مشاوره استان اصفهان در پاییز ۱۴۰۱ بود. نمونه شامل ۳۲ زن سالمند با میانگین سنی ۶۱/۸ سال در گروه آزمایش و ۶۲/۱ در گروه کنترل بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه خردمندی آردلت، و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانور و دیویدسون بود. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله مربیگری راه‌حل محور دریافت کردند و گروه کنترل در این زمان هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مداخله مربیگری راه‌حل محور باعث افزایش خردمندی و تاب‌آوری می‌شود ($p < 0.05$). بر اساس نتایج توصیه می‌شود مشاوران و روان‌شناسان از مداخله مربیگری راه‌حل محور در جهت افزایش تاب‌آوری و خردمندی زنان سالمند و میانسال در کنار سایر روش‌ها بهره بگیرند.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۴

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۲/۰۲/۱۵

کلیدواژه‌ها

مربیگری راه‌حل محور، خردمندی، تاب‌آوری، سالمندی، میانسال

نحوه ارجاع به مقاله

کمالی شروذانی، س.، و نقوی، ا.، (۱۴۰۲). اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی و تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۱)، ۳۳-۴۴.

* نویسنده مسئول

اعظم نقوی

پست الکترونیکی

az.naghavi@edu.ui.ac.ir

شناختی، نگرش عمیق و عاطفی بیشتری بهره‌مند هستند، از سلامت روان بیشتری بهره می‌برند. مطالعات نشان داده‌اند که متغیر خردمندی با متغیرهای اساسی همچون سلامت روان (وبستر و همکاران، ۲۰۱۴)، رفاه ذهنی (گلوک و همکاران، ۲۰۲۲) و کنترل ادراکات درونی و تاب‌آوری (مرادی و قدرتی، ۱۳۹۹) رابطه دارد.

تاب‌آوری به عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرها برای مواجهه مؤثر در مقابل چالش‌های هر دوره از زندگی به خصوص سالمندی است. توجه به متغیر تاب‌آوری به عنوان یکی از مقوله‌های مهم سلامت روان یک ضرورت است (عندلیب کورایم و محدودی نیا، ۱۴۰۰). آنچه به افراد در مواجهه و کنار آمدن با موقعیت‌های سخت و پرتنش کمک می‌کند تاب‌آوری است، همان متغیری که افسردگی را کاهش، کیفیت زندگی و تحمل درد را افزایش می‌دهد (وایت و همکاران، ۲۰۱۰). اگرچه تاب‌آوری^۲ به معنای مقاومت در برابر آسیب‌ها و شرایط تهدید کننده است اما علاوه بر آن فرد تاب‌آور بایستی مشارکت فعال و سازنده هم داشته باشد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) معتقدند که سازگاری متغیری پیامدی می‌باشد. بنابراین احتمال دارد افرادی که اتفاق مهمی در زندگی‌شان نیفتاده است، متغیر تاب‌آوری را از خود بروز ندهند. در رابطه با این موضوع که حالات تاب‌آوری چگونه بوجود می‌آیند، فلچر (۲۰۰۴) معتقد است که این حالات طی یک فرآیند شکست و انسجام دوباره بوجود می‌آیند. بنابراین می‌توان امید داشت که افراد پس از یک ناکامی در زندگی تاب‌آوری را تجربه کنند. انسجام دوباره نیاز به انرژی ندارد، چرا که این انرژی یک منبع درونی و معنوی دارد. تعدادی از پژوهش‌ها در زمینه تاب‌آوری بیانگر این است که پیدا کردن معنا در رنج‌ها، خوش‌بینی، اعتقاد به وجود یک منبع و تکیه‌گاه، باور به وجود قدرتی مافوق همه قدرت‌ها و باور به این که توانایی حل مسأله در فرد وجود دارد، به میزان زیادی با توانایی سازگاری با ضربه روانی و تاب‌آوری همبستگی دارد. مطالعات نشان داده است که تاب‌آوری با کاهش سطح احساسات منفی و رضایت از زندگی (فوفانا و همکاران، ۲۰۲۰)، کاهش استرس اجتماعی (وود و باتناگار، ۲۰۱۵) و افزایش انعطاف‌پذیری (کاوالو و همکاران، ۲۰۲۰) رابطه دارد. در ارتباط با متغیر خردمندی در جامعه سالمندی پژوهش‌هایی صورت گرفته است اما بیشتر این پژوهش‌ها از

جمعیت سالخورده جهان به سرعت در حال رشد می‌باشد. با گسترش خدمات بهداشتی و افزایش طول عمر، پیش‌بینی می‌شود جمعیت افراد بیش از ۶۰ سال جهان، تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد (فو و همکاران، ۲۰۱۸). افزایش سن و پیامدهای ناشی از کهولت با ایجاد تغییرات گسترده در الگوی سلامتی، افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌ها، پایین آمدن تاب‌آوری و کاهش مهارت‌های حل مسأله (خردمندی) همراه است (وونگ و همکاران، ۲۰۱۰).

خردمندی^۱ مفهومی است که در سه دهه اخیر در گرایش‌های مرتبط با مشاوره و روان‌شناسی مورد توجه قرار گرفته است. استرنبرگ (۲۰۰۵) خردمندی را به عنوان کاربرد هوش، خلاقیت و دانش به منظور رسیدن به مصلحت جمعی تعریف می‌کند و معتقد است که ارزش‌های هر فرد به میزان زیادی خود او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از دید او خردمندی به عنوان یک خبرگی ارزشمند و برجسته در حل مسائل بنیادین است که در ارتباط با هدف و چگونگی هدایت زندگی شناخته می‌شود، این مسائل به طور عمده پیچیده بوده و راهکارهای گوناگون و مبهم دارند. گنزالز و تاها (۲۰۲۲) خردمندی را به عنوان نقطه پایان مطلوب، جهت تحول هویت عنوان کرده است که از طریق حل بحران یکپارچگی در مقابل ناامیدی در طول زندگی فرد حاصل می‌شود. مفهوم خردمندی به عنوان منتهای آرمان تحول انسانی محرک اصلی مطالعه در زمینه روان‌شناسی طول عمر و پیری‌شناسی بوده است (استرنبرگ، ۱۹۹۰). بالا بردن دانش، داشتن تفکر انتزاعی، توانایی در نظر گرفتن راهبردهای احتمالی و هوشمندانه جهت بررسی اطلاعات، مهارت‌های مرتبط با فراشناخت و توانایی تفکر پیرامون جنبه‌های متعدد یک موقعیت در زمانی واحد از جمله مهارت‌هایی است که با خردمندی مرتبط می‌باشد. شاخص عاطفی خردمندی دلالت بر وجود احساسات مثبت (مانند شفقت و همدلی) و نداشتن عواطف و رفتارهای منفی نسبت به سایر افراد است، شاخص شناختی: توانایی درک زندگی، و توجه به معناهای عمیق‌تر در روابط درون فردی و تعامل با سایرین بوده و شاخص نگرش عمیق (ژرف‌نگری)، خودآگاهی را افزایش می‌دهد و هم‌زمان با خودآگاهی باعث افزایش شناخت و عواطف فرد نیز می‌گردد (آردلت، ۲۰۰۳). مطابق با پژوهش‌های سلینگمن و پاولسکی (۲۰۰۳) سالمندانی که از قابلیت‌های

² resilience

¹ wisdom

نوع کیفی و یا پژوهش‌های بررسی هم بستگی متغیر خردمندی با سایر متغیرهای حیطه سالمندی است. در حیطه اثر بخشی درمان راهل محور و یا مربیگری راهل محور بر متغیر خردمندی سالمندان پژوهشی صورت پذیرفته است. در سال‌های اخیر روش‌های درمانی متفاوتی از جمله شفقت درمانی (اسدی و همکاران، ۱۴۰۰)، مداخلات حمایتی خانواده محور (ریبیعی و همکاران، ۱۳۹۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (نصیرنیا و یوسفی، ۱۴۰۱) در حیطه تاب‌آوری سالمندان به کار رفته است. نتایج این پژوهش‌ها بر اهمیت انجام مداخلات در حیطه تاب‌آوری سالمندان تأکید می‌کنند، با این حال خلأ استفاده از مداخله مربیگری راهل محور برای متغیرهای خردمندی و تاب‌آوری به طور کامل محسوس است. یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر در روان‌شناسی و مشاوره اهمیت بسیار زیادی پیدا کرده است، رویکرد راهل محور می‌باشد (کورکوران، ۲۰۱۰).

مربیگری راهل محور^۱ به جای تمرکز بر حل مسأله بر راهل‌ها، مهارت‌ها، نقاط قوت، تجربه و دانش متریبان متمرکز می‌شود. تاریخچه رویکرد راهل محور به سال ۱۹۸۶ بر می‌گردد. زمانی که گروهی از درمانگران در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت در مرکز میلووکی طرح کلی شروع یک مسیر جدید در کار برای بیماران را به انجام رساندند (دی‌شیزر و همکاران، ۱۹۸۶). دی‌شیزر این فرض را پذیرفت که مراجعان در صدد هستند تا با بیان مسائل خود تغییراتی را در آنها بوجود آورند. او تمام رفتارهای مراجعان که در قالب (مقاومت) نام گذاری می‌شدند را قاب‌گیری مجدد کرد. از جمله تفاوت‌های مربیگری راهل محور با درمان راهل محور می‌توان به فرآیند سنجش اشاره کرد. یک مربی راهل محور در فرآیند سنجش مسأله بیش از توجه به مشکلات و موانع مراجع، بر هدف جلسات به عنوان پیامد مثبت تأکید می‌کند در حالی که درمانگر ناگزیر به سمت مشکلات کشیده می‌شود (دی‌شیزر و همکاران، ۱۹۸۶). مربی با شفاف‌سازی مسائل متریبان، حمایت، توسعه و توانمندسازی آنها به طراحی و اجرای راهل‌هایی که برای متریبان کارساز است، کمک می‌کند (اوکانل و پالمر، ۲۰۱۸). شولنوس و همکاران (۲۰۲۰) اذعان کردند که رویکرد مربیگری راهل محور منجر به پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در عملکرد، هدف و رضایت در افراد نمونه گردیده است. نتایج کمی و کیفی

پژوهشی با عنوان بررسی تأثیرات آموزش مربیگری راهل مدار بر متخصصان توانبخشی نشان داد که آموزش مربیگری راهل مدار، روش مؤثری برای دستیابی به پیشرفت‌های اساسی و پایدار در دانش فراهم می‌کند. این پژوهش با استفاده از ایجاد اهداف و برنامه‌های درمانی با امیدها و اولویت‌ها و آمادگی‌ها برای تغییر همسو شده و پس از مداخله نتایج بیانگر اثربخشی این رویکرد در توانبخشی بوده است (بالدوین و همکاران، ۲۰۱۳). از رویکرد راهل محور در سال‌های گذشته برای کاهش پریشانی روان‌شناختی سالمندان (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰)، افزایش امید به زندگی، معناجویی و شفقت به خود سالمندان (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰) استفاده شده است.

پیری جمعیت، یکی از چالش‌های اساسی ایران در آینده نه چندان دور است. انجام مداخلات روان‌شناختی مؤثر در سلامت روان سالمندان و افراد در آستانه سالمندی یک ضرورت است. در این میان دو متغیر تاب‌آوری و خردمندی در کاهش پیامدهای مرتبط با سالمندی اهمیت بسزایی دارند. مهارت تاب‌آوری سالمندان در واقع از جهاتی به معنی پیش‌بینی پاسخ مثبت به رویدادهای منفی زندگی است. از دیگر سو کاهش امید به زندگی و تهدیدات روانی در سالمندی مانند احساس انزوا، از دست دادن اعتماد به نفس و تغییر در نقش‌های اجتماعی از جمله پیامدهای کمبود مهارت‌های مقابله‌ای مرتبط با خردمندی است. برای سالمندان توجه به مسائلی که امید بیشتری در آنها ایجاد می‌کند مطلوب‌تر است و مربیگری راهل محور با تأکید بر بالاترین امیدها، آینده‌ترجیحی و تمرکز بر تقویت مهارت حل مسأله می‌تواند گام اساسی در افزایش خردمندی و تاب‌آوری سالمندان ایفا نماید. جهت ارائه مشاوره مؤثر با سالمندان، تأمین نیازهای مرتبط با خدمات روان‌شناختی و خلأ مداخلات مربیگری راهل محور، پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی مربیگری راهل محور بر خردمندی و تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال است. فرضیات این مطالعه عبارت بود از اینکه (۱) مربیگری راهل محور بر خردمندی زنان سالمند و میانسال تأثیر دارد و (۲) مربیگری راهل محور بر تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

مربیگری راهل محور^۱ به جای تمرکز بر حل مسأله بر راهل‌ها، مهارت‌ها، نقاط قوت، تجربه و دانش متریبان متمرکز می‌شود. تاریخچه رویکرد راهل محور به سال ۱۹۸۶ بر می‌گردد. زمانی که گروهی از درمانگران در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت در مرکز میلووکی طرح کلی شروع یک مسیر جدید در کار برای بیماران را به انجام رساندند (دی‌شیزر و همکاران، ۱۹۸۶). دی‌شیزر این فرض را پذیرفت که مراجعان در صدد هستند تا با بیان مسائل خود تغییراتی را در آنها بوجود آورند. او تمام رفتارهای مراجعان که در قالب (مقاومت) نام گذاری می‌شدند را قاب‌گیری مجدد کرد. از جمله تفاوت‌های مربیگری راهل محور با درمان راهل محور می‌توان به فرآیند سنجش اشاره کرد. یک مربی راهل محور در فرآیند سنجش مسأله بیش از توجه به مشکلات و موانع مراجع، بر هدف جلسات به عنوان پیامد مثبت تأکید می‌کند در حالی که درمانگر ناگزیر به سمت مشکلات کشیده می‌شود (دی‌شیزر و همکاران، ۱۹۸۶). مربی با شفاف‌سازی مسائل متریبان، حمایت، توسعه و توانمندسازی آنها به طراحی و اجرای راهل‌هایی که برای متریبان کارساز است، کمک می‌کند (اوکانل و پالمر، ۲۰۱۸). شولنوس و همکاران (۲۰۲۰) اذعان کردند که رویکرد مربیگری راهل محور منجر به پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در عملکرد، هدف و رضایت در افراد نمونه گردیده است. نتایج کمی و کیفی

^۱ solution-focused coaching

هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت و معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیپان همبستگی منفی معنادار داشتند که بیانگر روایی نسخه خارجی است. پایانی نمونه هنجاریابی شده ایرانی (رحیمیان و همکاران، ۱۳۸۷) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. روایی در مطالعات ایرانی (به روش تحلیل عوامل و روایی واگرا و همگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶). پایایی در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹۵ می‌باشد.

پرسش‌نامه خردمندی^۲. مقیاس سه بعدی خردمندی را آردلت در سال ۲۰۰۳ طراحی کرده و دارای ۳۹ سؤال است. در این مقیاس خرد به عنوان یک متغیر نهفته با شاخص‌های شناختی، ژرف‌نگری و عاطفی در نظر گرفته می‌شود. این سه بعد مستقل از یکدیگر نیستند. دو مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی برای سنجش ماده‌ها استفاده می‌شود که هر کدام از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) و (۱ بسیار درست است تا ۵ اصلاً درست نیست) دامنه دارند. تمام ماده‌ها به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که نمرات بالاتر، وجود ویژگی‌های شناختی، ژرف‌نگری و عاطفی خردمندی را نشان می‌دهند. میانگین سه بعد خردمندی، نشان دهنده نمره خردمندی فرد است. در پژوهش آردلت در ارزیابی روایی و اعتبار این مقیاس، آلفای کرونباخ ابعاد شناختی، ژرف‌نگری و عاطفی در نمونه دانشجویی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۵، ۰/۶۶ و در نمونه سالمندان ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴ به دست آمده است. آلفای کرونباخ مجموع سه بعد خردمندی در نمونه دانشجویی ۰/۷۲ و در نمونه سالمندان ۰/۶۶ بوده است (آردلت، ۲۰۰۳). سپهریان آذر و ستاری (۱۳۹۵) به منظور تعیین روایی و اعتبار سازه‌های پرسش‌نامه سنجش خرد از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند. پایایی نمونه ایرانی ۰/۸۹ گزارش شده است که تأییدی بر برازش مدل است. پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱۳ می‌باشد.

روش اجرا

پس از مطالعه پژوهش‌های متعدد و مشخص نمودن موضوع پژوهش، تدوین بسته مربیگری راه‌حل محور، آماده‌سازی فرم‌ها و پرسش‌نامه‌های مورد نظر در ابتدا برای

جامعه آماری شامل تمامی مراجعان زن سالمند و میانسال مراکز بهزیستی و مراکز مشاوره استان اصفهان در پاییز ۱۴۰۱ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شده است. به این منظور با مراجعه به مراکز مشاوره و بهزیستی، معرفی مداخله و توجیه پژوهش موافقت‌های لازم جهت معرفی شرکت‌کنندگان به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از (۱) نمره پایین‌تر از نقطه برش، (۲) سن بالاتر از ۵۵ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از (۱) مصرف داروهای روان‌گردان و مواد مخدر (به جهت تأثیر در نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و (۲) مراجعه همزمان به مشاور و روان‌شناس. پس از بررسی احراز ملاک‌های ورود و خروج از بین متقاضیان شرکت در پژوهش ۲۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل (در انتظار دریافت مداخله پس از پایان پژوهش) گمارش تصادفی شدند. میانگین سنی گروه آزمایش ۶۱/۸ و میانگین سنی گروه کنترل ۶۲/۱ بود. در گروه آزمایش ۹ نفر (۵۲/۹ درصد) دیپلم و پایین‌تر، ۳ نفر (۱۷/۶۴ درصد) دیپلم، و ۵ نفر (۲۹/۴۲ درصد) لیسانس بودند. در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) دیپلم و پایین‌تر، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم، و ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) لیسانس بودند.

ابزار

پرسش‌نامه تاب‌آوری^۱. این پرسش‌نامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس معتقدند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (رحیمیان و همکاران، ۱۳۸۷). پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که طیف نمرات هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. هر چه نمرات افراد از ۵۰ بالاتر باشد بیانگر تاب‌آوری بیشتر شرکت‌کنندگان است. تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۴

² wisdom questionnaire

¹ resilience questionnaire

تصادفی شدند. با در نظر گرفتن فرض افت تعداد شرکت‌کننده‌ها، ۲۲ نفر در گروه آزمایش و ۲۲ نفر در گروه کنترل گمارش تصادفی شدند که پس از ریزش در نهایت ۱۷ شرکت‌کننده در گروه آزمایش و ۱۵ شرکت‌کننده در گروه کنترل تا پایان پژوهش همکاری کردند. مداخلات گروه آزمایش ۸ جلسه هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه، به صورت گروهی و توسط پژوهشگر اول در سالن بهزیستی شهرستان فلاورجان انجام شد. نحوه اجرا طبق دستور هر جلسه و نحوه مشارکت و پاسخگویی شرکت‌کنندگان ابتدا به صورت داوطلبانه و سپس به صورت دورگشت انجام می‌شد. شرکت‌کنندگان در مشارکت و پاسخ مختار بودند. پس از پایان مداخله و تکمیل پرسش‌نامه از افرادی که تا پایان پژوهش همکاری داشتند، نتایج در قالب آمار توصیفی و استنباطی ارائه شد. جهت تدوین جلسات از کتاب مربیگری کوتاه مدت راه‌حل محور (دی شازر و همکاران، ۲۰۲۱) استفاده شده است.

انجام پژوهش به چندین مرکز مشاوره، اداره بهزیستی و کمیته امداد مراجعه شد. پس از معرفی پژوهش و تشریح هدف از انجام آن و موافقت مراکز یاد شده، حقوق شرکت‌کنندگان، معیارهای حذف شرکت‌کنندگان (عدم تمایل به همکاری، غیبت در بیش از یک جلسه نیاز و به مداخلات روان‌شناختی همزمان) و قوانین شرکت در جلسات (ملاحظات اخلاقی: داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، عدم دریافت هیچ هزینه‌ای، حق انصراف از پژوهش، تأکید بر افشا نشدن اطلاعات اعضای گروه، حریم خصوصی و رازداری) برای داوطلبان مشارکت در پژوهش تشریح شد. داوطلبان پرسش‌نامه خرد (آردلت، ۲۰۰۳) و تاب‌آوری (کانور و دیویدسون، ۲۰۰۳) را تکمیل کردند. افرادی که نمره پایین‌تر از نقطه برش در هر دو پرسش‌نامه را کسب کردند و واجد شرایط دریافت مداخله بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش

جدول ۱

پروتکل مربیگری راه‌حل محور

جلسه	هدف	محتوا
اول	معرفی، معارفه، معرفی مداخله و تبیین قوانین شرکت در جلسات (امید نه قانون)	خیرمقدم و خوش آمدگویی، معرفی و آشنایی متقابل مربی و متریبان (بیان خلاصه‌ای از سابقه فعالیت و تحصیلات)، ارائه اطلاعات کوتاه و کلی از مراحل مداخله و هدف پژوهش، تلاش در جهت ایجاد اعتماد بین اعضای گروه، اطمینان بخشی پیرامون حفظ اصل رازداری، پرسش گروهی به صورت دورگشت در مورد قوانین گروه، اعتبار بخشی به متریبان در مورد تصمیمات‌شان در مورد قوانین (ما به عنوان مربی سخت کار نمی‌کنیم بلکه در عوض به متریبان این اطمینان را می‌دهیم که خودشان کارشناس هستند، (از همان ابتدا با تدوین قوانین جلسه توسط متریبان آنها را متوجه نقش پر رنگ خود در روند ایجاد تغییرات شخصی می‌کنیم).
دوم	کشف منابع متریبان	تمرکز بر فعالیت‌های فعلی متریبان (مهم‌ترین کارهایی که در حال حاضر انجام می‌دهی چیست؟) (مهم‌ترین نقشی که در حال حاضر ایفا می‌کنی چیست)، پرسش از مهم‌ترین مهارت‌ها در نقش فعلی (چند مورد از مهم‌ترین توانمندی‌ها که جزء مهارت‌های شما در نقش فعلی‌تان است را نام ببرید). اعتبار بخشی به توانمندی‌های متریبی (چه قدر خوب، چطور توانستید این توانمندی‌ها را بدست بیاورید. از کجا فهمیدید که این مهارت‌ها برای حل مسأله شما مناسب است، با انجام چه کارهایی به مهارت‌های حل مسأله دست پیدا کردید؟).
سوم	ساخت و گسترش منابع	تمرکز بر ویژگی‌ها و حالات فعلی (به عنوان نقشی که در حال حاضر دارید کدام ویژگی‌ها به شما می‌گوید همانگونه هستید که می‌خواهید؟)، پرسش استثنا (وقتی چگونه هستید، فکر می‌کنید دلخواه شما است و فکر می‌کنید همانگونه که می‌خواهید، هستید؟)، بررسی منابع مراجع از دید دیگران (سه مورد از مهم‌ترین ویژگی‌هایی که دیگران می‌گویند شما دارید نام ببرید)، بررسی نقش ویژگی‌ها در ایجاد تفاوت‌ها (هر کدام از ویژگی‌های شما چه تفاوتی در نقش شما ایجاد می‌کند؟) پس از پاسخ هر یک از متریبان با تکیه بر نقاط قوت آنها از انعکاس محتوا، انعکاس احساسات و بازخورد مثبت استفاده می‌کنیم.
چهارم	تمرکز بر تفاوت‌ها	پرسش پیرامون مهارت‌های مؤثر در تفاوت‌ها (خلاصه‌ای از جلسه قبل، از سه مهارتی که در جلسه قبل گفتیم یکی را که مهم‌تر به نظر می‌رسد انتخاب کنید و بگویید اگر در آن مهارت حرفه‌ای‌تر باشید چه تفاوتی در نقش شما ایجاد می‌کند؟)، پرسش در مورد تفاوت‌های بیشتر که منجر به تقویت

مهارت مورد نظر می‌شود (ترجیحاً تا ۱۰ شماره)، پرسش در مورد بالاترین امیدها از شرکت در مربیگری گروهی راه‌حل محور (از سه مهارتی که در جلسه قبل گفتیم یکی را که مهم‌تر به نظر می‌رسد انتخاب کنید و بگویید اگر در آن مهارت حرفه‌ای‌تر باشید چه تفاوتی در نقش شما ایجاد می‌کند؟ متربیان می‌توانند به مواردی که پیش از این تجربه کرده‌اند هم اشاره کنند.

پنجم ساختن آینده ترجیحی

پرسش پیرامون تغییر و یا تغییرات متربی در شرایط آینده ترجیحی (از آن جایی که بعضی از آینده‌های ترجیحی در کوتاه مدت قابل دسترسی نیستند، سؤال را اینگونه می‌پرسیم: فرض کنید فردا صبح از خواب بیدار می‌شوید، اتفاقی که منتظرش هستید رخ نداده، اما زندگی شما به نحوی تغییر کرده است که فرصتی برای بدست آوردن چیزی که می‌خواستید را بدست آورده اید، اولین چیزی که تغییر کرده است چیست، چه تغییری نظر تو را جلب می‌کند؟) فهم تغییر از دید دیگران (دیگران چگونه متوجه تغییر شما می‌شوند؟) (شما چگونه متوجه فهم تغییر خود توسط دیگران می‌شوید؟)، پیش‌بینی واکنش دیگران در مورد تغییرات احتمالی (دیگران چه واکنشی نسبت به تغییر شما خواهند داشت؟ از کجا می‌فهمی؟) هر کدام از سؤالات را به ترتیب از متربیان می‌پرسیم، انعکاس و بازخورد می‌دهیم و سپس سؤال بعدی را مطرح می‌کنیم.

ششم امیدآفرینی به واسطه تعیین مقیاس

پرسش از وضعیت فعلی بر اساس مقیاس (در حال حاضر کجا قرار دارید؟ به شرایط فعلی خود از صفر تا ۱۰ چه امتیازی می‌دهید؟)، پرسش از فعالیت حال حاضر (مهم‌ترین فعالیت شما در حال حاضر برای رسیدن به تغییرات مطلوب چیست؟)، پرسش از مقیاس مطلوب (وقتی به چه نمره‌ای دست پیدا کنید احساس رضایت بیشتری دارید؟)، پرسش از تفاوت‌ها در صورت صعود به مقیاس بالاتر (اگر یک مقیاس یا درجه از مقیاسی که در حال حاضر هستید بالاتر بروید چه تفاوتی مشاهده می‌کنید؟).

هفتم تمرکز بر تلاش‌ها و پیشرفت‌های مراجع برای آینده ترجیحی

بررسی پیشرفت‌ها نسبت به جلسه قبل (نسبت به جلسه اول چه پیشرفت‌هایی داشته‌اید؟ چطور این کار را انجام داده‌اید؟)، نتیجه تداوم پیشرفت‌ها (در صورتی که پیشرفت شما ادامه پیدا کند شاهد چه چیزی خواهید بود؟)، پرسش در مورد امتیاز در جلسه حاضر، اگر از امتیاز حال حاضر یک امتیاز بیشتر به خودتان بدهید شاهد چه چیزی خواهید بود، (فکر می‌کنید اگر چه تغییر دیگری داشته باشید یک امتیاز دیگر به خود می‌دهید؟)

هشتم تغییرها، پیشرفت‌ها و اتمام مربیگری

بررسی یکی از تغییرات اخیر زندگی، پرسش از چگونگی تغییر، بررسی تأثیرات تغییر، تأکید بر منابع به جای دستاوردها (اگر متربی چیز زیادی از دستاوردها و تغییراتی که داشته است به ما چیزی نگفت ما از آنچه در بخش منابع استخراج کردیم برای بازخورد استفاده می‌کنیم)، پاسخ به پرسش‌های احتمالی در انتهای جلسه پایانی مداخله و تقدیر و تشکر از مشارکت تمام شرکت‌کنندگان.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به خردمندی و تاب‌آوری دو گروه، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
خردمندی	۱۰۸/۴۷ (۱۵/۶۷)	۱۵۷/۷۶ (۲۱/۳۲)	۱۱۴/۸۰ (۳۲/۷۴)	۱۱۳/۶۰ (۳۱/۷۵)
تاب‌آوری	۴۶/۹۴ (۱۸/۲۳)	۸۱/۴۱ (۱۶/۴۷)	۴۱/۳۳ (۱۵/۵۳)	۴۲/۶۰ (۱۶/۹۰)

پس‌آزمون در متغیر تاب‌آوری افراد گروه آزمایش افزایش چشم‌گیری نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد، اما در گروه کنترل تفاوت مشهودی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید، نمره‌های گروه آزمایش در متغیر خردمندی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش زیادی داشته است. همچنین نمرات

پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح $F(1,30)=0.927$ $P=0.009$ در متغیرهای خردمندی و $F(1,30)=0.420$ $P=0.669$ در تاب‌آوری بود. به علاوه جهت بررسی پیش فرض توزیع طبیعی متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع طبیعی در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح 0.05 معنی دار نمی‌باشد. از آنجاکه مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است، برای بررسی اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی و تاب‌آوری از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

مشاهده نمی‌شود. با توجه به طرح پژوهش حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) برای تجزیه و تحلیل نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده برای متغیر خردمندی $F(1,30)=0.271$ $P=0.607 > 0.05$ و برای متغیر تاب‌آوری $F(1,30)=0.138$ $P=0.713 > 0.05$ به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۵۲۳۹/۶۸	۱	۱۵۲۳۹/۶۸	۰/۷۱۲	۰/۰۰۱	۷۱/۸۲	۱۵۲۳۹/۶۸
خردمندی	۱۹۴۶۸/۱۶	۱	۱۹۴۶۸/۱۶	۰/۷۶۰	۰/۰۰۱	۹۱/۷۵	۱۹۴۶۸/۱۶
خطا	۶۱۵۲/۹۷	۲۹	۶۱۵۲/۹۷			۲۱۲/۱۷	
پیش‌آزمون	۵۸۹۹/۰۹	۱	۵۸۹۹/۰۹	۰/۷۰۷	۰/۰۰۱	۶۹/۹۸	۵۸۹۹/۰۹
تاب‌آوری	۹۰۵۵/۸۱	۱	۹۰۵۵/۸۱	۰/۷۸۷	۰/۰۰۱	۱۰۷/۴۲	۹۰۵۵/۸۱
خطا	۲۴۴۴/۶۲	۲۹	۲۴۴۴/۶۲			۸۴/۲۹	

بحران‌های سالمندی کمک می‌کند تاب‌آوری و خردمندی است. با ارائه مداخله مؤثر می‌توان اقدامات مؤثری در جهت افزایش خردمندی و تاب‌آوری سالمندان و افراد در آستانه سالمندی (میانسالان) انجام داد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی و تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال انجام شد.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه مداخله مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی زنان سالمند و میانسال تأثیر دارد، تأیید شد. تا جایی که می‌دانیم پژوهشی به بررسی اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر خردمندی زنان میانسال و سالمندان نپرداخته است. در تبیین این یافته باید عنوان کرد که مربیگری راه‌حل محور از طریق تقویت مهارت‌های حل مسأله، تقویت تفکر هدفمند و تقویت ارجاعات درونی به متریبیان کمک می‌کند تا در مواجهه با مسائل زندگی راه‌حل مختص شرایط خود را ارائه بدهند. مربیگری راه‌حل محور بر شفاف‌سازی، حمایت و

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که مربیگری راه‌حل محور به شیوه گروهی بر خردمندی و تاب‌آوری زنان میانسال و سالمند تأثیر معناداری داشته است. با توجه به اندازه اثر مقدار تأثیر مربیگری گروهی بر متغیر خردمندی ۷۶ درصد بوده است. همچنین میزان تأثیر مربیگری راه‌حل محور بر تاب‌آوری زنان میانسال و سالمند ۷۸ درصد بوده است. میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر خرد گروه مربیگری ۱۵۷/۷۶ و گروه کنترل ۱۱۳/۶۰ می‌باشد که بیانگر افزایش نمرات خرد در گروه آزمایش می‌باشد. میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر تاب‌آوری در گروه مربیگری ۸۱/۴۱ و گروه کنترل ۴۲/۶۰ می‌باشد که بیانگر افزایش نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از دوره‌های پر فراز و نشیب زندگی انسان‌ها عبور از میانسالی و ورود به دوره سالمندی است. از جمله متغیرهایی که به سالمندان جهت مواجهه مؤثر با

تا حد زیادی به آنچه آنها برایش تلاش کرده‌اند بستگی دارد. پرسش مقیاسی در این مورد که به وضعیت فعلی خود چه نمره‌ای می‌دهند و اگر بخواهند نمره بیشتری به خود بدهند چه اقداماتی لازم است انجام بدهند، تا حد زیادی به عنوان یک محرک در متربیان عمل کرد. در جریان مداخله بیان تجارب موفقیت‌ها، دستاوردها، و توانمندی‌ها توسط هر متربی نه تنها برای خود او بلکه برای سایر شرکت‌کنندگان تحسین برانگیز بوده و طبق اظهارات آنها منجر به ترغیب برای تلاش و باور به توانمندی‌ها شده است. جوهره رویکرد راه‌حل محور، و تلفیق آن با مربیگری به شیوه گروهی به افزایش خردمندی و تاب‌آوری زنان میانسال و سالمند انجامید. نتایج این پژوهش برای مشاوران و روان‌شناسانی که در حوزه سالمندی فعالیت دارند می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد.

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آن که، حجم نمونه کم بود و دوم آن که به لحاظ محدودیت‌های اجرایی، امکان آزمون پیگیری در این پژوهش وجود نداشت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تمرکز آن بر روی زنان سالمند و میانسال اصفهان است که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین در پژوهش حاضر روایی بررسی نشده است. پیشنهاد می‌شود به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در گروه‌های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. به علاوه انجام پژوهش برای نمونه مردان نیز توصیه می‌شود.

سپاس‌گزاری

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- احمدی، ز.، بزازیان، س.، تاجری، ب.، و رجب، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی خنده درمانی و درمان راه‌حل محور گروهی بر امید به زندگی، معناجویی، شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو. *سلامت اجتماعی*، ۸(۲)، ۲۲۰-۲۰۵.
- اسدی بیجائیه، ج. س.، امیری مجد، م.، قمری، م.، و فتحی اقدم، ق. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری زنان سالمند. *روانشناسی پیری*، ۷(۱)، ۶۷-۵۵.
- ربیعی، ل.، مصطفوی، ف.، مسعودی، ر.، و حسن‌زاده، ا. (۱۳۹۱).

توانمندسازی متربیان برای طراحی و اجرای راه‌حل‌هایی که برای آنها کارساز است، نقش به‌سزایی دارد (اوکانل و پالم، ۲۰۱۳). شولنوس و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که مداخله مربیگری راه‌حل محور می‌تواند رویکرد مؤثری برای کار با افرادی باشد که در مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله نیازمند مداخله هستند. با توجه به آنچه گفته شد درمان راه‌حل محور با تقویت مهارت‌های حل مسأله شرکت‌کنندگان در پژوهش به توسعه مهارت‌های حل مسأله در سالمندان و در نتیجه افزایش خرد آنها کمک می‌کند. از جمله ویژگی‌های بارز سالمندانی که خردمندی را تجربه می‌کنند، امیدواری و قدرت شناختی بالا است (آردل و پریخودکو، ۲۰۰۳). آغاز کردن جلسه با بالاترین امیدها، تأکید بر آینده ترجیحی از جمله فرآیندهای رویکرد راه‌حل محور می‌باشد که در جهت افزایش خرد شرکت‌کنندگان مؤثر بوده است.

فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر این که مربیگری راه‌حل محور بر تاب‌آوری زنان سالمند و میانسال تأثیر دارد تأیید شد. تا جایی که ما می‌دانیم پژوهشی به بررسی اثربخشی مربیگری راه‌حل محور بر تاب‌آوری زنان میانسال و سالمند نپرداخته است. ابهام پیرامون مسائل روزمره و تمرکز بر مسائل و پیچیده انگاشتن آنها منجر به کاهش تاب‌آوری سالمندان می‌شود و در مقابل اقدامات تسهیل‌کننده موجب ارتقای توانمندی‌های مراجع برای مقابله با مسأله و در نتیجه افزایش میزان تاب‌آوری می‌شود (مانینا، ۲۰۰۶). همانگونه که وانگ (۱۹۹۷) بیان کرده است افرادی که در قبال چالش‌های سخت با راه‌حل‌هایی طولانی و چندگانه از خود مقاومت نشان می‌دهند، به عنوان افراد تاب‌آور شناخته خواهند شد.

بنابراین تمرکز بر راه‌حل و پرهیز از پرداختن به مشکل در جریان مداخلات راه‌حل محور تا حد زیادی بر افزایش تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده در مداخله مربیگری راه‌حل محور تأثیر گذار بوده است. در جریان مداخله راه‌حل محور پرسش معجزه، تصور مراجع را تغییر می‌دهد و جریان گفتگو را به سمت و جهتی غیر از جهت مشکل و خصوصاً به سمت راه‌حل می‌کشاند. جلسات گروهی امتیاز دیگر مداخله راه‌حل محور است که باعث می‌شود هر یک از اعضا مسأله را محدود و منحصر به خود ندانند و از وحشتی که تا پیش از این در مورد اتفاقات زندگی خود داشتند کاسته شود. پرسش از آینده ترجیحی در جریان مربیگری راه‌حل محور این بینش را به شرکت‌کنندگان داد که آینده

- Solution-focused coaching in pediatric rehabilitation: an integrated model for practice. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(4), 467-483. <https://doi.org/10.3109/01942638.2013.784718>
- Bijaeyeh, J. S. A., Majdi, M. A., Ghamari, M., & Aghdam, G. F. (2021). The Effectiveness of the self-compassion training on life satisfaction and resilience in the elderly women. *Aging Psychology*, 7(1). [Persian] https://journals.razi.ac.ir/article_1732_a172b4656f2cfe436ec576321091d83.pdf
- Cavallo, C., Sacchi, G., & Carfora, V. (2020). Resilience effects in food consumption behaviour at the time of Covid-19: Perspectives from Italy. *Heliyon*, 6(12), Article e05676. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05676>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 234-242. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm098>
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E. V. E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2021). *More than miracles: The State of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge, 3, 131-142. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00419_4.x
- Fletcher, S. K. (2004). Religion and life meaning: Differentiating between religious beliefs and religious community in constructing life meaning. *Journal of Aging Studies*, 18(2), 171-185. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.01.005>
- Fofana, N. K., Latif, F., Sarfraz, S., Bashir, M. F., & Komal, B. (2020). Fear and agony of بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر توانمندسازی سالمندان بر اساس الگوی خانواده محور. *تحقیقات نظام سلامت*, ۸(۲)، ۳۰۱-۳۱۳.
- رحیمیان بوگر، ا. و اصغرنژاد فرید، ع. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱)، ۶۲-۷۰.
- سامانی، س.، جوکار، ب.، و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تأثیر تاب‌آوری بر ذهن آگاهی و رضایت از زندگی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۸(۲)، ۲۹۵-۲۹۰.
- سپهریان آذر، ف.، ستاری، ر. (۱۳۹۵). بررسی رابطه‌ی قانونی ابعاد خرد و سبک‌های هویت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۲(۲)، ۹۵-۱۱۴.
- عندلیب کرایم، م.، و محمودی نیا، س. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی در سالمندان: نقش تاب‌آوری و ذهن آگاهی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۸(۲)، ۱۶۷-۱۷۹.
- مرادی، ش.، و قدرتی میرکوهی، م. (۱۳۹۹). مقایسه نقش امید و تاب‌آوری در پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان. *سالمند شناسی*، ۵(۱)، ۷۱-۸۸.
- نصیرنیا سماکوش، ع. ر.، و یوسفی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، شادکامی و تاب‌آوری سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۸(۳)، ۱۴۹-۱۶۱.

References

- Ahmadi, Z., Bezazian, S., Tajri, B., & Rajab, A. (2022). Comparison of the effectiveness of laughter therapy and group solution-oriented therapy on life expectancy, search for meaning, self-compassion and blood sugar reduction in elderly patients with type 2 diabetes. *Community Health*, 8(2), 209-220. <https://journals.sbmu.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/28498> [Persian]
- Ardell, A. J., & Prikhodko, S. V. (2003). Coarsening of γ' in Ni-Al alloys aged under uniaxial compression: II. Diffusion under stress and retardation of coarsening kinetics. *Acta Materialia*, 51(17), 5013-5019. [https://doi.org/10.1016/S1359-6454\(03\)00327-6](https://doi.org/10.1016/S1359-6454(03)00327-6)
- Ardelt, M. (2003). Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. *Research on Aging*, 25(3), 275-324. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0164027503025003004>
- Baldwin, P., King, G., Evans, J., McDougall, S., Tucker, M. A., & Servais, M. (2013).

- the pandemic leading to stress and mental illness: an emerging crisis in the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Psychiatry Research*, 29(1), 113-230.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113230>
- Fu, X., Sun, N., Xu, F., Li, J., Tang, Q., He, J., ... & Sun, C. (2018). Influencing factors of inequity in health services utilization among the elderly in China. *International Journal for Equity in Health*, 17, 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12939-018-0861-6>
- Glück, J., Weststrate, N. M., & Scherpf, A. (2022). Looking beyond linear: A closer examination of the relationship between wisdom and wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 23(7), 3285-3313.
<https://doi.org/10.1007/s10902-022-00540-3>
- Grant, A. M. (2006). A personal perspective on professional coaching and the development of coaching psychology. *International Coaching Psychology Review*, 1(1), 12-22.
<http://phd.meghan-smith.com/wp-content/uploads/2016/01/1-Strengths-coaching.pdf#page=14>
- Kourayem, M. A., & Mahmoodinia, S. (2021). The Quality of Life in the Elderly: The Role of Resiliency and Mindfulness. *Aging Psychology*, 7(2), 167-179.
https://jap.razi.ac.ir/m/article_1810_c61ad4006443c836f3b0c96b4006663d.pdf?lang=en [Persian]
- Manyena, S. B. (2006). The concept of resilience revisited. *Disasters*, 30(4), 434-450. <https://doi.org/10.1111/j.0361-3666.2006.00331.x>
- Moradi, SH., & GHodrati Mirkhoshi, M. (2020). Comparing the Role of Hope and Resilience in Predicting life Satisfaction in Older Adults. *Journal of Gerontology (JOG)*, 5(1), 71-81.
<https://sid.ir/paper/383415/en> [Persian]
- O'Connell, B., & Palmer, S. (2018). Solution-focused coaching. *Handbook of Coaching Psychology* (pp. 270-281). Routledge.
<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315758510-11/cognitive-behavioural-coaching-stephen-palmer-kasia-szymanska>
- Rabiei, L., Mostafavi, F., Masoudi, R., & Hassanzadeh, A. (2013). The effect of family-based intervention on empowerment of the elders. *Journal of education and health promotion*, 2(1), 24.
<https://www.jehp.net/article.asp?issn=2277-9531;year=2013;volume=2;issue=1;spage=24;epage=24;aulast=Rabiei> [Persian]
- Rahimian Boogar, E., & Asgharnejad Farid, A. A. (2008). The Relationship between psychological hardness also ego-resiliency and mental health in adolescent and adult survivors of Bam earthquake. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1), 62-70.
<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-416-fa.html> [Persian]
- Samakoush, A. N., & Yousefi, N. (2022). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety, happiness and resilience in the elderly. *Aging Psychology*, 8(2), 149-161. [Persian]
https://jap.razi.ac.ir/article_2221_75c155afd524059fc0718ba3d373a256.pdf?lang=en
- Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 13(3), 290-295. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-en.html> [Persian]
- Schwellnus, H., King, G., Baldwin, P., Keenan, S., & Hartman, L. R. (2020). A solution-focused coaching intervention with children and youth with cerebral palsy to achieve participation-oriented goals. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 40(4), 423-440.
<https://doi.org/10.1080/01942638.2020.1711841>
- Seligman, M. E., & Pawelski, J. O. (2003). Positive psychology: FAQs. *Psychological Inquiry*, 2(2003), 159-163.
<https://www.jstor.org/stable/1449825>
- Sepehrian azar, F., & Sattari, F. (2016). Investigate the Canonical relationship between Dimension of wisdom and identity styles. *The Journal of New Thoughts on Education*, 12(2), 95-114.

- <https://doi.10.22051/jontoe.2016.2392>
[Persian]
- Sternberg, R., & Jordan, J. (Eds.). (2005). *A handbook of wisdom: Psychological perspectives*. Cambridge University Press. <https://books.google.com/books/publisher/content?id>
- Wang, M. C. (1997). Next steps in inner-city education: Focusing on resilience development and learning success. *Education and Urban Society, 29*(3), 255-276. <https://doi.org/10.1177/0013124597029003002>
- Webster, J. D., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Wisdom and mental health across the lifespan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(2), 209-218. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs121>
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 55*(1), 23-32. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018451>
- Wong, L. H., Chan, F. W., Wong, F. Y., Wong, E. L., Huen, K. F., Yeoh, E. K., & Fok, T. F. (2010). Transition care for adolescents and families with chronic illnesses. *Journal of Adolescent Health, 47*(6), 540-546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.04.002>
- Wood, S. K., & Bhatnagar, S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of stress, 1*, 164-173. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.11.002>