

اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند

✉ دکتر عبدالله معتمدی
دانشگاه علامه طباطبائی

وحید مصطفی‌پور
دانشگاه علامه طباطبائی

حسین فرخی
دانشگاه علامه طباطبائی

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۰

دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۱۴

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده نزدیک به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد گردید و سعی در رفع مشکلات سالمندان از جمله مشکلات روانی‌شان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند شهر تسوج انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ زن سالمند ۵۹ تا ۸۰ سال بودند که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سالمندان گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت مداخله امید درمانی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های شادکامی آکسفورد و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. داده‌های پژوهش به‌وسیله آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که امید درمانی گروهی، شادکامی و کیفیت زندگی را در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش داده است ($P < 0.001$). با توجه به این مطالعه می‌توان گفت امید درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند مؤثر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود مداخلاتی از این دست جهت ارتقای شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: امید درمانی، شادکامی، کیفیت زندگی، زنان سالمند

جهان قرار گرفته است و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند (لیم و پوتنام، ۲۰۱۰)، چراکه به رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه‌های مختلف، هنوز انسان‌ها در زندگی خود با موقعیت‌ها و وقایعی روبه‌رو می‌شوند که سلامت روانی و نیرومندی‌های انسان به‌ویژه شادکامی، کیفیت زندگی و امید را دچار اختلال می‌کند.

یکی از این وقایع سالمندی^۲ است. سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده نزدیک به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد گردید (درویش‌پور کاخکی، عابدسعیدی، دلاور و سعیدالذاکرین، ۱۳۹۱). جمعیت جهان هرگز به اندازه‌ی

امروزه موضوع روان‌شناسی مثبت‌نگر، شادکامی، کیفیت زندگی، بهزیستی و امیدواری از مباحثی هستند که توجه و علاقه بسیاری از روان‌شناسان را به خود جلب کرده‌اند، به‌طوری‌که اساس و پایه بسیاری از پژوهش‌ها در سراسر

عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. وحید مصطفی‌پور، کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. حسین فرخی، کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران باشد

پست الکترونیکی: a_moatamedy@yahoo.com

به‌عنوان مؤلفه سلامتی دارد و مفاهیمی مانند رضایت از خود و زندگی و بهزیستی در تعریف سلامت روانی از شاخص‌های مورد توجه این سازمان است که با عواطف مثبتی مانند لذت، آرامش، نشاط و شادی همراه است. به عبارت دیگر، آن ویژگی مهم روانی که فرد واجد سلامت باید از آن برخوردار باشد، احساس بهزیستی یا رضایت‌مندی است (میر و دینر، ۱۹۹۵). کار (۱۳۹۳/۲۰۰۴) در تعریف شادکامی، آن را نوعی حالت روانی مثبت می‌داند که با میزان بالای رضایت‌مندی از زندگی و عواطف مثبت و میزان پایین عواطف منفی مشخص می‌شود. کاهش شادکامی و پایین آمدن سطح امید به زندگی سالمندان یکی از چالش‌های امروزه در درمان می‌باشد و یافتن راهی برای افزایش شادکامی به‌ویژه در سالمندان نیازمند توجه بیشتری است. شیوع اختلالات روانی در سالمندان رو به افزایش است، به‌طوری‌که برخی آن را یک بحران دانسته‌اند (چن، لین و جین، ۲۰۰۹). در پی این اختلالات، شادکامی و کیفیت زندگی در این افراد کاهش می‌یابد (کاهون، ۲۰۱۲). با توجه به رشد روزافزون سالمندان و شیوع اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی^۲ در آنان که اغلب تشخیص داده نمی‌شود و آثار مهمی بر کیفیت زندگی، پیامدهای بیماری بالینی، وضعیت عملکردی و افزایش مرگ و میر و ناتوانی آنان می‌گذارد و نیز با توجه به کمبود شدید متخصصان و خدمات ویژه سالمندان، ضرورت توجه به شادکامی سالمندان به‌منظور مقابله با شرایط این دوران احساس می‌شود (فخار، نوابی‌نژاد و فروغان، ۱۳۸۷).

روان‌شناسی مثبت‌نگر مطالعه علمی کارکردهای بهینه انسانی با هدف درک و بکارگیری این کارکردها در جهت کامیابی و شکوفایی افراد و جوامع می‌باشد (مگیار-مو، ۲۰۰۹). در رویکرد مثبت‌نگر، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان بر مشکلات و ضعف‌ها است، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تأکید و توجه است. مداخلات مثبت‌نگر^۳ از مجموعه‌ای فنون که بر مبنای مؤثری چون صمیمیت، همدلی دقیق، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تأکید دارد استفاده می‌کند (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۴). روان‌شناسی مثبت‌نگر و امید علمی است که به شادکامی و بهزیستی افراد می‌پردازد. این رویکرد می‌کوشد

حال حاضر نبوده است. در حال حاضر جمعیت ۶۰ سال به بالا، بیش از ۸۰۰ میلیون نفر هستند. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲ میلیارد افزایش خواهد یافت. افراد ۶۰ ساله هم‌اکنون می‌توانند انتظار زنده ماندن بین ۱۸/۵ تا ۲۱/۶ سال بیشتر را داشته باشند (گرین، جوشی و رابلس، ۲۰۱۳). به زودی تعداد سالمندان جهان از کودکان بیشتر خواهد بود. برخلاف تصورات عمومی، اکثر افراد مسن در کشورهایی با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند و سریع‌ترین نرخ پیری در برخی از این کشورها اتفاق می‌افتد (گرین و همکاران، ۲۰۱۳؛ سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۳). سازمان ملل متحد معیار ۶۰ سال یا بالاتر را برای اشاره به افراد سالمند بکار می‌برد، با این حال در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا سن ۶۵ به‌عنوان نقطه مرجع برای افراد سالمند استفاده می‌شود و این بدین معنی است که در این سن افراد واجد شرایط دریافت مزایای امنیت اجتماعی سالمندان می‌شوند (گرین و همکاران، ۲۰۱۳؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

در سال‌های اخیر یکی از شاخص‌ها و معیارهای قابل سنجش برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود آنها، شاخص کیفیت زندگی می‌باشد. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۳) کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد (بونومی، پاتریک، بوشل و مارتین، ۲۰۰۰). با در نظر گرفتن نیازهای خاص دوران سالمندی، توجه به رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان امر مهمی است که به‌طور عمده مورد غفلت قرار می‌گیرد (سمانتی و فریرا، ۲۰۰۸). مشکلات و مسائل متعددی که بطور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهند، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارند (یانگ و کوکران، ۲۰۰۴). با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد (بری، ۲۰۰۰).

یکی دیگر از تبعات سالمندی کاهش میزان شادکامی است. سازمان بهداشت جهانی تأکید زیادی بر شادکامی

² depression

³ positive intervention

¹ World Health Organization (WHO)

به این نتیجه رسیدند که امید باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران شده و کیفیت زندگی و اعتماد به نفس افراد را بالا برده است.

پژوهشگران به‌طور کلی پی‌برده‌اند که سالمندان امید کمتری را تجربه می‌کنند. آنها معتقدند که سطح امید با میزان کیفیت زندگی و شادی رابطه دارد و در افراد مسن، افرادی که طلاق گرفته‌اند یا بیوه هستند پایین‌تر از افراد دیگر است (بیلی و اسنایدر، ۲۰۱۰). بنابراین کمک به سالمندان برای داشتن یک زندگی با کیفیت و احساس رضایت از زندگی و شادکامی در فرآیند پیری بسیار حائز اهمیت است. با توجه به مطالب فوق، ضروری است که نگاهی بیشتر به مسأله کیفیت زندگی و شادکامی زنان سالمند داشته باشیم. فرضیات مطالعه عبارت از این بود که (۱) امید درمانی در شادکامی زنان سالمند مؤثر است و (۲) امید درمانی در کیفیت زندگی زنان سالمند مؤثر است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر سالمند زن (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که از بین سالمندان زن بالای ۵۹ سال ساکن شهر تسوج به‌صورت نمونه‌گیری داوطلبانه در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از (۱) داشتن حداقل سواد دیپلم برای درک و انجام مداخله، (۲) عدم وجود بیماری جسمی یا معلولیت جسمی حرکتی، (۳) توانایی خواندن و نوشتن، (۴) عدم وجود اختلالات شناختی و ذهنی و (۵) سطح پایین کیفیت زندگی و شادکامی (کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در مقیاس شادکامی و کیفیت زندگی) بودند. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم حضور در تمام جلسات (بیشتر از یک جلسه غیبت) و شرکت در یک مداخله دیگر به‌طور همزمان بود. شرکت‌کنندگان ۳۰ زن سالمند با میانگین سنی ۷۱/۲ سال با حداقل سن ۵۹ سال و حداکثر ۸۰ سال بودند. ۱۹ نفر دارای تحصیلات سبک و مابقی از حداقل سواد کافی برای خواندن و نوشتن برخوردار بودند. ۱۸ نفر از شرکت‌کنندگان (۵۵/۳۳ درصد) بیوه، ۴ نفر مجرد (۶ درصد)، ۵ نفر متأهل (۲۱/۳۳ درصد) و ۳ نفر (۱۷ درصد) مطلقه بودند.

با استفاده از توانایی‌ها و ظرفیت‌های مثبت انسان، افراد را در مواجهه با وقایع و ناملازمات نیرومند ساخته و رضایت از زندگی را افزایش دهد (سلیگمن، رشید و پارک، ۲۰۰۶). بر اساس این تعریف، فرد امیدوار کسی است که در زندگی هدف یا اهدافی دارد، انتظار دارد به آنها برسد و برای رسیدن به آن اهداف تلاش می‌کند. امید، باور داشتن به تحقق هدف را القا می‌کند و با پیش‌بینی و اعتماد مترادف است. امید درمانی^۱ به افراد کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن هدف‌هایشان برانگیزانند و گذرگاه‌های فراوان در جهت دستیابی به هدف و موانع را شناسایی کرده و در راه رسیدن به هدف با موانع مقابله کنند. در واقع امید، کلیدی برای یافتن راه‌حل مسأله در موقعیت‌های سخت زندگی است (کابورال و اوین‌گلیستا، ۲۰۱۲؛ سناتانی، شرییر و استیت، ۲۰۰۸). در پژوهشی که کابورال و اوین‌گلیستا (۲۰۱۲) به‌منظور بررسی اثربخشی امید بر تحمل بیماری در سالمندان با نارسایی قلبی مزمن و تأثیر آن بر کیفیت زندگی آنها انجام دادند، نتایج نشان داد که اثر امید بر تحمل بیماری و طول عمر سالمندان دارای بیماری قلبی، معنادار بوده و باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شده است. نتایج پژوهش قاسمی، عابدی و باغبان (۱۳۸۸) نشان داد مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر منجر به افزایش شادکامی سالمندان شده است. جونز و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی و امید بالا تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند. چاین (۲۰۰۷) به این نتیجه رسید که خاطره‌پردازی ساختارمند به‌طور معناداری در ارتقای شادکامی سالمندان مؤثر است. نتایج پژوهش فلدمن و اسنایدر (۲۰۰۵) نشان داد با افزایش امید، افسردگی و اضطراب پایین می‌آید و تفکر امیدوارانه در جهت رسیدن به اهداف، معنادار بودن زندگی را همراه دارد. چیونز، فلدمن، گام، میشائیل و اسنایدر (۲۰۰۶) در مطالعه خود دریافتند که امید درمانی در افزایش امید، معنای زندگی و اعتماد به نفس و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثر است. همچنین آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخله بر اساس امید درمانی می‌تواند نیروی روان‌شناسی مثبت‌نگر را افزایش و برخی از علائم ناراحتی‌های روانی را کاهش دهد. هال و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود با عنوان بررسی امید بر بیماران سرطانی

¹ hope therapy

ابزار

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۱. این پرسش‌نامه به‌وسیله آرگایل، مارتین و کروسلند (۱۹۸۹) برای فراهم کردن یک اندازه کلی از شادکامی ایجاد شد. این پرسش‌نامه ۲۹ سؤال دارد و به‌صورت طیف لیکرت صفر تا ۳ (اصلاً، کم، گاهی، همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. محدوده نمره این پرسش‌نامه بین صفر تا ۸۷ قرار دارد که نمره ۸۷ بیانگر بالاترین حد شادکامی می‌باشد. پایایی و روایی این پرسش‌نامه توسط علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) سنجیده شد و نتایج نشان داد که این ابزار برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه ایرانی از روایی و پایایی مناسب برخوردار است. آرگایل و همکاران ضریب پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند (علی پور و نوربالا، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسش‌نامه شادکامی برابر ۰/۸ بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۲. داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. از سال ۱۹۹۶، اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بونومی و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی‌های خود پایایی درونی آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمودند. این پرسش‌نامه به‌طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شده است. استانداردسازی، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی توسط نجات، منتظری و نائینی (۱۳۸۵) صورت گرفت که مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد و برای روایی محتوایی ابتدا پرسش‌نامه دو مرتبه به فارسی ترجمه شد، سپس مطالعه آزمایشی روایی صوری آن را با اطمینان بالایی تأیید کرد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. «اصلاً» برابر با یک و «خیلی زیاد» برابر با ۵ است (نمره هر سؤال بین ۱ تا ۱۵ است). نمره هر فرد در این مقیاس بین حداقل ۲۶ و حداکثر ۱۳۰ می‌باشد. آلفای کرونباخ مقیاس کیفیت زندگی در پژوهش حاضر ۰/۶۴ به دست آمد.

پروتکل درمانی. پروتکل درمان بر اساس کارهای اسنایدر (۲۰۰۰) طراحی شده است. هر جلسه شامل چهار بخش است. در بخش اول حدود ۲۰ دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته مراجعان بحث می‌شود و افراد ترغیب می‌شوند تا به یکدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. در بخش دوم حدود ۲۰ دقیقه آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید را یاد می‌گیرند که این مهارت‌ها در ۳ حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل قرار دارند. در بخش سوم که حدود ۴۰ دقیقه طول می‌کشد، شیوه‌های بکارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد بحث می‌شود. شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند که مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آنها را حل کنند. در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه می‌شود.

روش اجرا

پس از کسب مجوزها و موافقت‌های لازم برای کار در شهر تسوج، مراحل ابتدایی انجام پژوهش آغاز شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان سالمند (۶۰ نفر) در سال ۱۳۹۶ در شهر تسوج تشکیل می‌دادند. پس از بررسی معیارهای ورود در زنان سالمند، پرسش‌نامه شادکامی و کیفیت زندگی بر روی ۴۳ نفر از آنها اجرا گردید. در نهایت ۳۰ نفر از سالمندانی که نمره پایین‌تر از نقطه برش در پرسش‌نامه‌های شادکامی و کیفیت زندگی کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. پژوهش حاضر زیر نظر متخصص روان‌شناسی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انجام گردید. گروه آزمایش تحت مداخله امید درمانی بر مبنای عناوین و اهداف جلسات امید درمانی قرار گرفت که این دوره طی ۸ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش ضمن توضیح اهداف پژوهش، به شرکت‌کنندگان اعلام گردید که برای حضور در پژوهش اختیار تام داشته و در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. پروتکل امید درمانی اجرا شد.

¹ Oxford Happiness Inventory

² Quality of Life Inventory (QLI)

جدول ۱

پروتکل امید درمانی (اسنایدر، ۲۰۰۰)

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه اسنایدر.
دوم	مرور مطالب جلسه قبل، توضیح و تبیین مفاهیم اصلی نظریه امید که شامل تعیین هدف، تفکر عامل یا اراده، تفکر مسیر یا برنامه‌ریزی و تشخیص موانع می‌باشد. تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر شادکامی و کیفیت زندگی.
سوم	مرور مطالب جلسه قبل، درخواست از شرکت‌کنندگان برای تعریف داستان زندگی خود بر روی هسته اصلی نظریه امید یعنی اهداف، مشارکت دادن اعضاء گروه در شناسایی داستان زندگی اعضا، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
چهارم	مرور مطالب جلسه قبل، تبیین داستان‌ها براساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید اسنایدر: هدف، عامل و گذرگاه‌ها. کار بر روی افزایش تفکر عامل با استفاده از تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی افراد با تفکر برنامه‌ریزی و پرداختن به فهرست برنامه‌ریزی و پرداختن به فهرست شناسایی مسیرهای مناسب برای رسیدن به اهداف، درخواست از اعضاء برای فراهم کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هریک از آنها. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
ششم	مرور مطالب جلسه قبل، مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب براساس نظریه اسنایدر و سپس ترغیب کردن افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه‌های زندگی. آشنایی با شیوه مقابله با موانع و چالش‌ها، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد، آموزش مقابله با موانع به وسیله ایجاد گذرگاه‌های جایگزین با بکارگیری خلاقیت. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
هفتم	مرور مطالب جلسه قبل، مطرح کردن ویژگی گذرگاه‌های مناسب و درخواست از اعضاء گروه جهت یافتن راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف تعیین شده و آموزش چگونگی شکستن گذرگاه‌ها به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک و تعیین گذرگاه‌های جانشین به اعضاء گروه. آموزش راهبردهایی برای خلق با تقویت تفکر رهیاب با استفاده از طرح‌ریزی تدریجی و راهبردهایی برای تقویت اراده با استفاده از فنون خیال‌پردازی، تجسم ذهنی، سرمشق‌گیری/الگوپردازی و خودگویی‌های مثبت. بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب.
هشتم	مرور مطالب جلسه قبل، مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضاء گروه تا خود یک امید درمانگر بوده و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند (به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین نمایند، عامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند). صحبت در مورد لغزش و راه‌های غلبه بر لغزش در هنگام برخورد با موانع، بکارگیری تفکر امیدوارانه در زندگی روزمره، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. اجرای پس‌آزمون. تشکر از اعضاء گروه و خداحافظی.

پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، بررسی همگونی واریانس دو گروه در پس‌آزمون می‌باشد که بدین منظور از آزمون همگونی واریانس لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در متغیر شادکامی ($F=7/28, P>0/05$) و کیفیت زندگی ($F=14/41, P>0/05$) سطح معنی‌داری

به‌دست آمده بزرگ‌تر از $0/05$ است، بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها در هر دو متغیر پژوهش رعایت شده است. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس، همگونی ضرایب رگرسیون است. با توجه به نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون مفروضه شادکامی ($P>0/05$)، چون $F=0/894$ و کیفیت زندگی ($F=0/456, P>0/05$) چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از $0/05$ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین نمرات شادکامی و کیفیت زندگی از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی حمایت می‌کنند و این پیش‌فرض رعایت شده است. به‌منظور تعیین توزیع جامعه از آزمون کولموگروف اسمیرنوف

می‌دهد توزیع جامعه بهنجار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، از این آزمون استفاده می‌شود.

استفاده شد، در این آزمون سطح معنی‌داری پیش‌آزمون‌های شادکامی ($Z=0/84, P>0/05$) و کیفیت زندگی ($Z=0/70, P=0/05$) به دست آمد که نشان

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به شادکامی و کیفیت زندگی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شادکامی	میانگین (انحراف معیار) ۴۴/۱۷ (۱۰/۲۴)	میانگین (انحراف معیار) ۶۴/۳۷ (۱۰/۰۴)	میانگین (انحراف معیار) ۴۷/۵۵ (۷/۸۰)	میانگین (انحراف معیار) ۴۸/۱۴ (۸/۰۲)
کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار) ۴۵/۷۸ (۱۰/۲۷)	میانگین (انحراف معیار) ۶۰/۶۳ (۱۱/۰۸)	میانگین (انحراف معیار) ۴۸/۶۵ (۷/۲۰)	میانگین (انحراف معیار) ۵۱/۳۵ (۷/۶۶)

است که نشان می‌دهد نمرات در طی مراحل پس‌آزمون به نسبت افزایش یافته است؛ بنابراین نتایج حاکی از تأثیرگذاری اقدامات دارد. درحالی‌که میانگین همین مقیاس در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۴۸/۶۵ و در پس‌آزمون برابر با ۵۱/۳۵ است، همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت محسوسی بین مراحل اتفاق نیفتاده است. همچنین نتایج مربوط به میانگین‌های تعدیل‌شده در مورد متغیر شادکامی (۶۹/۱۳) و کیفیت زندگی (۶۵/۴۵) نشان داد که مداخله امید درمانی در شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین شادکامی گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۴۴/۱۷ و در پس‌آزمون برابر با ۶۴/۳۷ است؛ همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش یافته است که نشان می‌دهد مداخلات صورت گرفته (امید درمانی) تأثیرگذار بوده است. این در حالی است که میانگین شادکامی در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۴۷/۵۵ و ۴۸/۱۴ است که نشان می‌دهد تفاوتی محسوسی بین مراحل ایجاد نشده است. همچنین میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش در هر یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۵/۷۸، ۶۰/۶۳

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری میانگین نمره‌های پس‌آزمون شادکامی و کیفیت زندگی

میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
شادکامی					
۶۵۱/۸۱	۱	۶۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
کیفیت زندگی					
۱۶۰۳/۳۳	۱	۱۰۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

و با توجه به مجذور اتا (اندازه اثر) محاسبه‌شده ۶۴ درصد تغییر در شادکامی ناشی از تأثیر متغیر مستقل (امید درمانی) بوده است. همچنین با توجه به مندرجات جدول ۳ مقدار F برای کیفیت زندگی ۱۰۴/۰۴ به دست آمد که در سطح ($P<0/001$) معنادار است و با توجه به مجذور اتا (اندازه اثر) محاسبه‌شده ۸۶ درصد تغییر در کیفیت زندگی ناشی از تأثیر متغیر مستقل (امید درمانی) بوده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ توان آماری آزمون برابر ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که برای تشخیص این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. با توجه به مندرجات جدول ۳ مقدار F برای شادکامی ۶۰/۷۸ به دست آمد که در سطح ($P<0/001$) معنادار است

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی امید درمانی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند شهر تسوج انجام شد. طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ شادکامی تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه امید درمانی در شادکامی زنان سالمند مؤثر است تأیید شد. نتایج به‌دست آمده از آزمون فرضیه اول با نتایج پژوهش‌های مشابه (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۸؛ جونز و همکاران، ۲۰۰۳؛ فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اینگونه گفت که امید نیروی مثبتی است که انگیزش افراد را افزایش می‌دهد و سطح افسردگی افراد و جوامع را کاهش می‌دهد. هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر، شادکامی افراد است. افراد امیدوار انرژی بیشتری دارند و هیجانات مثبت آنها بالاتر است. افرادی که از امید بالاتری برخوردار هستند، هرگاه در رسیدن به اهداف خود با موانع مواجه می‌شوند، هیجان‌های منفی خفیفی را تجربه می‌کنند. در مقابل، افرادی که امید پایین‌تری دارند وقتی با موانع مواجه می‌شوند، هیجان‌های خشم، یأس و بی‌احساسی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین از نتایج مثبت امید، معنادار شدن زندگی، انرژی بیشتر و شادی در زندگی است (فاران، هرس و پاپویج، ۱۹۹۵). بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی می‌نگرند که می‌توانند به آنها تکیه کنند (مارکوس، لیبریو و لوپز، ۲۰۱۱). همچنین این افراد اعتقاد دارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی سازگار شوند، شادی بالاتری را تجربه کنند و از زندگی‌شان رضایت بیشتری داشته باشند (کینگ، هیکس، کرول و دلگایسو، ۲۰۰۶). از سوی دیگر افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار از آن درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن بهره می‌برند (کاورادیم، اوزر و بوزکاک، ۲۰۱۳). مداخلات مبتنی بر امید برخی از توانایی‌های روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و علائم آسیب‌شناسی روانی را کاهش می‌دهد (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). همان‌طور که در نتیجه پژوهش دیده می‌شود امید بر افراد سالمند نیز مؤثر بوده است. افراد امیدوار محرک‌های قوی‌تر و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف خود دارند. داشتن هدف در

زندگی و باور به تحقق آن و تلاش برای رسیدن به هدف، باعث کاهش افسردگی و بالا رفتن خلق و افزایش شادکامی می‌شود. در این پژوهش مداخله امید با تعیین هدف و ایجاد نیرو برای رسیدن به هدف و هیجانات مثبت در زنان سالمند باعث بالا بردن خلق و شادکامی در آنها شده است.

از دیگر نتایج این پژوهش این بود که مشخص شد با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه امید درمانی در کیفیت زندگی زنان سالمند مؤثر است تأیید شد. نتایج به‌دست آمده از آزمون فرضیه دوم با نتایج پژوهش‌های مشابه (کابورال و اوین‌گلیستا، ۲۰۱۲؛ هال و همکاران، ۲۰۱۱؛ چیمیک و نکولایچاک، ۲۰۰۴؛ دینزلی، ۲۰۰۴؛ اسنایدر، ایروپینگ و اندرسون، ۱۹۹۱؛ فرهادی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳؛ شهرستانی، کرمی، دوستکام و علی‌محمدی، ۱۳۹۲) همسو است.

در تبیین فرضیه دوم پژوهش می‌توان گفت که داشتن امید به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. امید فاکتوری است که باعث غنای زندگی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد که دیدی فراتر از وضعیت کنونی به زندگی خود ببینند. امید درمانی در کنار کمک به افراد برای انتخاب هدف‌های فردی، به آنها کمک می‌کند تا هدف‌های قابل دستیابی را برای خود انتخاب کنند. علاوه بر این، امید و امیدوار بودن با افزایش سطح خودباوری، افزایش راهکارهای مقابله‌ای کارآمد و انتخاب راه‌حل‌های مناسب و اجتناب از موقعیت‌های تنش‌زا می‌تواند با کیفیت زندگی بهتر ارتباط داشته باشد (فزلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰). امید به عنوان یک متغیر مثبت روان‌شناختی می‌تواند پیامدهای مثبت را که شامل رضایت بیشتر از زندگی و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی است، پیش‌بینی کند (کورت، گیلبرت، گرم و وگن، ۲۰۱۰).

در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که امید درمانی گروهی در ارتقای شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان مؤثر است؛ بنابراین ضروری است که در راستای ارتقای شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان، با روش‌های مناسب خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقا بخش آموزش داده شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که (۱) نوع نمونه‌گیری داوطلبانه بود که از این بابت نمی‌توان ادعا

فرهادی، ع.، موحدی، ی.، و موحدی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه یافته، ۱۶*(۱)، ۴۲-۳۲.

قاسمی، ا.، عابدی، ا.، و باغبان، ا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی دانشگاه آزاد اصفهان واحد خوراسگان، ۳*(۱۲)، ۴۵-۵۶.

قرلسفلو، م.، و اثباتی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت. *فصلنامه اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۶*(۲۲)، ۸۹-۹۷.

کار، آ. (۱۳۹۳). *روانشناسی مثبت* (ترجمه ح. پاشا شریفی و ج. نجفی‌زند). تهران: سخن. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، (۲۰۰۴)

نجات، س.، منتظری، ع.، و نائینی، ک. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت‌زندگی سازمان جهانی بهداشت. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴*(۴)، ۱۲-۱.

Argyle, M., Martin, M. & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.). *Recent advances in Social psychology: An international perspective* (pp. 189-203). London: Oxford.

Bailey, T. C., & Snyder, C. R. (2010). Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *The Psychological Record, 57*(2), 233-240.

Barry, P. P. (2000). An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *The American Journal of Gastroenterology, 95*(4), 901-905.

Bonomi A. E., Patrick D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology, 53*(1), 19-23.

Caboral, M. F., & Evangelista, L. S., (2012). Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. *Investigación y Educación en Enfermería, 30*(3), 406-411.

Cahoon, C. (2012). Depression in older adults. *The American journal of nursing, 112*(11), 22-30.

کرد که نمونه انتخاب شده معرف جامعه سالمندان شهر تسوج بوده است، (۲) در این پژوهش اثر امید‌درمانی در یک دوره پیگیری مشخص نشده است و لذا از استمرار تغییر در ویژگی‌های شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان اطلاعی در دست نیست و (۳) از آنجا که در این پژوهش تنها سالمندان زن مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، نسبت به اثربخشی این روش بر شادکامی و کیفیت زندگی مردان سالمند تسوج نیز قضاوتی نمی‌توان داشت. بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های بیان شده در این پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد که (۱) نسبت به مداخلات امید‌درمانی برای گروه‌های دیگر سالمندی نیز برنامه‌ریزی شود زیرا این پژوهش اثربخشی امید‌درمانی را بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند نشان داد، و (۲) پژوهشگران بعدی با استفاده از روش‌های دیگر نمونه‌گیری و با انجام مرحله پیگیری، اثربخشی امید‌درمانی را بررسی کنند.

سیاس‌گذاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه زنان سالمند شهر تسوج در استان آذربایجان شرقی که در انجام این پژوهش همکاری لازم را انجام دادند تشکر نمایند.

منابع

درویش‌پور کاخکی، ع.، عابدس‌عیدی، ژ.، دلاور، ع.، و سعیدالذاکرین، م. (۱۳۹۱). طراحی ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان. *فصلنامه پژوهش حکیم، ۱*(۱۵)، ۳۷-۳۰.

شهرستانی، م.، کرمی، ا.، دوستکام، م.، و علی‌محمدی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی امید‌درمانی بر بهبود افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۹*(۳)، ۹۳-۱۱۰.

علی‌پور، ا.، و آگاه‌هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. *فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۳*(۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸.

علی‌پور، ا.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷*(۵)، ۶۶-۵۵.

فخار، ف.، نوابی‌نژاد، ش.، و فروغان، م. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله سالمند، ۳*(۷)، ۶۵-۵۶.

- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research, 77*(1), 61-78.
- Chen, S. L., Lin, H. C., & Jane, S.W. (2009). Perceptions of group music therapy among elderly nursing home residents in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine, 17*(4), 190-195.
- Chimich, W. T., & Nekolaichuk, C. L. (2004). Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(7), 428-433.
- Chin, A. M. H. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy on depression from the meta-analysis of controlled trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 17*(1), 10-22.
- Denizli, S. (2004). *The role of hope and study skills in predicting test anxiety levels of university students* (Doctoral dissertation). Ankara: Middle East Technical University.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. M. (1995). *Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs* (4th Ed.). Sage Publications (Thousand Oaks, CA).
- Feldman, D. B. & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(3), 401-421.
- Greene, M., Joshi, S. & Robles, O. (2012). *By choice, not by chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: United Nations Population Fund.
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P.W., Martin, P., & Higginson, I.J. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: A Randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care, 1*(3), 315-321.
- Jones, A. R., Thompson, C. J., Oster, A. R., Samadi, A., Davis, M. A., Mayberry, R. M., & Caplan, L. S. (2003). Breast cancer knowledge, beliefs, and screening behaviors among low-income, elderly black women. *Journal of the National Medical Association, 95*(9), 791-797.
- Kavradim, S. T., Ozer, Z. C., & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: A Multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing, 69*(5), 1183-1196.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*(1), 179-196.
- Kortte, K. B., Gilbert, M., Gorman, P., & Wegene, S.T. (2010) Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 55*(1), 40-47.
- Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review, 75*(6), 914-933.
- Magyar-Moe, J. (2009). Therapists guided to positive psychological interventions. New York: Elsevier.
- Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. H. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of happiness studies, 12*(6), 1049-1062.
- Myers, D.G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Sciences, 1*(6), 10-19.
- Rashid, T., Seligman, M. P. (2014). *Positive psychotherapy: A Treatment manual*. New York: Oxford University Press.
- Sanatani, M., Schreier, G., Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: An Exploratory longitudinal study. *Supportive Care in Cancer, 16*(5), 493-499.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Park, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774-788.
- Simonetti, J.P., & Ferreira, J.C. (2008). Coping strategies developed by caregivers of elderly with chronic diseases. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 42*(1), 19-25.
- Snyder, C.R., Peterson, C. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures & application* (pp. 132-138). San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. New Delhi: Sage Publications.

Snyder, C., Irving, L.M., & Anderson, J.R. (1991). Hope and health. In: Snyder, C., & Donelson, R. editors. *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (pp. 285-305). New York: Elmsford.

WHO.2013. (Care and independence in older age Online). Available: <http://WWW.Who.int/ageing/en/> [Accessed 1 July 2013].

Young, H. M., & Cochrane, B. B. (2004). Healthy aging for older women. *Nursing clinics of North America*, 39(1), 131-43.