

The Effectiveness of Behavioral Activation Intervention on Increasing Self-Care Behaviors and Life Expectancy in the Elderly

Fatemeh Naji Esfahani 
Islamic Azad University, Kish

Mohammad Reza Seirafi  
Islamic Azad University, Karaj

Adis Kraskian Mujembari 
Islamic Azad University, Karaj

Receive: 18.05.2020
Acceptance: 19.07.2020

Keywords: Self-Care,
life expectancy,
behavioral activation,
aging

How to cite this article:
Naji Esfahani, F., Seirafi,
M. R., & Kraskian
Mujembari, A. (2020).
The Effectiveness of
behavioral activation
intervention in increasing
self-care behaviors and
life expectancy in the
elderly. *Aging
Psychology*, 6(2), 93-105.

Abstract

The process of aging seems inevitable to all living creatures, including humans. Self-care and life expectancy are two main concepts in aging and have good results in providing, maintaining and promoting elderly health. The present study aimed to investigate the effectiveness of behavioral activation intervention in increasing self-care behaviors and life expectancy in the elderly. A quasi-experimental research method with pretest, posttest and control group with a 3-month follow-up was used in this study. The statistical population of the study included all elderly people over 60 in Tehran. The participants included 24 individuals and were selected through purposive method according to the inclusion criteria. They were randomly assigned into two experimental and control groups (n=12). The experimental group received 8 sessions of behavioral activation intervention and the control group did not receive any intervention. Hemmati Maslak Pak's questionnaire on the self-care ability of the elderly and Schneider's life expectancy questionnaire were used to collect the required data. Finally, the collected data were analyzed by SPSS version 22 software in two levels of descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of covariance). Statistical results showed the significant effectiveness of behavioral activation intervention on increasing the life expectancy of the elderly and increasing their self-care behaviors; these results were consistent after a 3-month follow-up ($p < 0.05$). According to the findings of the study, behavioral activation intervention can be considered as one of the effective psychological interventions in increasing self-care behaviors and life expectancy in the elderly.

Fatemeh Naji Esfahani, PhD student in health psychology, Kish Islamic Azad University, Kish, Iran; Mohammad Reza Seirafi, Assistant professor, Department of Health Psychology, Islamic Azad University, Branch of Karaj, Karaj, Iran. Adis Kraskian Mujembari, Assistant professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Branch of Karaj, Karaj, Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Mohammad Reza Seirafi, Assistant professor of psychology, Department of health psychology, Karaj University, Alborz, Iran.

Email: mohamadreza.seirafi@kia.ac.ir



اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان

✉ **محمد رضا صیرفی**

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج

فاطمه ناجی اصفهانی

دانشگاه آزاد اسلامی، کیش

آدیس کراسکیان موجدباری

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج

چکیده

دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۹

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۹

فرایند پیری بدون شک امری غیر قابل اجتناب است. خودمراقبتی و امید به زندگی از مفاهیم مهم در دوران سالمندی بوده و پیامدهای مطلوبی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت سالمندان دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری در افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری تمامی سالمندان بالای ۶۰ سال تهران بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. آنها به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره شامل گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله فعال‌سازی رفتاری و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه بررسی توانایی خودمراقبتی سالمندان همتی مسلک پاک و پرسش‌نامه امیدبزرگسالان اشنایدر بود. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج آماری نشان داد که مداخله فعال‌سازی رفتاری در افزایش امید به زندگی سالمندان و افزایش رفتارهای خودمراقبتی آنها اثربخشی معناداری دارد. این نتایج پس از پیگیری ۳ ماهه نیز پایدار بود ($P < 0/05$). بنابراین مداخله فعال‌سازی رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، امید به زندگی، فعال‌سازی رفتاری، سالمندی

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

ناجی‌اصفهانی، ف.، صیرفی، م. ر.، و کراسکیان موجدباری، آ. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری در افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۲)، ۱۰۵-۹۳.

فاطمه ناجی اصفهانی، دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران؛ محمد رضا صیرفی، استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، البرز، ایران؛ آدیس کراسکیان موجدباری، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، البرز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به محمد رضا صیرفی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی سلامت، کرج، البرز، ایران باشد.

پست الکترونیکی: mohamadreza.seirafi@kiauo.ac.ir

پدیده سالمندی که به عنوان گذر از مرحله‌ای به مرحله جدیدی از زندگی است، نتیجه سیر طبیعی زمان می‌باشد و باعث تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی می‌گردد (ساشدو و همکاران، ۲۰۱۰). افزایش جمعیت سالمندان از جمله مهم‌ترین چالش‌های قرن ۲۱ است (نایت، ۲۰۰۴). طبق برآوردهای آماری سازمان ملل متحد، سالانه حدود ۲/۵ درصد بر تعداد افراد بیش از ۶۵ سال اضافه می‌شود و پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان ایران بالغ بر ۲۶ میلیون نفر خواهد بود و نسبت به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد خواهد رسید (زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۱). دوران سالمندی می‌تواند دوران شادی و نشاط باشد اما از طرف دیگر دوران کهولت، افسردگی و ناامیدی نیز می‌تواند باشد. این زمانی است که افراد سالمند در می‌یابند که ابعاد مهم، اعم از همسر، دوستان، سلامت جسمانی، نیروی جسمانی، هوشیاری ذهنی، استقلال و سودمندی اجتماعی آنها از دست رفته یا در حال از دست رفتن هستند. در این شرایط حفظ انسجام خود گاهی دشوار می‌شود و فرد احساس ناامیدی می‌کند (فیست و فیست، ۲۰۰۹/۱۳۸۹). علاوه بر این، بروز این تغییرات در مسیر زندگی می‌تواند باعث کاهش عزت نفس، اختلال عملکرد، افزایش حس آسیب‌پذیری، آشفتگی ذهنی و فعالیت‌های اجتماعی آنها گردد (افشاری و هاشمی، ۱۳۹۸). با وجود اینکه ممکن است این تنزل در وضعیت عملکردی، موجب وابستگی سالمندان نشود، ولی بر آسیب‌پذیری این گروه اثرات چشمگیری دارد (چیانگ و همکاران، ۲۰۰۹).

در میان عوامل تعیین‌کننده سلامت، رفتارهای خودمراقبتی به عنوان مهم‌ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها بوده و لازم است که به عنوان راهبرد اصلی برای حفظ و ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرند (دیویس، ۲۰۱۱). مفهوم مراقبت از خود به دلیل پیشرفت علوم پزشکی و تخصص‌ها و بالا رفتن هزینه‌ها، تأکید بر لزوم کنترل سلامتی به‌وسیله فرد، بالا رفتن هزینه‌ها و مسئولیت هر شخص در تأمین بهداشت و درمان خود اهمیت دارد. از دیدگاه اورم (۱۹۹۷)، خودمراقبتی از جمله فعالیت‌هایی است که افراد به‌طور فردی آن را تشخیص و انجام می‌دهند تا بدین ترتیب حیات و تندرستی خود را حفظ و ارتقا بخشند و همچنین احساس خوب بودن را مدام تجربه کنند. اورم بر این باور است که انسان به این دلیل مراقبت از خود را انجام می‌دهد که مجموعه‌ای از نیازهای اساسی

او تأمین شود. خودمراقبتی دربرگیرنده اعمالی اکتسابی، آگاهانه و هدفمند می‌باشد که افراد برای تندرستی خود، فرزندان و خانواده خود انجام می‌دهند تا سلامت جسمانی و روانی خود را حفظ و از آن مراقبت کنند، نیازهای روانی و اجتماعی خویش را برآورده سازند، از بروز بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامتی خود بعد از بیماری سخت یا مرخص شدن از بیمارستان حفاظت کنند (اورم، ۲۰۰۱؛ به نقل از همتی مسلک پاک و هاشملو، ۱۳۹۴). خودمراقبتی در واقع عبارت است از عملی که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع بهره می‌گیرد تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند (اورکی و همکاران، ۱۳۹۸). سیمونز (۲۰۰۹) معتقد است که شرکت فعالانه افراد در حفظ و ارتقای سلامتی خود، باعث افزایش کیفیت زندگی و سلامتی آنها می‌گردد. در دوران سالمندی افراد از نظر جسمانی، برقراری و تداوم ارتباطات اجتماعی دچار مشکل می‌شوند و تعداد کثیری از افراد سالمند، در انجام مهارت‌های روزمره زندگی از جمله فعالیت‌های خودمراقبتی مشکل پیدا می‌کنند. بسیاری از سازمان‌های بهداشت و مراقبین سلامت، ارتقای سطح خودمراقبتی را به عنوان راهکاری برای پایین آوردن هزینه‌های گزاف خدمات پزشکی در نظر گرفته‌اند (همتی مسلک پاک و هاشملو، ۱۳۹۴). اصلاح الگوهای زندگی و توجه به کیفیت آن از جمله مواردی هستند که تا حد زیادی می‌توانند باعث افزایش توانایی و استقلال سالمندان شوند و آنها را در کنترل عوارض مختلف سالمندی و درمان‌های گوناگون آن کمک کنند. ایجاد تغییر در شیوه زندگی و داشتن گرایش به سالم زیستن با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل‌های غذایی، ورزش منظم، کاهش وزن، دریافت چربی، استرس، و به حداقل رساندن مصرف نمک، عدم استفاده از دود، اجتناب از خوددرمانی، مصرف میوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی، افزایش مصرف آب و کنترل روزانه فشار خون امکان‌پذیر می‌باشد (اورکی و همکاران، ۱۳۹۸).

خودمراقبتی از جمله عوامل مهم برای مدیریت و کنترل کردن بهتر بیماری‌ها است و ارتباط نزدیکی با افسردگی در بیماران نیز دارد (لی و همکاران، ۲۰۱۷). خودمراقبتی بالا منجر به کاهش افسردگی می‌شود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶) و می‌تواند منتج به ارتقای کیفیت زندگی بیماران شود، سلامتی آنها را حفظ نماید و بر

دارد (لطیفی و همکاران، ۱۳۹۸). با افزایش امید، افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد و داشتن تفکر امیدوارانه برای رسیدن به اهداف، معنادار بودن زندگی را به همراه دارد (فلدمن و اشنايدر، ۲۰۰۵). همچنین، بین کیفیت خواب و سطح امیدواری رابطه وجود دارد. اختلال در خواب باعث افزایش خلق افسرده، افکار نشخوارگونه، ناامیدی، خودکشی و مرگ می‌شود (مانسانو و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین یکی از مؤثرترین عوامل برای افزایش امید به زندگی در سالمندان بهبود کیفیت خواب است (دو ویل و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین ترس از نداشتن کنترل شناختی با امید به زندگی رابطه منفی معناداری دارد (لطیفی و همکاران، ۱۳۹۸). ناامیدی بالا منجر به افزایش افسردگی در سالمندان مبتلا به بیماری می‌شود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶). پژوهشگران دریافته‌اند که سطح امید با میزان شادی و کیفیت زندگی رابطه دارد و در افرادی که طلاق گرفته‌اند، بیوه هستند یا سالمند هستند سطح امید پایین‌تر از سایر افراد می‌باشد. از طرف دیگر، هر چه شاخص‌های بهداشتی و درمانی بهبود یابد، امید به زندگی افزایش خواهد یافت (پاسکاریو و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، امید در بیماران، به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و ارتقای کیفیت زندگی می‌انجامد (هاسون و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین کمک به سالمندان در زمینه دستیابی به یک زندگی باکیفیت، احساس رضایت از زندگی و افزایش امید به زندگی در فرایند پیری دارای اهمیت زیادی است.

یکی از درمان‌های شناختی مؤثر در درمان اختلالات روان‌پزشکی، فعال‌سازی رفتاری است. فعال‌سازی رفتاری یکی از روش‌های موج سوم روان‌درمانی تلقی می‌شود که بر مبنای تحلیل تابعی رفتار است (ماشیر و اوتو، ۲۰۱۷) و فنون آن بر پایه یک فلسفه علمی هستند که از نوشته‌های اسکینر در مورد رفتارگرایی افراطی^۱ به بافتارگرایی کارکردی استیون سی‌هیز^۲ تغییر پیدا کرده است. هیز بعضی از ابعاد ناسازگار و چالش برانگیز کارهای اسکینر را از میان برداشت و عناصر اصلی آن را که برای جمعیت‌های بیمار سرپایی و بزرگسال اهمیت دارند، خلاصه نمود. در این مداخله به بالا بردن برتری و شدت پیامدهای بلندمدت و کم کردن شدت پیامدهای کوتاه مدت در گزینه‌های رفتاری، پرداخته می‌شود. روش کار درمداخله فعال‌سازی

سازگاری آنها نیز اثرگذار باشد (جارسما و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه برهانی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد تعداد زیادی از سالمندان با وجود آگاهی و دانش کافی، رفتارهای خودمراقبتی را انجام نمی‌دهند و پایین بودن خودکارآمدی با خودمراقبتی پایین همراه است (کیم و همکاران، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، افرادی که مثبت‌اندیش هستند بهتر از خود مراقبت می‌کنند (حسینی‌خواه و همکاران، ۱۳۹۳).

علاوه بر اهمیت توانایی خودمراقبتی در زندگی سالمندان، امید نیز یک منبع بسیار قدرتمند برای زندگی و یک نوع بازیابی و تولدی دوباره محسوب می‌شود که برای انسان بسیار ضروری و مهم می‌باشد. افزایش طول عمر افراد، این توقع را در آنان ایجاد کرده است که سال‌های بیشتری را در سلامت و فعالیت سپری کنند، به نحوی که این موضوع متصدیان را وادار کرده است تا بر روی مفهوم امیدواری به زندگی تمرکز بیشتری داشته باشند. در واقع، امید به زندگی یک موضوع جدید در کیفیت زندگی می‌باشد (سزرامکا و همکاران، ۲۰۱۴). امید یک انگیزش و هیجان بامعنی می‌باشد و امید داشتن به معنای انتظار مثبت برای دستیابی به هدف است. بر مبنای این تعریف، فرد امیدوار کسی است که در زندگی هدف یا اهدافی مشخص دارد، انتظار دارد به آنها دست یابد و جهت دستیابی به آنها سعی و کوشش می‌کند. امید، باور داشتن به وقوع هدف را القا می‌کند و با پیش‌بینی و اعتماد مترادف است. در واقع کلید یافتن راه‌حل مسأله در موقعیت‌های خطیر زندگی امید است (کابورال و اوانگلیستا، ۲۰۱۲). امید مجموعه توانایی‌های فرد برای ساختن گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب و دارا بودن انگیزه لازم برای استفاده از این مسیرها می‌باشد. امید زمانی نیرومند است که اهداف ارزشمندی را شامل شود و با وجود موانع پرچالش ولی قابل حل، احتمال رسیدن به آن هدف‌ها در گستره زمانی قابل تصور باشد (استورات، ۱۳۸۶ / ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌های اونگ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که بین امید و استرس رابطه منفی وجود دارد. افرادی که سطوح بالاتری از امید را داشتند، پریشانی کمتری نشان دادند (کاو و همکاران، ۲۰۱۱). سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمانی روانی، تفکر مثبت، خودارزشی بالا و روابط اجتماعی فوق‌العاده رابطه مستقیمی دارند (گریفن و همکاران، ۲۰۱۳). امید به زندگی با حمایت اجتماعی و سه مؤلفه آن، یعنی خانواده، دوستان و افراد مهم رابطه مثبت و معناداری

¹ radical

² Steven C. Hayes

سالمندان به دلیل مشکلات مختلف جسمانی، با مسائل روان‌شناختی بسیاری در زمینه سلامت، امید به زندگی، مراقبت و مدیریت خود مواجه هستند. بنابراین توجه به سالمند و حل مشکلاتی که سالمندان با آنها روبرو می‌شوند، امری ضروری تلقی می‌شود. با توجه به اهمیت سلامت و بهداشت جامعه، روند رو به رشد جمعیت سالمندان و آسیب‌پذیری آنها، موضوع توانایی خودمراقبتی و امید به زندگی آنها در سرفصل موضوع‌های مرتبط با جامعه سالمندان قرار می‌گیرند. از آنجایی که یکی از مداخله‌های مؤثر در بهبود ابعاد روان‌شناختی، فیزیکی و تقویت تعامل فرد با محیط اطرافش، فعال‌سازی رفتاری است و درباره تأثیر آن بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان پژوهش‌های اندکی انجام شده است، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان انجام شد. بنابراین فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از اینکه (۱) مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مؤثر است و (۲) مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش امید به زندگی سالمندان مؤثر است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. در این طرح دو گروهی، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (مداخله)، و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان و مردان سالمند ۶۰ سال به بالا ساکن تهران که به سراهای محله منطقه ۱۱ مراجعه می‌کردند بود. از میان جامعه آماری، ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۲ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (۱) حداقل ۶۰ سال، (۲) داشتن سواد خواندن و نوشتن، (۳) توانایی جسمانی برای مراجعه به یکی از سراهای محله منطقه ۱۱ تهران در حین درمان، (۴) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، (۵) نداشتن سابقه شرکت در جلسات روان‌درمانی، (۶) عدم شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر و (۷) کسب نمره پایین‌تر در پرسش‌نامه‌های توانایی خودمراقبتی سالمندان و امید

رفتاری به صورتی است که مراجعان برای رویارویی با تقویت اجتماعی فعال می‌شوند و ممکن است برای دریافت بیشترین میزان تقویت اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی به آنها آموزش داده شود (کانتر و همکاران، ۲۰۰۹/۱۳۹۱). این فرآیند باعث بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی شخص می‌گردد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶). در این مدل، اجتناب رفتاری کانون درمان می‌باشد. رفتارهای اجتنابی در بیمار ایجاد احساس آسودگی، آرامش سریع و کوتاه می‌کنند، در حالی که در درازمدت، فرد از منابع تقویتی محیطی محروم می‌گردد (لوجز و همکاران، ۲۰۱۱). از مهم‌ترین الگوهای اجتنابی، بی‌نظمی در برنامه‌های روزمره زندگی است، این بی‌نظمی‌ها باعث عدم هماهنگی میان فرد و محیط زندگی او شده و خلق او را پایین می‌آورند. بنابراین این درمان برای دستیابی به تقویت مثبت به فرد آموزش می‌دهد تا الگوهای اجتنابی خود را بشناسد و از راهبردهای مقابله‌ای سازگار استفاده نماید و این روش را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد (لای و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین این درمان راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را آموزش می‌دهد. افراد با اجرای این راهبردها می‌توانند به موفقیت‌هایی دست یابند و این امر رسیدن به تقویت مثبت را آسان می‌کند. این موضوع سبب بهبود روابط اجتماعی، دریافت تقویت‌های مثبت و به دنبال آن بهبود خلق می‌شود (کانتر و همکاران، ۲۰۰۹/۱۳۹۱؛ مازوچلی، ۲۰۱۰). درمان فعال‌سازی رفتاری سبب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه شده که این امر باعث تنظیم خواب و بیداری، افزایش سطح انرژی، افزایش فعالیت‌های بیمار، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و مثبت‌اندیشی می‌گردد. در این شرایط، فرد توانایی انجام فعالیت‌هایی را پیدا می‌کند که تا قبل، آنها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آنها نبوده است (پرهون و همکاران، ۱۳۹۳). از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های این درمان، مقرون به صرفه بودن نظر زمان، هزینه و امکانات، سهولت در اجرا، ساده بودن آموزش و یادگیری، داشتن راهنمای درمانی و انطباق پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار می‌باشد (شاره، ۱۳۹۵؛ ماشییر و اوتو، ۲۰۱۷). اثربخشی فعال‌سازی رفتاری در کاهش افسردگی (چو و همکاران، ۲۰۰۹؛ ربا و همکاران، ۲۰۱۳)، کاهش وزن (چارتییر و پروونچر، ۲۰۱۳)، پیشگیری از عود و بازگشت افسردگی اساسی (بونیتا، ۲۰۱۳) و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی (تیمورپور و همکاران، ۱۳۹۷) مشخص شده است.

مقیاس دارای ساختاری دو عاملی شامل تفکر عامل و مسیرها است. بررسی روایی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا، بیانگر رابطه منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطه مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی بود. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ $0/۸۶$ و از طریق بازآزمایی $0/۸۱$ به دست آمد. این مقیاس برای جمعیت ایرانی از اعتبار و روایی خوبی برخوردار بوده و در محیط‌های بالینی و آموزشی جهت ارزیابی افراد و تهیه برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه می‌توان از آن استفاده کرد. در این مطالعه پایایی با روش آلفای کرونباخ $0/۹۹۲$ بود.

برنامه مداخله فعال‌سازی رفتاری. پروتکل مداخله فعال‌سازی رفتاری در برگیرنده مفاهیم روان‌شناختی، مهارت‌آموزی و تمرین‌های برگرفته از همین رویکرد است (کانتر و همکاران، $2009/1391$). این برنامه مداخله‌های ساده‌ای دارد که مفید و زودبازده می‌باشند. در این پژوهش گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه این پروتکل درمانی را دریافت کردند (جدول ۱).

روش اجرا

با اعلام فراخوان از طریق شبکه‌های اجتماعی هر یک از سراهای محله منطقه ۱۱ تهران و در راستای اهداف این پژوهش، تعداد ۲۴ نفر از داوطلبان بالای ۶۰ سال که پایین‌ترین نمره‌ها را در دو پرسش‌نامه توانایی خودمراقبتی سالمندان و امید کسب کردند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس پروتکل درمانی فعال‌سازی رفتاری، در ۸ جلسه (۴۵ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس هر دو گروه برای بار دوم پرسش‌نامه‌های مربوطه را تکمیل کردند (پس‌آزمون). بعد از گذشت ۳ ماه از اتمام جلسه‌های درمانی، ابزار پژوهش مجدداً توسط دو گروه تکمیل شد (پیگیری) تا تفاوت‌های احتمالی مورد بررسی قرار گیرند. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در قالب شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون کالماگروف-اسمیرنف، لوین و تحلیل کوواریانس تک متغیری) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

اشنايدر بودند. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل (۱) ابتلا به بیماری خاصی که مانع حضور در جلسات درمانی شود و (۲) عدم تمایل شخصی سالمند برای ادامه درمان می‌شدند. شرکت‌کنندگان شامل ۲۲ زن و ۲ مرد سالمند با میانگین سنی ۶۵ و حداقل سن ۶۰ و حداکثر سن ۷۰ سال بودند. سطح تحصیلات ۵ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم و ۱۹ نفر دیپلم و بالاتر بودند. ۱۶ نفر متأهل، ۲ نفر طلاق گرفته و ۶ نفر همسرشان فوت کرده بود.

ابزار

پرسش‌نامه بررسی توانایی خودمراقبتی سالمندان^۱. این پرسش‌نامه توسط همتی مسلک پاک و هاشملو در سال ۱۳۹۴ ساخته شده است و شامل ۴۰ عبارت است که شامل گزینه‌هایی با طیف لیکرتی ۴ قسمتی «اغلب»، «گاهی مواقع»، «به ندرت» و «هرگز» است. کمترین نمره در این پرسش‌نامه ۴۰ و بیشترین نمره ۱۶۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده توانایی خودمراقبتی بیشتر سالمند است. خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه عبارت از مراقبت از خود جسمی (۹ سؤال، $\alpha=0/۷۴۶$)، مراقبت از خود روانه (۶ سؤال، $\alpha=0/۷۳۶$)، مراقبت از خود عاطفی (۶ سؤال، $\alpha=0/۸۴۵$)، مراقبت از خود اجتماعی (۹ سؤال، $\alpha=0/۸۳۱$) و مراقبت از خود به هنگام بیماری (۱۰ سؤال، $\alpha=0/۹۰۵$) است. همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) پرسش‌نامه بررسی توانایی خودمراقبتی سالمندان $0/۸۶۴$ است. در این مطالعه پایایی با روش آلفای کرونباخ $0/۹۹۴$ برآورد شد.

پرسش‌نامه امیدبزرگسالان اشنايدر^۲. این مقیاس توسط اشنايدر (۱۹۹۱) ساخته شد و حاوی ۱۲ سؤال با طیف لیکرتی ۴ قسمتی است که برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده مقیاس تفکر عاملی (۴ سؤال) و تفکر راهبردی (۴ سؤال) و چهار سؤال انحرافی است و مدت زمان خیلی کم (حدود ۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن لازم است. برای پاسخ به هر سؤال، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. بنابراین مجموع نمرات از ۸ تا ۳۲ متغیر می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده امید بالاتر است. کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که

¹ self-care questionnaire for the elderly

² Snyder's hope scale

جدول ۱

محتوای جلسات مداخله فعال‌سازی رفتاری

جلسه	هدف	محتوا
اول	نشان دادن همدلی، صداقت و حمایت درمانگر	ایجاد ارتباط اولیه، بیان قوانین جلسات و اهداف، بحث کلی پیرامون سالمندی و اهمیت رفتارهای خودمراقبتی، تکلیف: فعالیت‌های روزانه خود را در دفتری یادداشت کنید.
دوم	نشان دادن کارآمدی مداخله، ایجاد امید در مراجع	مرور تمرین‌های جلسه قبل، گفتگو پیرامون سالمندی و اهمیت امید به زندگی، بیان مفهوم انگیزه، تکلیف: برای هر جلسه جدول فعالیت روزانه تهیه کنید و آن را در تمامی جلسه‌های درمانی خود به همراه داشته باشید.
سوم	نشان دادن احتمال دستیابی افراد به منافع زود هنگام درمان در صورت درجه‌بندی ارزش‌ها	بررسی تکلیف، توضیح در مورد ارزش‌های زندگی، بیان استعاره مربوط به ارزش‌ها و توضیح در مورد این موضوع که رفتار کردن طبق ارزش‌ها باعث افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی می‌شود، اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها، تکلیف: درجه‌بندی ارزش‌ها و نوشتن سطح دشواری مورد انتظار آنها
چهارم	تمرین‌های فعال‌سازی آشکار و واقعی	بررسی تکالیف، درجه‌بندی ارزش‌ها و تبدیل آنها به اهداف رفتاری عینی مفید، تکلیف: از این جلسه تا جلسه بعد در مورد ارزش ... چه رفتارهای آشکاری داشته‌ام؟ و سطح دشواری مورد انتظار با سطح دشواری واقعی را مقایسه کنید.
پنجم	بررسی موانع قابل پیش‌بینی، یافتن راه‌حلی برای موانع و مهارت‌آموزی	بررسی تکلیف، پیش‌بینی کردن موانع و یافتن راه‌حل برای موانع، کنترل پیامدها، مداخله‌های مهارت‌آموزی، در طول هفته چقدر به انجام این تکلیف فکر کردید؟ بررسی نقص در مهارت‌ها و کمبود خزانه رفتاری. تکلیف: در ارتباط با مهارتی که مراجع نقص داشته و آموزش دیده است، تکالیف رفتاری تهیه و اجرا شود.
ششم	تقویت و اصلاح رفتارهای بین‌فردی پیچیده، بررسی اجتناب مراجع و احساسات او	بررسی تکلیف، بررسی متغیرهای محیطی غیر قابل کنترل، ارزیابی پیامدهای محیطی و پیش‌بینی بررسی واکنش افرادی که با مراجع در تعامل هستند، تکلیف: احساس‌های خود را پس از موفقیت یا عدم موفقیت در تمرین‌ها بنویسید.
هفتم	مدیریت احساسات و افکار	بررسی هیجان‌های مراجع، اجرای پس‌آزمون، تکلیف: یادداشت کردن تقویت‌کننده‌ها و موانع احساسی، فکری و محیطی، بررسی میزان موفقیت در پرداختن به ارزش‌ها
هشتم	مرور جلسه‌های قبل و جمع‌بندی مطالب	پیگیری حال مراجع، آموزش راهکارهای پیشگیرانه، آمادگی برای خاتمه درمان و اجرای آزمون جلسه پیگیری.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
خودمراقبتی	۱۱۶/۰۰ (۲۴/۲۶)	۱۲۷/۸۳ (۲۰/۷۵)	۱۱۹/۵۸ (۲۳/۶۶)	۱۲۰/۳۳ (۲۵/۶۳)
امید به زندگی	۱۸/۵۰ (۲/۶۱)	۲۱/۹۲ (۳/۳۷)	۲۱/۰۸ (۵/۱۱)	۲۱/۲۵ (۵/۲۲)

افزایش میانگین بسیار ناچیز بود. بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون

طبق جدول ۲، در تمامی متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است. این بهبود در هر دو متغیر توانایی خودمراقبتی و امید به زندگی شامل افزایش میانگین بود. در حالی که در گروه کنترل این

خودمراقبتی و $[F=۳۳/۸۸۹ P=۰/۰۵>۰/۰۱]$ برای متغیر امید به زندگی بود. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد. جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح معناداری $۰/۰۵$ معنادار نمی‌باشد. از آنجا که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است، بنابراین به ارائه نتایج اصلی می‌پردازیم.

لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای خودمراقبتی $[F_{(۱,۳۰)}=۲/۲۲۰ P=۰/۲۰۰>۰/۰۵]$ و امید به زندگی $[F_{(۱,۳۰)}=۱/۶۸۹ P=۰/۱۲۵>۰/۰۵]$ به لحاظ آماری معنادار نبودند. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها برای هر دو متغیر نیز تأیید شد. مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار بودن میزان F در سطح $۰/۰۵$ $[F=۸/۰۵۶ P=۰/۰۵>۰/۰۱]$ برای متغیر

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پس‌آزمون							
پیش‌آزمون خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۲۲۰۰/۳۸۹	۱	۲۲۰۰/۳۸۹	۲/۲۲۰	$p<۰/۰۰۵$	۰/۸۰۲
عضویت گروهی	خطا	۱۶۳۵۱/۹۱۷	۱۹	۱۶۳۵۱/۹۱۷	۸/۰۵۶	$p<۰/۰۰۵$	۰/۷۵۶
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۶۱/۶۷	۱	۶۱/۶۷	۱/۶۸۹	$p<۰/۰۰۵$	۰/۷۹۶
عضویت گروهی	خطا	۵۹۷/۵۸۳	۱۹	۵۹۷/۵۸۳	۳۳/۸۸۹	$p<۰/۰۰۵$	۰/۷۸۱
پیگیری							
خود مراقبتی	عضویت گروهی	۱۴۶۲۳/۱۴۸	۱	۱۴۶۲۳/۱۴۸	۷/۹۳	$p<۰/۰۰۵$	۰/۵۵۱
	خطا	۳۹۳/۸۹	۲۰	۲۰/۱۵		$p<۰/۰۰۵$	
امید به زندگی	عضویت گروهی	۴۸۸/۷۶۰	۱	۴۸۸/۷۶۰	۳۱/۷۵	$p<۰/۰۰۵$	۰/۳۳۹
	خطا	۹۷/۹۰	۲۰	۳/۲۲		$p<۰/۰۰۵$	

معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان امید به زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۳ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین گروه آزمایش در امید به زندگی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری سبب افزایش امید به زندگی می‌شود. اندازه اثر $۰/۷۸۱$ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. مندرجات این جدول در بخش پیگیری نشان می‌دهد که مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی بعد از پیگیری ۳ ماهه نیز تأثیر دارد، چرا که F های محاسبه شده در سطح $۰/۰۰۵$ معنی‌دار می‌باشند.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳ آماره F خودمراقبتی در پس‌آزمون $۸/۰۵۶$ است که در سطح $۰/۰۰۵$ معنی‌دار می‌باشد و این نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۳ میانگین گروه آزمایش در خودمراقبتی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته به دست آمده فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری سبب افزایش رفتارهای خودمراقبتی شده است. اندازه اثر $۰/۷۵۶$ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. همچنین بر اساس نتایج جدول فوق آماره F امید به زندگی در پس‌آزمون $۳۳/۸۸۹$ است که در سطح $۰/۰۰۵$

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی و مسائل جسمانی و روان‌شناختی فراوانی که سالمندان با آن مواجه هستند، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان انجام شد. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان به نحو معنی‌دار و پایداری مؤثر بوده است.

فرضیه اول مطالعه مبنی بر این که مداخله فعال‌سازی رفتاری در افزایش رفتارهای خودمراقبتی سالمندان تاثیر دارد، تایید شد. تاکنون پژوهش‌های مختلفی در مورد اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی انجام شده است اما اثربخشی این رویکرد بر توانایی خودمراقبتی سالمندان بررسی نشده است. اما با توجه به خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه توانایی خودمراقبتی می‌توان گفت که نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های پرهون و همکاران (۱۳۹۳)، لای و همکاران (۲۰۱۵) و ماشییر و اوتو (۲۰۱۷) است. برای تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری می‌توان گفت که هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که منجر به دریافت پاداش از سوی مراجع می‌شوند. این پاداش‌ها می‌توانند درونی (مانند حس موفقیت یا لذت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود کیفیت خواب، برنامه‌ریزی زندگی و خلق بیمار کمک می‌کند (لهیبی و همکاران، ۲۰۱۲). دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۶) اذعان می‌کنند که علت اثربخشی این نوع درمان می‌تواند این مساله باشد که در حین درمان، افراد می‌آموزند که سبک زندگی خود را تغییر داده و قوانین جدیدی را دنبال کنند. همچنین، درمان فعال‌سازی رفتاری، روش شکستن تکالیف دشوار و پیچیده به تکالیف ساده‌تر را آموزش می‌دهد. درمان فعال‌سازی رفتاری بیماران را تشویق می‌کند که با وجود احساس غمگینی، کرختی و خستگی فعال‌تر شوند و یا تلاش کنند تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان خود را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن آن تکلیف نداشته باشند. بنابراین بیماران با اجرای این روش‌ها قادر خواهند بود که به فعالیت بپردازند و این امر نیز به نوبه خود منجر به تقویت مثبت خواهد شد (مازولچی، ۲۰۱۰). علاوه بر این، فعال‌سازی رفتاری یک درمان موج‌سومی

است که ساده، مقرون به صرفه و کوتاه مدت است و مراجع را ترغیب به انجام فعالیت و تغییر سبک زندگی می‌کند. بر اساس شرطی‌سازی عامل در نظریه رفتاری نیز می‌توان نتایج این پژوهش را چنین تبیین کرد که وقتی یک سالمند، سالم بودن را به‌عنوان یک ارزش انتخاب می‌کند و با توجه به این که یکی از رفتارها در جهت این ارزش تبعیت از درمان می‌باشد، توصیه‌های روان‌درمانی و پزشکی را تبعیت کرده و برای این رفتار سالم خود تقویت مثبت درونی (مانند احساس سلامت) یا بیرونی (مثل مورد پذیرش قرار گرفتن) دریافت می‌کند و در پی آن به احتمال زیاد، فرد آن رفتار را تکرار خواهد کرد و تبعیت از درمان و رعایت برنامه‌های خودمراقبتی افزایش می‌یابد. علاوه بر این، این احتمال وجود دارد که تغییر رفتار ایجاد شده توسط این درمان باعث تغییر در باورها و شناخت‌واره‌های فرد به خصوص در مورد خودمراقبتی، حفظ سلامت و ارتقای آن، درمان و تبعیت از درمان شود (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰).

فرضیه دوم مبنی بر این که مداخله فعال‌سازی رفتاری در افزایش امید به زندگی سالمندان مؤثر است، نیز تأیید شد. تاکنون مطالعات مختلفی در مورد اثربخشی این درمان انجام شده است. با توجه به خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه امید به زندگی می‌توان گفت که پژوهش دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۶)، مازولچی (۲۰۱۰)، مارتل و همکاران (۲۰۱۰) و لوجز و همکاران (۲۰۱۱) همسو با پژوهش حاضر بود. برای تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر امید به زندگی می‌توان به آموزش مهارت عمل کردن از بیرون به درون اشاره کرد که طی آن به فرد آموزش داده می‌شود که بدون توجه به حس درونی آن لحظه، تلاش کند که در فعالیت‌های فیزیکی درگیر شود. این درمان از طریق وارد کردن فرد در دامنه‌ای از فعالیت‌های کوچک و پاداش دهنده، سبب افزایش عملکرد او در انجام تکالیف فردی و اجتماعی شده، فعالیت‌ها و مشارکت‌های او در جامعه افزایش می‌یابد و در نتیجه بر سلامت روان او اثر خواهد گذاشت (مازولچی، ۲۰۱۰). طبق مدل یادگیری مشاهده‌ای بندورا که شرح می‌دهد که یک فرد چگونه اطلاعات و مهارت‌های مختلف را از طریق مشاهده عمل و پیامد رفتار عمل افراد دیگر به دست می‌آورد، فرد با حضور در جامعه به مهارت‌آموزی می‌پردازد که این کسب مهارت نیز می‌تواند به نوبه خود یکی دیگر از ارزش‌های زندگی او باشد که آن ارزش یادگیری است. فرد با پرداختن به این ارزش، احساس

نمایند. نتایج این پژوهش می‌تواند در بهبود عملکرد کلینیک‌های روان‌شناسی، سراهای سالمندان، انجمن‌های آرزایمر، خانه‌های سلامت و بهداشت مؤثر واقع شود.

هر مطالعه به‌طور اجتناب‌ناپذیری دچار محدودیت‌هایی است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت زمانی اشاره کرد. از آنجایی که سالمندان شرایط خاص و متغیری دارند، بایستی در یک بازه زمانی کوتاه به مداخله پرداخت. این محدودیت زمانی شامل بازه زمانی پایان مداخله تا آزمون پیگیری نیز می‌شود. کنترل نشدن رخدادهای هم‌زمان با پژوهش، نقش متغیرهای مزاحم، هم‌گن نبودن گروه‌ها از لحاظ سابقه خانوادگی، اجتماعی و بیماری، انجام پژوهش بر روی سالمندان ساکن تهران، عدم بررسی اختلالات روانپزشکی در این افراد و عدم تناسب بین دو جنسیت که یکی از دلایل آن عدم تمایل آقایان به شرکت در مداخلات روان‌درمانی می‌باشد، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌روند. با توجه به موارد ذکر شده باید در تعمیم دادن نتایج به سایر افراد و سایر شهرها احتیاط کرد. بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری با سایر مداخله‌های کارآمد و اثربخشی این مداخله به‌صورت گروهی بر روی سالمندان مقایسه شود. همچنین این مطالعه بر روی سالمندان سایر مراکز مرتبط با سالمندان و در سایر شهرها انجام و نتایج آن با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد.

سپاس‌گزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مدیران سلامت سراهای محله منطقه ۱۱ تهران و افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

استوارت، و. (۱۳۸۶). *دایره المعارف مشاوره نظری و عملی* (ترجمه ج. کشاورز افشار، ع. بوستانی‌پور، م. گودرزی و م. ب. دانشجو). نشر علم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵)

افشاری، ع.، و هاشمی، ز. (۱۳۹۸). رابطه بین مواجهه مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی با احساس تنهایی در سالمندان. *مجله پیری روان‌شناسی*، ۱(۵)، ۶۵-۷۵.

اورکی، م.، مهدی‌زاده، آ.، و درتاج، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۳۱-۳۲۰.

خودکارآمدی پیدا می‌کند، اعتماد به نفس او بالا می‌رود و می‌تواند تصمیم‌گیری‌های کارآمدتری داشته باشد و در نهایت امید به زندگی او نیز بالاتر می‌رود. برگمن و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند که افراد اگر آگاهی داشته باشند که زندگی آنها معنادار است و به ارزش‌هایی که به زندگی خود می‌دهند، اعتماد و اطمینان داشته باشند، امیدوارتر خواهند بود. امید مانند دارونما اثر بیولوژیک بر بدن دارد. از آنجایی که امید حاصل تلفیق دو بعد شناختی و عاطفی است بنابراین این دو مؤلفه در مغز مجزا نیستند، بلکه هم‌بافته‌اند و یکدیگر را تعدیل می‌کنند. بنابراین هنگامی که ما به تعیین هدفی می‌پردازیم و برای رسیدن به آن مسیری را دنبال می‌کنیم، به‌نظر می‌رسد که چنین رفتاری مدارهای پاداش را که حاوی میزان زیادی دوپامین موجود در قشر پیش‌پیشانیست را درگیر کرده، به سوی نواحی عمیق‌تر و پایین‌تر مغز که شامل بادامه و هیپوکامپ هستند، حرکت می‌کند. این هدف‌یابی و مدارهای پاداش هستند که باعث شکل‌گیری احساس امید در افراد می‌شوند (بهاری، ۱۳۹۳). از طرف دیگر، نظریه فعال‌سازی رفتاری به نقش الگوهای ناکارآمد اجتناب نیز می‌پردازد و به مراجعان آموزش می‌دهد که با الگوهای رفتاری غامض خود مواجه شوند. فعال‌سازی رفتاری به مراجع کمک می‌کند که با فعال‌سازی ساختاریافته و فنون حل مسئله به مبارزه با اجتناب برود و برای نزدیک شدن و درگیر شدن با مسائل، راهبردهای مقابله‌ای جایگزین را به کار گیرد (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۱۰). بدین شکل انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی مراجع را نیز به‌طور غیرمستقیم مورد مداخله قرار می‌دهد. این ظرفیت‌سازی می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و عدم تمرکز و افزایش امید به زندگی گردد (تیمورپور، اکبری و حسنی، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی مداخله فعال‌سازی رفتاری بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی و امید به زندگی سالمندان بود. با توجه به ساده بودن این مداخله و نقش مؤثر این مداخله در بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی سالمندان، به روان‌شناسانی که در بهزیستی، کانون بازنشستگان و خانه‌های سالمندان فعالیت می‌کنند پیشنهاد می‌شود که از این درمان در کنار سایر روش‌ها بهره‌گیرند. به خانه‌های بهداشت و سراهای محله توصیه می‌شود که در زمینه آموزش خودمراقبتی و چگونگی افزایش امید به زندگی به خانواده و مراقبان سالمندان، کارگاه‌هایی را تدوین

اضطرابی حمایت اجتماعی و ادراک درد. نشریه علمی پژوهشی سالمند، ۱۴(۲)، ۱۹۹-۱۸۸.

همتی مسلک‌پاک، م.، و هاشملو، ل. (۱۳۹۴). طراحی و روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی سالمندان. مجله سالمندی ایران، ۱۰(۳)، ۱۲۰-۱۳۱.

References

- Abbasi, M., Ghadampour, A., Hojati, M. (2017). The Role of Self-care, Resilience and Despair on depression in the elderly with Heart Diseases. *Aging Psychology*, 3(3), 181-188. [Persian]
- Afshari, A., Hashemi, Z. (2019). The Relationship Between Religious Exposure and Psychological Well-being with Loneliness in the Elderly. *Aging Psychology*, 1(5), 65-75. [Persian]
- Bahari, F. (2014). *The Essentials of Hope and Hope Therapy: A Manual for Hope Rising*. Danjeh Publications. [Persian]
- Bergman, Y. S., & Bodner, E. (2018). The connection between subjective nearness-to-death and depressive symptoms: The mediating role of meaning in life. *Psychiatry Research*, 261, 269-273.
- Bonita, A. G. (2013). *Computerized Behavioral Activation Treatment for Major Depressive Disorder and the Effects on Sexual Desire* (Doctoral dissertation). Western Michigan University, USA.
- Borhaninejad, V., Mansouri, T., Hoseyni, R., Kojaie bidgoli, A., & Fadayevatan, R. (2017). The relationship between diabetic knowledge and self-care among the Elderly with diabetes Type 2 in Kerman-2016. *Journal of Gerontology*, 1(3), 1-10. [Persian]
- Caboral, M. F., Evangelista, L. S., & Whetsell, M. V. (2012). Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 30(3), 406-411.
- Chartier, I. S., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 292-299.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the

- برهانی نژاد، و.، منصوری، ط.، حسینی، ر.، و کجایی بیدگلی، ا. (۱۳۹۵). رابطه دانش دیابتی با عملکرد خود مراقبتی در سالمندان دیابتی شهر کرمان. *سالمندشناسی*، ۱(۳)، ۱۰-۱.
- بهاری، ف. (۱۳۹۳). *مبانی امید و امید درمانی*. چاپ دوم. انتشارات دانژه.
- پرهون، ه.، مرادی، ع.، حاتمی، م.، و مشیرپناهی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۶۲-۴۱.
- تیموریپور، س.، اکبری، م.، و حسینی، ج. (۱۳۹۷). بررسی مکانیسم اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری (BA) از طریق انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی بر علائم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD). *مجله روان‌شناسی شناختی*، ۶(۴)، ۱۰-۱.
- حسینی خواه، م.، منشئی، غ.، و ابراهیمی، ا. (۱۳۹۳). پیشبینی رفتار خودمراقبتی بر مبنای ویژگی‌های روان‌شناختی مبتدر افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۲)، ۲۲۵-۲۱۷.
- زحمتکشان، ن.، باقرزاده، ر.، اکابریان، ش.، یزدانخواه فرد، م.، میرزایی، ک.، یزدانپناه، س.، ارجمند، ط. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲(۵)، ۲۵۸-۲۵۳.
- شاره، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۴)، ۱۷۹-۱۸۸.
- عباسی، م.، قدم پور، ع.، حجتی، م. (۱۳۹۶). نقش خودمراقبتی، تاب‌آوری و ناامیدی در افسردگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی. *روان‌شناسی پیری*، ۳(۳)، ۱۸۸-۱۸۱.
- فیست، ج.، فیست، گ.، و رابرتس، ت. (۱۳۸۹). نظریه‌های شخصیت (ترجمه ی. سیدمحمدی). انتشارات روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹)
- کانتز، ج.، بوش، آ.، و راش، ل. (۱۳۹۱). *تندآموز فعال‌سازی رفتاری: ویژگی‌های متمایزکننده* (ترجمه ص. فریدونی و م. میرزایی). انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹)
- کرمانی، ز.، خدایپناهی، م.، حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید آشنایدر. *روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۱۹)، ۲۳-۷.
- لطیفی، و.، کیانی، م.، و یوسفی، م. (۱۳۹۸). مدل‌سازی معادلات ساختاری امید به زندگی سالمندان بر اساس حساسیت

- institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 25(4), 380-388.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 408-419.
- Davies, N. (2011). Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nursing Standard*, 25(19), 43-51.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Do Valle, C. R., Valle, E., Valle, L., & Fior, C. A. (2013). Quality of life and sleep disorders in elderly. *Sleep Medicine*, 14(1), 291-305.
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T. A. (2009). *Theories of Personality* (Y. Seyyed Mohammadi, Trans.). Ravan Publications. [Persian]
- 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.
- Griffin, B., Loh, V., & Hesketh, B. (2013). A mental model of factors associated with subjective life expectancy. *Social Science & Medicine*, 82, 79-86.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T., & Rozencwaig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 167(3), 231-238.
- Hemmati Maslak Pak, & M., Hashemlo, L. (2015). Design and Psychometric Properties of a Self-Care Questionnaire for the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 10(3), 120-131. [Persian]
- Hoseinikhah, M., Manshaee, G., & Ebrahimi, A. (2014). Prediction of Self-care behavior based on Hardiness, Hope and Dysfunction Attitude among patients with Type 2 Diabetes. *Research in Behavioral Sciences*, 12(2), 217-225. [Persian]
- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Stromberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71-77.
- Kanter, J. W., Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features* (M. Mirzaei & S. Fereydouni, Trans.). Arjmand Publications. [Persian]
- Kao, Y. C., Liu, Y. P., Chou, M. K., & Cheng, T. H. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 171-180.
- Kermani, Z., Khodapanahi, M., & Heidari, M. (2011). Psychometric properties of the Snyder Hope Scale. *Quarterly of Applied Psychology*, 3(19), 7-23. [Persian]
- Kim, G., Shim, R., Ford, K. L., & Baker, T. A. (2015). The relation between diabetes self-efficacy and psychological distress among older adults: do racial and ethnic differences exist? *Journal of Aging and Health*, 27(2), 320-333.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. California: SAGE Publications.
- Latifi, Z., Kiani, M., & Yousefi, Z. (2019). The Structural Equation Modeling of the Older People's Life Expectancy Based on the Anxiety Sensitivity, Social Support, and Pain Perception. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 14(2), 188-199. [Persian]
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, 2e. Guilford Press.
- Lee, K. S., Lennie, T. A., Yoon, J. Y., Wu, J. R., & Moser, D. K. (2017). Living Arrangements Modify the Relationship Between Depressive Symptoms and Self-care in Patients With Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(2), 171-179.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten years revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161.

- Ly, K. H., Janni, E., Wrede, R., Sedem, M., Donker, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2015). Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: a qualitative study. *Internet Interventions*, 2(1), 60-68.
- Mansano-Schlosser, T. C., Ceolim, M. F., & Valerio, T. D. (2017). Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Applied Nursing Research*, 34, 7-11.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. Guilford Press.
- Mazzucchelli, T. G. (2010). *Behavioural activation interventions for depression and well-being* (Doctoral dissertation). Curtin University, Australia.
- Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2017). Behavioral activation treatment for major depression: A randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *Journal of Affective Disorders*, 210, 265-268.
- Ong, A. D., Edwards, L. M., & Bergeman, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1263-1273.
- Oraki, M., Mehdizadeh, A., & Dortaj, A. (2019). The Effectiveness of Self-care Empowerment Training on Life Expectancy, Happiness and Quality of Life of the Elderly in Iranian Elderly Care Centers in Dubai. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 14(3), 320-331. [Persian]
- Orem, D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 26-31.
- Parhoon, H., Moradi, A., Hatami, M., & Moshirpanahi, S. (2014). Effectiveness of Brief Behavioral Activation Treatment in Reducing Depression Symptoms and Improving Quality of Life in Patients with Major Depression. *Clinical Psychology Studies*, 4(14), 41-62. [Persian]
- Pascariu, M. D., Canudas-Romo, V., & Vaupel, J. W. (2018). The double-gap life expectancy forecasting model. *Insurance: Mathematics and Economics*, 78, 339-350.
- Ryba, M. M., Lejuez, C. W., & Hopko, D. R. (2013). Behavioral activation for depressed breast cancer patients: the impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 325-335.
- Sachdev, P. S., Brodaty, H., Reppermund, S., Kochan, N. A., Trollor, J. N., Draper, B., ... & Mather, K. A. (2010). The Sydney Memory and Ageing Study (MAS): methodology and baseline medical and neuropsychiatric characteristics of an elderly epidemiological non-demented cohort of Australians aged 70-90 years. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1248-1264.
- Shareh, H. (2016). Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(4), 179-188. [Persian]
- Simmons, L. (2009). Dorothea Orem's self-care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36(4), 419-422.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., & Irving, L. M. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Stewart, W. (2005). *An A-Z of Counseling Theory and Practice* (H. Keshavarz Afshar, A. Boostanipoor, M. Goodarzi, & M. B. Daneshjoo, Trans.). Elm Publications. [Persian]
- Szramka-Pawlak, B., Hornowska, E., Walkowiak, H., & Żaba, R. (2014). Hope as a psychological factor affecting quality of life in patients with psoriasis. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 273-283.
- Teimoorpoor, S., Akbari, M., & Hasani, J. (2019). The evaluation of mechanism of Effectiveness of Behavioral Activation Therapy (BA) through Cognitive Flexibility and Emotional Flexibility on Symptoms of Women with Major Depressive Disorders. *Journal of Cognitive Psychology*, 6(4), 1-13. [Persian]
- Zahmatkeshan, N., Bagherzadeh, R., Akaberian, S., Yazdankhah, M. R., Mirzaei, K., Yazdanpanah, S., Khoramroodi, R., Gharibi, T., Kamali, F., & Jamand, T. (2012). Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr's elders – 1387-8. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 2(1), 53-58. [Persian]