

اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند

ملیحه خسروی

گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی شمس گنبد، گنبد کاووس، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش اثر بخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند بود. روش: نوع پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، و با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این پژوهش را کلیه سالمندان زن در استان گلستان به عنوان جامعه در دسترس تشکیل داده اند. حجم نمونه شامل ۳۰ خانم سالمند بود. سالمندانی که فاقد اختلال های روان شناختی (الزایمر) بودند. از لحاظ جسمی توانایی شرکت در پژوهش را داشتند، طی یک ماه قبل دچار حادثه یا بیماری منجر به آسیب جسمی یا روانی نشده بودند و سن آنها ۶۰ سال به بالا بود. از تعداد نمونه ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. این ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند و در نهایت با ریزشی که داشتند هر گروه به ۱۲ نفر رسیدند. روش آماری مورد استفاده در پژوهش از روش Anova استفاده می شود. که با کمک نرم افزار Spss-21 مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش غلبه بر علائم افسردگی در زنان سالمند، با سطح معناداری (۰/۰۵) موجب کاهش علائم افسردگی در زنان سالمند خواهد شد. نتیجه گیری: اثر بخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند موثر است.

واژگان کلیدی: آموزش غلبه بر درماندگی، علائم افسردگی، زنان سالمند

مقدمه

افسردگی یکی از اختلالات روان پزشکی است که به سبب عمومی بودن و پیچیدگی هایی که دارد، به سرماخوردگی روان معروف شده است. در روان شناسی بالینی یکی از شایع ترین اختلال های دوران سالمندی، افسردگی است. علایم این اختلال روانی در دوران سالمندی به وضوح در بعضی سالمندان دیده می شود. رنجش زیاد، تحریک پذیری و گوشه گیری از مهم ترین آسیب های افسردگی در دوران سالمندی است. اگر این اختلال روانی به درستی و به موقع درمان نشود، مشکلات زیادی برای فرد سالمند و اطرافیانش ایجاد خواهد کرد. سالمندان افسرده به مرور زمان مشکلات زیاد تری را تجربه خواهند کرد و اگر حاضر به قبول بیماری خود نباشند یا به سبب خجالت و غرور از کمک خواستن خودداری کنند، شرایط برای شان پیچیده تر خواهد شد. بی تردید از میان برداشتن چنین موانعی، ما را در بهبود هرچه بیش تر این افراد یاری خواهد کرد. اگر از سالمندی مراقبت می کنید که دچار افسردگی است می توانید حمایت عاطفی خود را به او ابراز و به سخنانش با صبر و حوصله گوش کنید. او را به خاطر احساساتش سرزنش نکنید و به واقعیت هایی اشاره کنید که در او ایجاد امید می کند. همچنین می توانید در تشخیص به موقع و تسریع روند درمانی او نظارت داشته باشید. او را نزد پزشک آگاه و باتجربه ببرید و در طول دوره درمان او را همراهی کنید. راه های دیگری نیز برای کمک به سالمندان که دچار افسردگی شده است، وجود دارد (برودی و سمل، ۲۰۰۶).

ریشه افسردگی در خانم ها، علل اجتماعی است که از مهم ترین آنها می توان به موقعیت اجتماعی، جایگاه شغلی و تبعیض هایی که نسبت به خانم ها در جامعه یا دنیا وجود دارد، اشاره کرد. به عبارتی با گسترش شیوه زندگی صنعتی، خانم ها علاوه بر نقش باروری، چند مسئولیت دیگر همچون حضور در محیط کار بیرون از منزل و نیز مدیریت امور منزل را به عهده گرفته اند و به مراتب نسبت به مردان حجم کار بیشتری را باید انجام دهند. فارغ از مسئولیت های کاری و مدیریت امور منزل، بارداری هم بار سنگینی است که طبیعت به عهده خانم ها گذاشته است. بنابراین توجه به حالت های روانی خانم ها و پیشگیری و درمان به موقع افسردگی شان باعث ارتقای سطح بهداشت روانی خواهد شد. پیشگیری از افسردگی در خانم ها مهم است. می توان با روابط اجتماعی قوی، ایجاد جایگاه مناسب شغلی و مهم تر از همه، درک و همدلی با آنها از افسرده شدنشان جلوگیری کرد (جلالی، ۱۳۹۵).

بیان مسأله

از جمله مفاهیمی که در زمینه رفتار نابهنجار یا در زمینه آسیب شناسی روانی مطرح می باشد مفهومی است که درماندگی یا استیصال نامیده می شود. احساس درماندگی زمانی به وجود می آید که دیگران حرفهای شما را درست متوجه نشوند، مورد بی اعتنایی قرار بگیرید یا نتوانید به اهداف و خواسته های مورد نظر خود دست پیدا کنید. در اغلب موارد علت ایجاد احساس درماندگی این است که به درستی اهداف و خواسته های خود را نمی شناسیم و به همین دلیل داریم تقلا می کنیم و کار ها و مسائل مختلف را میسنجیم و در نهایت پی میبریم که هنوز هم احساس رضایت خاطر نداریم. در یک موقعیت غیر قابل کنترل افرادی که فعالیت شناختی شدید اما ناموفق را به کار میگیرند، آنها اطلاعات مناسب را جستجو می کنند، به حافظه میسپارند و به تجزیه و تحلیل آن می پردازند (بادهاور، ۳، ۲۰۰۹)، همچنین آنها فرضیه ها را به منظور ابهام زدایی از موقعیت، مورد آزمون قرار می دهند، اما به واسطه غیر قابل کنترل بودن رویدادها تلاش های شناختی آن ها به اهداف مورد نظر، که همان راه حل های مستدل است، منتج نمی شود. پس از یک تجربه طولانی مدت از این وضعیت، افراد به حالت ناپایدار خستگی دچار می شوند، قرار گرفتن در معرض مسائل غیر قابل حل ممکن است شخص را به فعالیت های شناختی متمرکز بر حالت های عاطفی منفی سوق دهد. درماندگی به طور معنا داری عملکرد شناختی را کاهش می دهد و فعالیت ساختارهای مرتبط با افسردگی را فعال می کند. به طور کلی، خستگی شناختی درباره درماندگی به این موضوع اشاره دارد که مواجهه با رویدادهای غیر قابل کنترل مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه را در پی دارد (سونگ، ۱، چی، ۲، مین-وی، ۳، موراکامی، ۴ و ماتسوموتو، ۵، ۲۰۰۶).

سلیگمن (۱۹۷۵) ۶ ادعا کرد، تجربیاتی که افراد در مورد وقایع غیر قابل کنترل دارند میتوانند به درماندگی آموخته شده و آن نیز منجر به تقلص عاطفی (غمگینی، اضطراب و افسردگی) شود.

کومر و کارانت (۱۹۹۱) ۷ در مطالعاتشان اثر درماندگی را بر بازیابی حافظه ناخوشایند در موشها مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که شرایط درماندگی در موشها، به لحاظ کیفی شبیه یافته‌هایی است که در خلق افسرده انسان‌ها مشاهده میشود (هنکل ۸، بوسفلد ۹، میلر ۱۰ و هگرل ۱۱، ۲۰۰۲). درماندگی یکی از جنبه‌های اساسی توضیحات شناختی- رفتاری برای ایجاد و تداوم افسردگی بوده و عموماً با افزایش دسترسی به خاطرات و حافظه‌های منفی و کاهش دستیابی به خاطرات مثبت مرتبط است (ویسکو، ۲۰۰۹). برای بیشتر مردم مفاهیم اختلال روانی خیلی گنگ بوده و تصورات آنها در این خصوص تحریف شده و رنگی از ترس و پیشداوری به خود گرفته است. اختلال روانی یک بیماری با تظاهرات روانشناختی یا رفتاری همراه با ناراحتی قابل ملاحظه و اختلال کارکرد ناشی از یک آشفتگی زیست شناختی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیک یا شیمیائی است. ارزیابی آن بر حسب انحراف از یک مفهوم هنجاری صورت می‌گیرد. امروزه افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است. در ایران افسردگی، ۳۵ الی ۴۵ درصد از بیماریهای روانی را به خود اختصاص میدهد که متأسفانه این رقم روز به روز سیر صعودی می‌یابد. جمعیت دنیا به سرعت در حال پیر شدن است و در حال حاضر نزدیک به ۶۰۰ میلیون نفر در جهان را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل میدهند. پیش بینی میشود که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به یک میلیارد نفر برسد. در ایران نیز طبق آمار سال ۱۳۸۵ سالمندان ۷/۲۶ درصد از کل جمعیت بوده و تا سال ۱۴۰۰ به میزان بیش از ۱۰٪ خواهد رسید. به دلیل بهبود شرایط بهداشتی متوسط طول عمر افراد بالا رفته و برای اولین بار در تاریخ ۲۰۵۰ جمعیت زیر ۱۵ سال برابر جمعیت بالای ۶۰ سال خواهد شد. (۱) سالمندی را معمولاً سن بالای ۶۵ سال برمی‌شمارند. این افزایش جمعیت سالمندی میتواند چالشی برای کشورها و دولت‌ها باشد بنابراین ارزیابی و تدوین برنامه‌های مراقبتی جامع متناسب با نیازهای سالمندان میتواند در ارتقاء سلامت آنها مفید باشد. سالمندان به سبب فرایند سالمندی، مشکلات متعددی مانند بروز بیماریهای مزمن، اختلالات روانشناختی مانند موارد خفیف تا شدید زوال عقل و افسردگی، نیاز به بستری شدن مکرر، کاهش امید به زندگی، مجموعه‌ای از فقدانها شامل از دست دادن همسر و شریک زندگی، تنزل وضعیت اقتصادی، کاهش سلامت فیزیکی و به طور کلی از دست دادن استقلال و وابستگی فردی را تجربه می‌کنند (۲) روند افزایش جمعیت سالمندان، صنعتی شدن و کمرنگ شدن توجه به این گروه میتواند در ایجاد یا تسریع اختلالات روانشناختی تاثیر گذار باشد. سالمندی با تغییر پایگاه اجتماعی، کاهش روابط اجتماعی، افزایش اوقات بیکاری، کاهش درآمد و مشکلات بهداشتی و درمانی همراه است که می‌تواند در بهداشت روان سالمندان^۱ اختلال ایجاد کند. یکی از این اختلال‌ها افسردگی است (اردبیلی ۱۳۸۳). افسردگی یکی از مشکلات شایع بهداشتی روانی سالمندان، میباشد که با علائم واضح شیوع متفاوتی را در نقاط مختلف جهان نشان میدهد و میتواند به صورتهای خفیف، اختلال دو قطبی و اختلال دیستایمیک دیده شود. علت افسردگی در افراد مسن همانند افراد جوان تر، علل زیستی اجتماعی میباشد. بیماریها و اختلالات جسمی، مصرف برخی از داروها از عوامل موثر در بروز افسردگی محسوب میشوند. (۳) افسردگی یکی از شایعترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است. (۴) که نزدیک به ۲۴ درصد خودکشی‌های موفق را شامل میشود و اکثر سالمندانی که قربانی خودکشی میشوند در اولین حمله افسردگی خود مبادرت به چنین عملی داشته‌اند (۵) فراوانی علائم افسردگی بالینی بارز در بین سالمندان غیر بستری ۱۵-۸ درصد و در بین سالمندان بستری حدود ۳۰ درصد است. با توجه به اعلامیه سازمان جهانی بهداشت امروزه در عرصه جهانی انقلابی در سطح جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است، چرا که حدود ۶۰۰ میلیون افراد سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سطح جهان وجود دارد که این رقم در سال ۲۰۲۵ دو برابر و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزوده خواهد شد و کشور ما ایران نیز از این پدیده مستثنی نیست. افسردگی بازتابی عاطفی است که برخی افراد در سالمندی تجربه میکنند. حدود ۱۲ تا ۱۶ درصد سالمندان دچار افسردگی میشوند، ضمن آن که ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها نیز گاهی علائم افسردگی را نشان می‌دهند (اردبیلی، ۱۳۹۴) به طور کلی این میزان در خانه‌های سالمندان بیشتر است و حدود ۳۵ درصد برآورد میشود. (صادق مقدم، ۱۳۹۲). اکثر سالمندان دوستان نزدیک یا همسران خود را از دست داده‌اند، یعنی دستخوش تجربه داغ‌دیدگی، سوگ و اندوه شده‌اند. آمار نشان میدهد در امریکا تعداد زنان سالمندی که همسران خود را از دست داده‌اند حدود ۶ برابر مردان است زیرا میانگین طول عمر زنان حدود ۸-۶ سال بیشتر

است. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد زنان سالمند بعد از مرگ همسر به ندرت ازدواج میکنند اما این امر در مورد مردان صادق نیست (پرلمیوتر، ۲۰۱۵)^۱ ساکنان خانه‌های سالمندان بیشتر در معرض افسردگی هستند. در این مکان‌ها افسردگی میتواند به طور قطعی مقطعی به علت بیماری‌های مزمن و مشاهده ناتوانی افراد دیگر و همینطور بالا بودن میزان مرگ و میر به وجود آید. علاوه بر این ویژگی‌های سازمانی آسایشگاه هم عامل موثری است. وابستگی آموخته شده به علت پذیرایی طولانی مدت از سالمند هم میتواند باعث بقای افسردگی شود. در فرهنگ ما با توجه به اهمیت خانواده و تعلقات خانوادگی موجود و تاکیدی که اسلام بر احترام به سالمندان دارد، سالمندان انتظار دارند همان طور که فرزندان خود را حمایت کرده اند فرزندان آن‌ها نیز در سالمندی از آنها مراقبت کنند ولی وقتی در آسایشگاه مقیم میشوند انتظار آنها برآورده نشده و در مواقعی دچار افسردگی میشوند (مارو، ۲۰۱۷)^۲. ساکنان خانه‌های سالمندان در غیاب روابط گرم با اعضای خانواده مستعد افسردگی و بی‌معنایی در زندگی هستند. غالباً زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا در زندگی همراه است که میتواند منبع افسردگی این قشر باشد (برودی و سمل، ۲۰۰۶)^۳. بدون شک ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که فشارهای روانی بر تمام زندگی ما اثر گذاشته و اجتناب از آنها امکان‌ناپذیر است. و این فشارهای روانی در هر سنی مشکلات عدیده‌ای از جمله شخصیتی، و اجتماعی بوجود می‌آورد. با توجه به مطالب مذکور به نظر میرسد که ارزیابی سالمندان از نظر افسردگی جزء ضروریات طب سالمندی است. لذا با توجه به تحقیقات فوق‌الذکر و هدف اصلی تحقیق حاضر مساله اصلی در این تحقیق این است که آیا آموزش غلبه بر درماندگی بر کاهش علائم افسردگی در زنان سالمند موثر است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

افسردگی یکی از مهم‌ترین دلایل کاهش کیفیت زندگی در سالمندان است و در این سنین آمار ابتلا به افسردگی هم در خانم‌ها و هم در آقایان سالمند افزایش می‌یابد. افسردگی در پیری بسادگی متوقف نمی‌شود اما با برخی مراقبتهای ویژه و پیروی از اصول زندگی سالم می‌توان بر آن غلبه کرد. افسردگی در سالمندان می‌تواند به علت بروز هر یک از اتفاق‌های ناگوار زیر در زندگی شروع شود. احساس پوچی، اندوه و اضطراب، خستگی و عدم انرژی، از دست رفتن علاقه و لذت در اعمال روزمره، بروز مشکلات خواب از جمله بیدار شدن از خواب در صبح خیلی زود، مشکلات تغذیه و وزن، خارش یا درد بدن که بهبود نیابد، دشواری در تمرکز یا تصمیم‌گیری، احساس ترس از آینده، احساس گناه، بی‌پناهی و ناخوشی، افکار مرگ و خودکشی و تلاش برای خودکشی از جمله علائمی هستند که اگر هر کدام بیش از ۲ هفته باقی بماند نشان دهنده افسردگی هستند و حتماً باید به پزشک مراجعه شود. باید دقت داشته باشیم افکار مرگ و خودکشی از علائم شایع افسردگی در این سنین است که در سالمندان با تفاوت در علائم خلق همراه است. انزوا یا تنهایی یکی از اصلیترین دلایل افسردگی در این سنین است. از آنجا که تنهایی باعث کاهش روابط اجتماعی می‌شود، یکی از مهم‌ترین زمینه‌سازهای افسردگی در دوران سالمندی است. افراد سالمند به دلیل از دست دادن انگیزه و هدف که به احساس بی‌هویتی هم منجر می‌شود، افسردگیشان روز به روز تشدید می‌شود تا حدی که ترجیح می‌دهند با هیچ‌یک از نزدیکانشان رفت و آمدی نداشته باشند و همین امر باعث می‌شود این افراد روز به روز منزوی‌تر شو و عدم تشخیص بموقع افسردگی روند درمان بیماری جسمی را به تأخیر می‌اندازد و افت عملکرد اجتماعی، محدودیت و رنج فراوان در ارتباطات اجتماعی و در نهایت وخیم شدن بیماری جسمی سالمند از عوارض تأخیر در درمان افسردگی است. همچنین در برخی کشورها مسئله خودکشی در سالمندان افسرده جدی‌تر از جوانان مبتلا به افسردگی بروز می‌کند. باید توجه داشت که گنجی یا مشکلات توجه که توسط بیماری افسردگی ایجاد می‌شود در برخی از موارد شبیه علائم بیماری آلزایمر یا سایر بیماری‌های مغزی خود را نشان می‌دهد. همچنین تغییرات خلقی و علائم افسردگی همچنین می‌توانند توسط داروهای که افراد سالمند برای درمان فشارخون بالا یا بیماری‌های قلبی دریافت می‌کنند ایجاد شود. پس لازم است هر یک از موارد را در صورت مشاهده با پزشک متخصص درمیان بگذارید (حسینی، ۱۳۹۴). لذا پژوهش حاضر در راستای همین تحقیقات به بررسی اثر بخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند، می‌پردازد.

پیشینه‌ی پژوهش

الف - پیشینه‌ی داخلی

عزیزی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند شهر کرمانشاه پرداخت. روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ سالمند زن با روش نمونه‌گیری در دسترس از مرکز روزانه سالمندان "مهر نیکان" شهر کرمانشاه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب آشکار و پنهان زنان سالمند موثر است ($P < 0.01$). با توجه به اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند به نظر می‌رسد می‌توان از شناخت‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند استفاده کرد.

حسینی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با شادکامی و افسردگی در سالمندان شهر شیراز پرداخت. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی فیلیپس، رضایت از زندگی داینر و شادکامی و افسردگی ژوزف و لوئیس جمع‌آوری شد و نتایج تحلیل داده‌ها همبستگی مثبت و معنادار بین مولفه‌های حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی و شادکامی و همبستگی منفی و معنی‌دار با افسردگی و همچنین همبستگی مثبت و معنی‌دار بین رضایت از زندگی با شادکامی و همبستگی منفی و معنی‌دار با افسردگی را نشان داد. از بین مولفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده و دوستان شادکامی را به صورت مثبت و معنی‌دار و افسردگی را به صورت منفی و معنی‌دار پیش‌بینی کرد. و همچنین رضایت از زندگی شادکامی را به صورت مثبت و معنی‌دار و افسردگی را به صورت منفی و معنی‌دار پیش‌بینی کرد. نتایج تفاوت معناداری را در متغیرهای شادکامی و افسردگی بین زنان و مردان نشان داد، بدین صورت که در شادکامی میانگین مردان بیشتر و در افسردگی میانگین زنان بیشتر بود.

کریمی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند یزد پرداخت. پژوهش حاضر از مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل سالمندان زن ساکن آسایشگاه‌های استان یزد بود. از بین سه آسایشگاه سالمندان موجود در استان یزد، آسایشگاه، فاطمه الزهرا تفت به صورت تصادفی انتخاب شد. تحلیل کواریانس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی، (GDS-15) بیانگر تفاوت معنی‌دار در اندازه شدت افسردگی گروه‌ها بود. روش درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند موثر است. این درمان در مقایسه با درمان‌های سنتی، نتیجه بهتری می‌دهد و انجام این درمان در مراکز سالمندی توصیه می‌شود.

الله یاری (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی میزان افسردگی در زنان سالمند ساکن آسایشگاه کهریزک و عوامل اجتماعی موثر بر آن می‌پردازد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات برای بررسی میزان افسردگی بر طبق جدول نمره گذاری بک و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون کای اسکور و جهت یافتن شدت رابطه از آزمون فی و ۷ کرامر استفاده شده است. نتایج نشان دادند که میزان افسردگی در سطح متوسط به بالا قرار گرفتند. و نتایج آزمون فرضیه‌ها نشان دادند که بین متغیرهایی چون میزان تعاملات اجتماعی، میزان فعالیت و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و میزان رضایت در از محیط و ساختار آسایشگاه با میزان افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. و در نهایت طبق تحقیقات و بررسی‌های انجام یافته، تمام فرضیه‌های مورد نظر (به جز فرضیه ای که در مورد چگونگی نحوه گذراندن زندگی در گذشته بود) مورد تأیید قرار گرفتند.

ب- پیشینه ی پژوهش در خارج از کشور

ساموئل (۲۰۱۵) در پژوهشی به مقایسه میزان استرس و اضطراب و افسردگی زنان سالمند فعال و غیر فعال بود. روش تحقیق پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای است. از آزمون خی دو و تی مستقل جهت تجزیه تحلیل آماری داده ها و مقایسه میزان استرس، اضطراب و افسردگی سالمندان زن فعال و غیرفعال استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که میزان استرس، اضطراب و افسردگی سالمندان زن فعال و غیرفعال به طور معناداری با هم تفاوت دارد و سالمندان فعال در مقایسه سالمندان غیرفعال استرس، اضطراب و افسردگی کمتری دارند. بر اساس نتایج تحقیق حاضر ورزش و فعالیت بدنی می تواند به کاهش افسردگی و اضطراب و افسردگی در زنان سالمند کمک کند و به عنوان شیوه ای موثر و مکمل در کنار درمان های رایج دیگر در کاهش افسردگی، استرس و اضطراب به کار گرفته شود.

دیویدسون^۲ (۲۰۱۴) بررسی تاثیر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن در آسایشگاه سالمندان بود. این پژوهش جزء طرح های نیمه تجربی طبقه بندی می شود و به شیوه پیش آزمون- پس آزمون روی ۳۴ زن سالمند مبتلا به افسردگی در خانه سالمندان انجام شد. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه معنویت درمانی صورت گرفت و سپس دوباره آزمون GDS به دو گروه داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون t استفاده شد.

یافته ها: تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که معنویت درمانی باعث کاهش افسردگی در زنان سالمند در آسایشگاه شد و بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

جولیا^۳ (۲۰۱۳) به بررسی اثربخشی خاطره گویی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب سالمندان بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این تحقیق، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل سالمندان ساکن آسایشگاه می باشد. داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و روش تحلیل کواریانس و تی داده های مستقل بین میانگین اختلافی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان می دهد خاطره گویی گروهی به طور معناداری منجر به کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب شده است.

ژانگ^۴ (۲۰۱۲) به تعیین تاثیر مشاوره گروهی شناختی بر میزان اضطراب و افسردگی سالمندان زن مقیم آسایشگاه سالمندان است. طرح این پژوهش آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. روش نمونه گیری در این تحقیق تصادفی ساده بود. ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی اجرا شد و کسانی که در عامل های اضطراب و افسردگی نمره بالاتر از ۶ کسب کردند شناسایی شده و تعداد ۳۰ نفر از آنها به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس این تعداد در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه گواه) به طور تصادفی جایگزین شدند. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس انجام شد که نشان داد مشاوره گروهی شناختی به طور معناداری منجر به کاهش افسردگی و کاهش اضطراب شد.

روش تحقیق

با توجه به موضوع تحقیق که به دنبال بررسی اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند است، روش تحقیق از نوع پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، و با گروه کنترل انجام گرفت.

جامعه آماری، نمونه آماری

جامعه آماری عبارت است از مجموعه ای از افراد یا واحدها که دارای حداقل یک صفت مشترک باشند (بیابانگرد ۱۳۹۲). جامعه این پژوهش را کلیه ی سالمندان زن مقیم موسسه ملیکا اسفراین که شامل ۵۷ نفر است به عنوان جامعه در دسترس تشکیل داده-

-
- 1.Samoel
 - 2.Deyvidsoun
 - 1.Joleya
 - 2.Zhang

اند. گروه نمونه مجموعه کوچکی از جامعه آماری است مشتمل بر برخی از اعضا که از جامعه آماری انتخاب شده اند بدین ترتیب گروه نمونه یک مجموعه فرعی از جامعه آماری است که با مطالعه آن محقق قادر است نتیجه را به کل جامعه آماری تعمیم دهد (حافظ نیا، ۱۳۸۸). حجم نمونه شامل ۳۰ خانم سالمند بود. سالمندانی که فاقد اختلال‌های روان شناختی (آلزایمر) بودند. از لحاظ جسمی توانایی شرکت در پژوهش را داشتند، طی یک ماه قبل دچار حادثه یا بیماری منجر به آسیب جسمی یا روانی نشده بودند و سن آنها ۶۰ سال به بالا بود. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت نمونه‌گیری در دسترس و کاملاً تصادفی است. از تعداد نمونه ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. این ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند و در نهایت با ریزشی که داشتند هر گروه به ۱۲ نفر رسیدند.

روش‌های جمع‌آوری اطلاعات

در این پژوهش از دو روش جمع‌آوری اطلاعات: روش کتابخانه‌ای و روش میدانی استفاده شده است. مطالعات و بررسی‌های لازم درباره مبانی نظری پژوهش، ادبیات موضوعی پژوهش، سوابق و موضوع پژوهش با استفاده از روش کتابخانه‌ای (مطالعه کتب، مقاله‌ها، پایان‌نامه‌ها و تحقیقات مرتبط با موضوع) انجام شده است. داده‌های مورد نیاز پژوهش نیز از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شده است. در این پژوهش از سه پرسشنامه نام‌استفاده شده است.

الف. پرسشنامه افسردگی بک:

با توجه به این مسائل، پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران طراحی شد. به این ترتیب که ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای.تی.بک، وارد مندلسون، موک‌و ارباف معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. اگرچه در فرم اخیر (BDI-IA)، ماده‌های پرسش‌نامه به صورت روشن‌تری بیان شده‌اند، اما مطالعاتی که بعدها انجام شد نشان داد که این دو فرم همبستگی بالایی، در حدود ۰/۹۴، با یکدیگر دارند. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند.

در این فرم تجدیدنظرشده، به منظور انعکاس نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر داده شد. همچنین برای نشان دادن کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدیدنظر به عمل آمد. به علاوه، متن یا جمله‌بندی بسیاری از ماده‌های دیگر تغییر یافت. مقایسه بین BDI-II و BDI-II نشان می‌دهد که اولاً مراجعان در پاسخ دادن به فرم BDI-II، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تایید می‌کنند و ثانیاً آزمودنی‌های سطوح بالاتر افسردگی بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تایید می‌کنند. علیرغم نمرات نسبتاً بالاتر در BDI-II، به طور کلی همبستگی بالایی بین این دو فرم وجود دارد و با اندکی احتیاط می‌توان گفت که BDI-II با فرم قبلی خود کاملاً قابل مقایسه است و نتایج بیشتر پژوهش‌های انجام شده در مورد BDI-II را می‌توان به BDI-II تعمیم داد. این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند.

محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود.

-
1. A. T. Beck
 2. Ward Mendelson
 3. Mock
 4. Erbaugh

ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

ساختار عاملی:

مطالعات تحلیل عاملی نشان می‌دهد که BDI از یک عامل غیرشناختی (یا بدنی - نباتی) شامل محتوایی در رابطه با جنبه‌های بدنی افسردگی (از دست دادن انرژی، تغییر در الگوهای خواب، گریه کردن) و یک عامل شناختی - عاطفی مرتبط با افکار و نگرش درباره خود و افسردگی (نفرت از خود، افکار خودکشی، افکار مربوط به بی‌ارزش بودن) اشباع شده است. معلوم شده است که این عامل‌ها میان نمونه‌های مختلف از جمله دانشجویان، نوجوانان، سالمندان، بیماران مراکز پزشکی سرپایی، سالمندان بیمار بستری و بیماران سرپایی افسرده همسانی دارد. عثمان^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۷، با اجرای این پرسش‌نامه روی گروهی از دانشجویان، ساختار عاملی نسبتاً متفاوتی مرکب از نگرش منفی، اشکال در عملکرد و عناصر بدنی را برای این گروه از افراد به دست آوردند. تاکنون اکثر مقایسه‌های انجام‌شده بین BDI و BDI-II حاکی از این است که ساختار عاملی مربوط به BDI-II به‌طور روشن‌تری تعریف شده است و بیانگر برتری نسبی این آزمون است.

اعتبار و روایی:

به علت اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. از مهمترین این پژوهش‌ها می‌توان به فراتحلیلی اشاره کرد که در سال ۱۹۸۸ توسط ای.تی.بک، استیر^۲ و گاربین^۳ انجام شد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است.

میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون^۴ (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. فرم کوتاه این پرسش‌نامه توسط دادستان و منصور (۱۳۶۹) در ایران هنجاریابی شده است. پرسش‌نامه کوتاه افسردگی بک توسط پژوهشگران مختلف از جمله نوربالا و شاددل (۱۳۷۳) مورد استفاده قرار گرفته است. رجبی و همکاران (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۸۷٪، ضریب اعتبار تنصیف ۰/۸۳٪ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹٪ گزارش کرده‌اند.

1. Othman

2. Steer

3. Garbin

4. Hamilton

جدول برنامه آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده :

ردیف	جلسه	محتوا
۱	اول	در جلسه اول : معرفی گروه و اجرای پیش آزمون - معرفی رهبر گروه ، ساختار و اهداف گروه ، تشویق اعضا برای معرفی خود و همکاری با گروه ، قوانین گروهی و نحوه ی تشکیل گروه و فر آیند آن ، شناسایی حالات و رفتارهای نشان دهنده درماندگی و افسردگی سالمندان پرداخته میشود.
۲	دوم	در جلسه دوم : تشخیص و درجه بندی احساسات و حالات افسردگی و افزودن بر آگاهی و جمع بندی و ارائه تکلیف برای جلسه بعد انجام میشود.
۳	سوم	در جلسه سوم: شروع بحث . مرور تکلیف ، اهمیت آن و موقعیت های تاثیر گذار ، معرفی نگرش ها و ارزش ها توضیح نقش با خود گویی ها در ایجاد احساس های مختلف و تمرین گروهی و تعیین وقت جلسه بعدی انجام میگردد.
۴	چهارم	در جلسه چهارم : شروع بحث و مرور تکلیف ، تعریف رفتارها ، معرفی حالات بدنی و احساسات افراد، نگرش ها و ارزش ها و باور های مرتبط با تاکید بر نقش خود گویی ها ، مهارت های خود مدیریتی ، جمع بندی و ارائه ی تکلیف و تعیین وقت جلسه بعدی انجام میشود.
۵	پنجم	جلسه پنجم : شروع بحث و مرور تکلیف . شناخت دقیق تر هیجان ها و احساسات با تکیه بر هیجانهای منفی - شناخت اصلی فکر، احساس و رفتار - ، شنایی و شناخت عوامل ایجاد گر هیجانها و احساسات افسردگی و در ماندگی - بررسی تاثیر افکار و باورها و .. جمع بندی و ارائه ی تکلیف جلسه بعدی و تعیین وقت برای جلسه ی بعد انجام میگردد.
۶	ششم	جلسه ششم : شروع بحث و مرور تکلیف - آموزش گفتار درونی - بررسی نش پیامدها- آموزش تغییر سبک اسنادی خود از پایدار به ناپایدار- آموزش سبک اسنادی از کلی به اختصاصی- انرژی دهی- درونی کردن زنجیره اتفاق- باور- امید
۷	هفتم	جلسه هفتم : شروع بحث و مرور تکلیف- شناخت عوامل مداخله گر در درماندگی و افسردگی ، تمرین های گروهی برای آموزش غلبه بر درماندگی و افسردگی - جمع بندی و ارائه تکلیف رای جلسه بعد
۸	هشتم	جلسه هشتم : شروع بحث و مرور تکلیف جلسه گذشته- تمرین های گروهی در ماندگی آموخته شده- پاسخ به سوالات اعضای گروه- جمع بندی و پایان بخشیدن به کار گروه- توضیح پس آزمون و اجرای آن

اهداف پژوهش

الف - هدف کلی پژوهش

- تعیین اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند.

فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی

- آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی زنان سالمند تاثیر مثبت و معناداری دارد.

روش های تجزیه و تحلیل داده ها

روش تجزیه و تحلیل داده ها و اطلاعات در این تحقیق به روش های زیر می باشد:

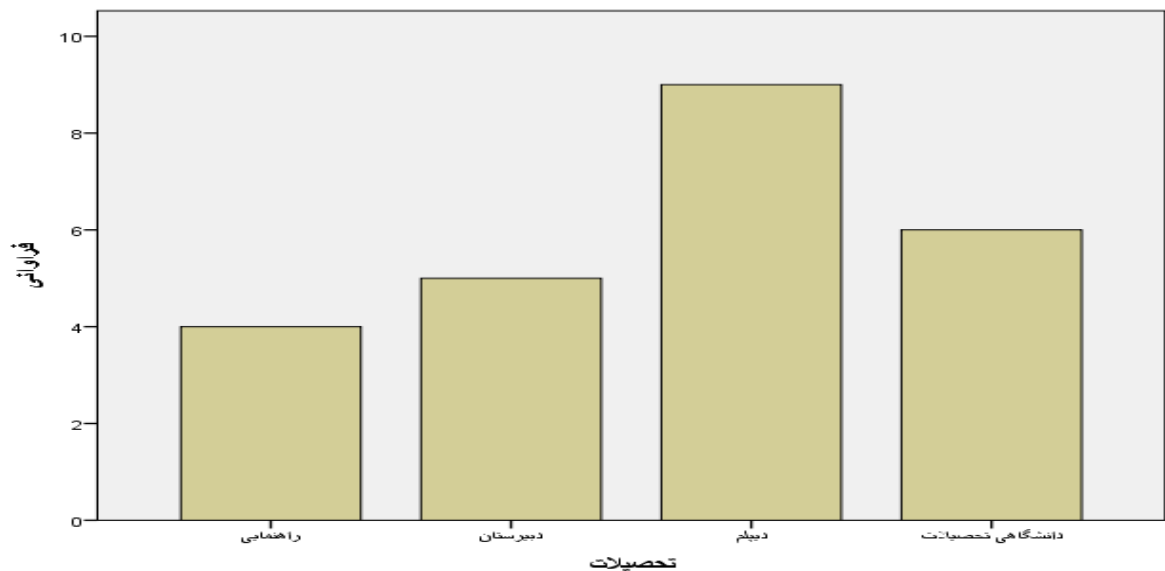
۱. از آمار توصیفی جهت برآورد مشخصه های مرکزی همچون، جدول فراوانی، درصد، میانگین استفاده شد.
۲. از آمار استنباطی، جهت آزمون فرضیه ها استفاده شد. برای انجام دقیق محاسبات از روش آماری تحلیل کواریانس تک متغیره و برای این منظور از نرم افزار spss21 استفاده شده است.

یافته های توصیفی

جدول ۴-۱: آماره های توصیفی افراد نمونه بر حسب تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
راهنمایی	۴	۱۶/۷
دبیرستان	۵	۲۰/۸
دیپلم	۹	۳۷/۰
تحصیلات ابتدایی	۶	۲۵/۰
کل	۲۴	۱۰۰

همانطور که در جدول ۴-۱ مشاهده می شود ۴ نفر از افراد که برابر ۱۶/۷ درصد است دارای تحصیلات راهنمایی می باشند و ۵ نفر از افراد که برابر با ۲۰/۸ درصد است دارای تحصیلات دبیرستان، ۹ نفر از افراد نمونه برابر ۳۷/۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم و در نهایت ۶ نفر از افراد که برابر ۲۵/۰ درصد است دارای تحصیلات ابتدایی می باشند.



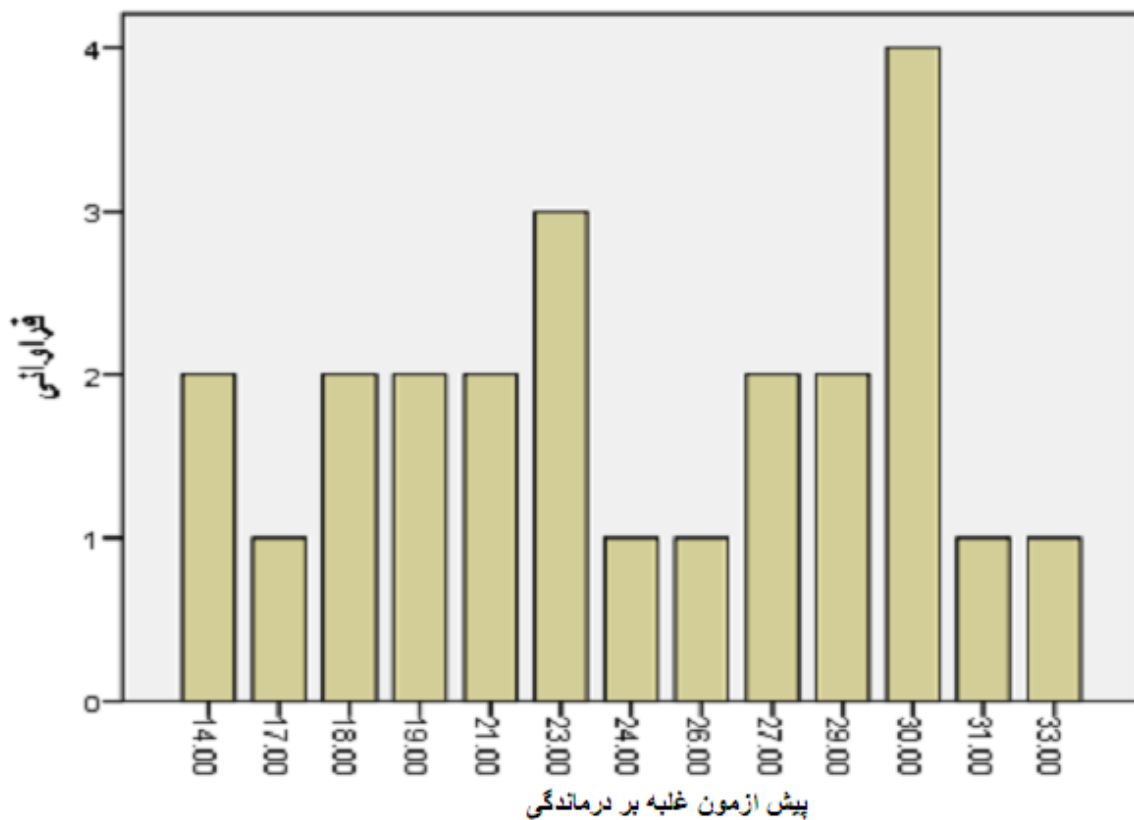
نمودار ۴-۱: نمودار فراوانی تحصیلات آزمودنی ها

همانطور که در نمودار ۴-۱ مشاهده می شود ۴ نفر از افراد دارای تحصیلات راهنمایی می باشند و ۵ نفر دارای تحصیلات دبیرستان، ۹ نفر دارای تحصیلات دیپلم و در نهایت ۶ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی می باشند.

جدول ۴-۲: آماره های توصیفی آموزش غلبه بر درماندگی در پیش آزمون

متغیر	میانگین	انحراف معیار
آموزش غلبه بر درماندگی	۲۳/۳۳	۵/۲۸
	۲۴/۶۶	۶/۱۸

همانطور که در جدول ۴-۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار آموزش غلبه بر درماندگی در پیش آزمون برای گروه آزمایش برابر با ۲۳/۳۳ و ۵/۲۸ و در گروه کنترل برابر با ۲۴/۶۶ و ۶/۱۸ می باشد.



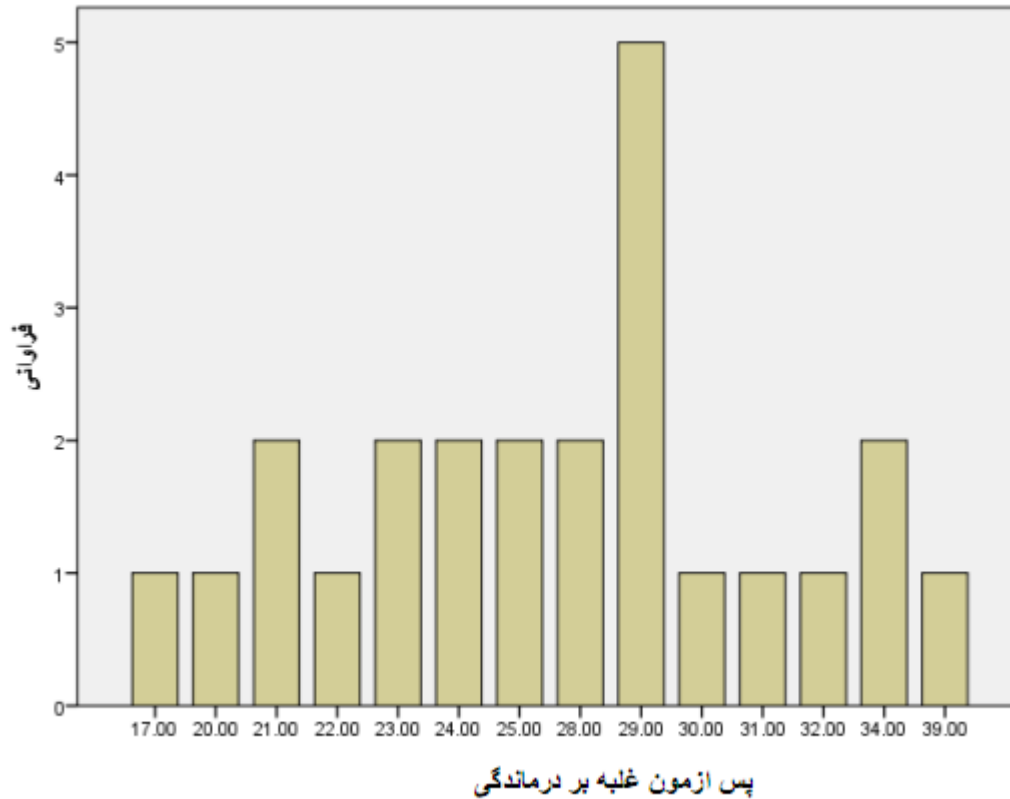
نمودار ۴-۳: نمودار توزیع نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون آموزش غلبه بر درماندگی

همانطور که در نمودار ۴-۳ مشاهده می گردد نمره آزمودنی ها در پیش آزمون آموزش غلبه بر درماندگی بین ۱۴ تا ۳۳ می باشد.

جدول ۴-۴: آماره های توصیفی آموزش غلبه بر درماندگی در پس آزمون

متغیر	میانگین	انحراف معیار
آموزش غلبه بر درماندگی	۲۸/۰۰	۵/۶۷
	۲۵/۸۳	۴/۶۲

همانطور که در جدول ۴-۴ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار آموزش غلبه بر درماندگی در پس آزمون برای گروه آزمایش برابر با ۲۸/۰۰ و ۵/۶۷ و در گروه کنترل برابر با ۲۵/۸۳ و ۴/۶۲ می باشد.



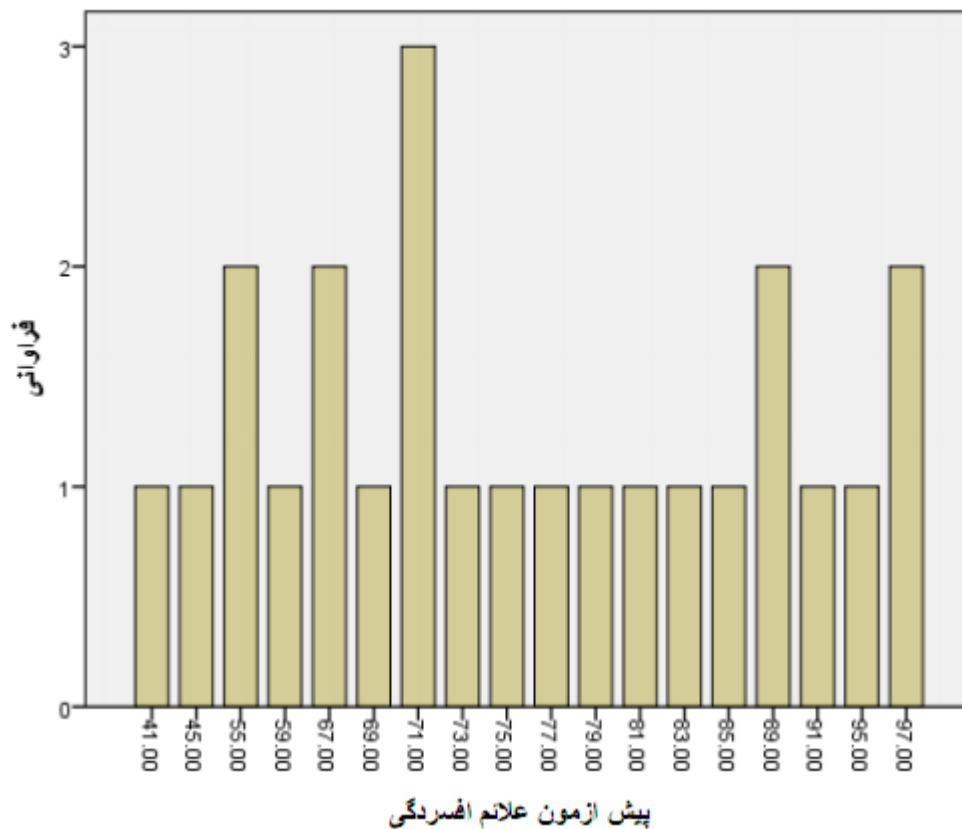
نمودار ۴-۴: نمودار توزیع نمرات آزمودنی ها در پس آزمون آموزش غلبه بر درماندگی

همانطور که در نمودار ۴-۴ مشاهده می گردد نمره آزمودنی ها در پس آزمون آموزش غلبه بر درماندگی بین ۱۷ تا ۳۹ می باشد.

جدول ۴-۵: آماره های توصیفی علائم افسردگی در پیش آزمون

متغیر	میانگین	انحراف معیار
علائم افسردگی	۸۳/۸۳	۱۰/۶۳
گروه آزمایش	۶۴/۶۶	۱۳/۸۲
گروه کنترل		

همانطور که در جدول ۴-۵ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار علائم افسردگی در پیش آزمون برای گروه آزمایش برابر با ۸۳/۸۳ و ۱۰/۶۳ و در گروه کنترل برابر با ۶۴/۶۶ و ۱۳/۸۲ می باشد.



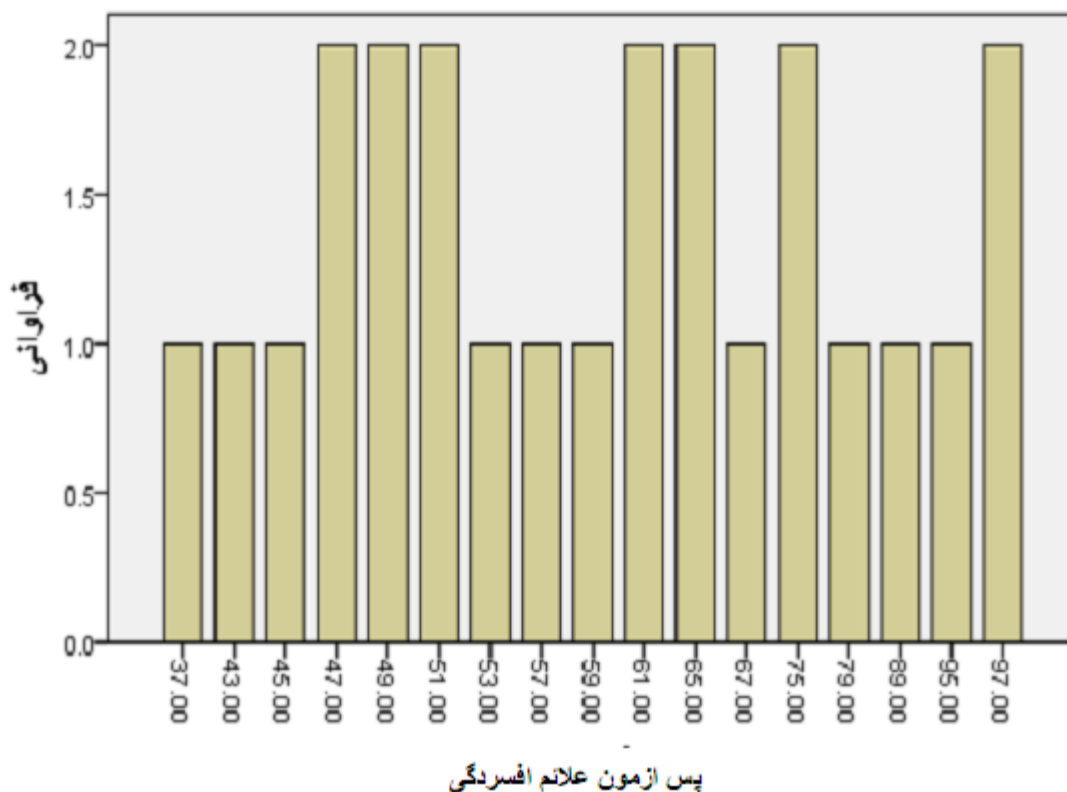
نمودار ۴-۵: نمودار توزیع نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون علائم افسردگی

همانطور که در نمودار ۴-۵ مشاهده می گردد نمره آزمودنی ها در پیش آزمون علائم افسردگی بین ۴۱ تا ۹۷ می باشد.

جدول ۴-۶: آماره های توصیفی علائم افسردگی در پس آزمون

متغیر	میانگین	انحراف معیار
علائم افسردگی	۷۴/۵۰	۱۶/۶۹
گروه آزمایش	۵۱/۶۶	۱۰/۱۷
گروه کنترل		

همانطور که در جدول ۴-۶ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار علائم افسردگی در پس آزمون برای گروه آزمایش برابر با ۷۴/۵۰ و ۱۶/۶۹ و در گروه کنترل برابر با ۵۱/۶۶ و ۱۰/۱۷ می باشد.



نمودار ۴-۶: نمودار توزیع نمرات آزمودنی ها در پس از مزمون علائم افسردگی

همانطور که در نمودار ۴-۶ مشاهده می گردد نمره آزمودنی ها در پس از مزمون علائم افسردگی بین ۳۷ تا ۹۷ می باشد.

۳-۴- یافته های استنباطی

قبل از انجام فرضیه های پژوهش به منظور تعیین اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند از تحلیل رگرسیون استفاده گردید که نتایج آن در جدول زیر ارائه گردیده است:

جدول ۴-۷: تحلیل رگرسیون

مدل	ضریب تعیین	F	ضریب بتا	مقدار p
۱	۰/۴۴	۵/۴۸	-۰/۴۴	۰/۰۲

همانطور که در جدول ۴-۷ مشاهده می شود در مجموع علائم افسردگی قادر به پیش بینی ۰/۴۴ درصد از واریانس آموزش غلبه بر درماندگی می باشد.

فرضیه تحقیق: آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی زنان سالمند موثر است.

به منظور بررسی فرضیه فوق از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید. بدین منظور نیاز به بررسی فرض های زیر بود:

۱- داده های پرت: قبل از اجرای آزمون داده ها مورد بررسی قرار گرفت و این مقادیر پرت حذف گردید.

۲- نرمال بودن: این پیش فرض با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای علائم افسردگی در پیش آزمون برابر (sig=.20) و در پس آزمون برابر (sig=18) می باشد، که با توجه به سطح معناداری بدست آمده فرض صفر تأیید می شود یعنی توزیع نمرات علائم افسردگی در نمونه مورد نظر نرمال است.

۳- آزمون همسانی واریانس: این پیش فرض با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و همانطور که در جدول ۴-۸ مشاهده می شود سطح معناداری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۵ برای مشخص شدن برابری واریانس ها بیش از ۰/۰۵ است ($p < 0/05$). بنابراین می توان گفت واریانس ها برابر هستند.

جدول ۴-۸: جدول آزمون لوین علائم افسردگی

	f	sig	Df1	Df2
علائم افسردگی	۲/۰۳	۰/۱۶	۱	۲۲

جدول ۴-۹: جدول تحلیل کواریانس علائم افسردگی

درجه آزادی	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	علائم افسردگی پیش آزمون
۱	۰/۰۰۲	۱۳/۲۵	۲۲۸/۱۲	۲۲۸/۱۲	گروه
۱	۰/۰۰۱	۲/۹۱	۵۰/۱۹	۵۰/۱۹	خطا
۲۱			۱۷/۲۱	۳۶۱/۵۴	مجموع
۲۴				۱۸۰۰۶/۰۰	

متغیر وابسته: علائم افسردگی پس آزمون

همانطور که در جدول ۴-۹ مشاهده می شود نمرات پیش آزمون و پس آزمون علائم افسردگی با توجه به سطح معناداری ($sig=0/001$) معنادار است و لذا می توان گفت بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون علائم افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد، بنابراین آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی زنان سالمند موثر است.

بحث و تفسیر، نتیجه گیری و مقایسه:

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند انجام گرفته است. نگاهی به یافته های آماری پژوهشی حاضر نشان می دهد که در استان گلستان که جامعه آماری این پژوهش است، نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند موثر است. برای فرضیه تحقیق همانطور که در همانطور که در جدول ۴-۹ مشاهده می شود نمرات پیش آزمون و پس آزمون علائم افسردگی با توجه به سطح معناداری ($sig=0/001$) معنادار است و لذا می توان گفت بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون علائم افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد، بنابراین آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی زنان سالمند موثر است. سلامت به معنی: « بی گزند شدن، بی عیب شدن، رهایی یافتن، نجات یافتن، امنیت، عافیت، تندرستی، خلاص از بیماری، آرامش صلح، سالم، تندرست بودن می باشد » (معین، ۱۳۷۵، ج ۵، ص ۷۷۸). نتایج این فرضیه با نتایج کریمی (۱۳۸۹) که در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند یزد که از مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل سالمندان زن ساکن آسایشگاه های استان یزد بود. از بین سه آسایشگاه سالمندان موجود در استان یزد، آسایشگاه، فاطمه الزهرا تفت به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اجرای فرم ۱۵ سوالی آزمون GDS بر ۳۰ نفر از سالمندان زن ساکن آسایشگاه ۱۶ نفر از کسانی که نمره ۸ یا بالاتر از این آزمون گرفته بودند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و گروه کنترل (۸ نفر) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش ۶ جلسه گروه درمانی مرور زندگی در طول ۶ هفته بر اساس طرح درمانی پژوهش اجرا شد. یک هفته پس از اتمام جلسات درمانی، پس آزمون افسردگی GDS-15 برای هر دو گروه اجرا شد و نتایج با

آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل کوواریانس نتایج پیش آزمون و پس آزمون افسردگی، (GDS-15) بیانگر تفاوت معنی دار در اندازه شدت افسردگی گروه ها بود. روش درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند موثر است. این درمان در مقایسه با درمانهای سنتی، نتیجه بهتری می دهد و انجام این درمان در مراکز سالمندی توصیه می شود. همخوانی دارد. پس می توان نتیجه گرفت که در استان گلستان، اثر بخشی آموزش غلبه بر درماندگی بر علائم افسردگی در زنان سالمند تاثیر بسزایی داشته است.

سلامت شامل سلامت جسمی و روانی می باشد در سلامت روانی بنا به عقیده آلفرد آدلر^۱ فرد برخوردار از سلامت روان شناختی توان با جرات عمل کردن را برای رسیدن به اهدافش دارد چنین فردی روابط سازنده ای با دیگران دارد. به اعتقاد او فرد سالم مطمئن و خوش بین است. عملکرد او مبتنی بر نیرنگ نیست فرد سالم ضمن پذیرش مشکلاتش در حد توان به رفع آنها اقدام می کند خلاصه اینکه سلامت روان یعنی داشتن اهداف شخصی در زندگی، روابط خانوادگی مطلوب، کنترل عواطف و احساسات و پذیرش اشتباه و کوشش برای حل آنها. به نظر کارل راجرز^۲ نیز شخص سالم انسانی است بسیار کارآمد که از تمام توانایی هایش بهره می گیرد و به طور خلاصه انسان بر خوردار از سلامت روان شناختی دارای این خصوصیات است:

۱ - آمادگی کسب تجربه ۲ - زندگی هستی دار ۳ - اعتماد به ارگانیزم خود ۴ - احساس آزادی ۵ - خلاقیت و آفرینشگری انسان غیر سالم فردیست که مبتلا به اختلال روانشناختی باشد و ویژگی های فوق را نداشته باشد. عقاید مربوط به کنترل همیشه نقش عمده در روانشناسی دارد این مسئله که بر اساس واقعیت عینی عامل رویداد کجاست اهمیت کمتری از ادراک فرد از جایگاه این عامل کنترل دارد. بنابراین شاخص کنترل شخصی بیانگر این است که آیا شما خود را کنترل کننده میدانید یا در کنترل عوامل خارجی همانند بخت، شانس یا افراد قدرتمند هستید. داشتن این احساس که شما را عوامل خارج از خودتان کنترل میکنند به آسانی منجر به احساس درماندگی و یاس میشود. از جمله مفاهیمی که در زمینه رفتار نابهنجار یا در زمینه آسیب شناسی روانی مطرح میباشد مفهومی است که درماندگی یا استیصال نامیده میشود. احساس درماندگی زمانی به وجود می آید که دیگران حرفهای شما را درست متوجه نشوند، مورد بی اعتنائی قرار بگیرید یا نتوانید به اهداف و خواسته های مورد نظر خود دست پیدا کنید. در اغلب موارد علت ایجاد احساس درماندگی این است که به درستی اهداف و خواسته های خود را نمیشناسیم و به همین دلیل داریم تقلا میکنیم و کارها و مسائل مختلف را میسنجیم و در نهایت پی میبریم که هنوز هم احساس رضایت خاطر نداریم. در یک موقعیت غیر قابل کنترل افرادی که فعالیت شناختی شدید اما ناموفق را به کار میگیرند، آنها اطلاعات مناسب را جستجو میکنند، به حافظه میسپارند و به تجزیه و تحلیل آن میپردازند، همچنین آنها فرضیه ها را به منظور ابهام زدایی از موقعیت، مورد آزمون قرار میدهند، اما به واسطه غیر قابل کنترل بودن رویدادها تلاش های شناختی آنها به اهداف مورد نظر، که همان راه حل های مستدل است، منتج نمیشود. پس از یک تجربه طولانی مدت از این وضعیت، افراد به حالت ناپایدار خستگی دچار میشوند، قرار گرفتن در معرض مسائل غیر قابل حل ممکن است شخص را به فعالیت های شناختی متمرکز بر حالت های عاطفی منفی سوق دهد. درماندگی به طور معنا داری عملکرد شناختی را کاهش میدهد و فعالیت ساختارهای مرتبط با افسردگی را فعال میکند. به طور کلی، خستگی شناختی درباره درماندگی به این موضوع اشاره دارد که مواجهه با رویدادهای غیر قابل کنترل مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه را در پی دارد سلیگمن (۱۹۷۵)^۶ ادعا کرد، تجربیاتی که افراد در مورد وقایع غیر قابل کنترل دارند میتوانند به درماندگی آموخته شده و آن نیز منجر به نقلیص عاطفی (غمگینی، اضطراب و افسردگی) شود.

کومر و کارانت^۷ (۱۹۹۱) در مطالعاتشان اثر درماندگی را بر بازایی حافظه ناخوشایند در موشها مورد بررسی قرار دادند

و دریافتند که شرایط درماندگی در موشها، به لحاظ کیفی شبیه یافته‌هایی است که در خلق افسرده انسان‌ها مشاهده می‌شود. درماندگی یکی از جنبه‌های اساسی توضیحات شناختی- رفتاری برای ایجاد و تداوم افسردگی بوده و عموماً با افزایش دسترسی به خاطرات و حافظه‌های منفی و کاهش دستیابی به خاطرات مثبت مرتبط است. برای بیشتر مردم مفاهیم اختلال روانی خیلی گنگ بوده و تصورات آنها در این خصوص تحریف شده و رنگی از ترس و پیشداوری به خود گرفته است. اختلال روانی یک بیماری با تظاهرات روانشناختی یا رفتاری همراه با ناراحتی قابل ملاحظه و اختلال کارکرد ناشی از یک آشفتگی زیست شناختی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. ارزیابی آن بر حسب انحراف از یک مفهوم هنجاری صورت می‌گیرد. یکی از اختلالات مهمی که در طبقه بندی اختلالات روانی می‌گنجد اختلالات افسردگی می‌باشد. افسردگی مسئله شماره یک سلامتی در دنیاست. به قدری توسعه پیدا کرده است که آن را سرما خوردگی اختلالات دفاعی نامیده‌اند. امروزه افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است. در ایران افسردگی، ۳۵ الی ۴۵ درصد از بیماربهای روانی را به خود اختصاص می‌دهد که متأسفانه این رقم روز به روز سیر صعودی می‌یابد. در سال ۲۰۰۰ افسردگی چهارمین رتبه را از نظر بار بیماریها به خود اختصاص داده است و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به رتبه ۳ و در سال ۲۰۳۰ به رتبه اول در تمامی سنین و دو جنس در کشورهای با درآمد بالا صعود کند. افسردگی هنگامی که به یک حالت روحی نسبت داده شود تمامی معانی عامیانه‌ای را که گفته شده در خود دارد و نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، از دست رفتگی، درماندگی، ناامیدی و بی فایده بودن است و بی علاقتی و بدبینی به همراه آن می‌آید. اصطلاحات عامیانه نظیر " پکر بودن"، " دماغ بودن"، " سرخورده بودن و غیره برای بیان افسردگی به کار می‌رود. حالت افسردگی اغلب با احساس از دست دادن چیزی به وجود می‌آید. ولی بسیاری از اوقات هم ظاهراً ناگهان ایجاد می‌شود. برخی از مردم بیشتر استعداد بروز چنین حالات ناگهانی را دارند و افراد دوره‌ای^۲ نامیده می‌شوند. افسردگی می‌تواند به تنهایی پدید آید ولی اغلب همراه با احساس تشویش و درماندگی است. حالت افسردگی می‌تواند در افراد مستعد ایجاد نگرانی کند. در برخی دیگر افسردگی در پیوستگی با نگرانی به وجود می‌آید و یا توسط آن آغاز می‌شود. جمعیت دنیا به سرعت در حال پیر شدن است و در حال حاضر نزدیک به ۶۰ میلیون نفر در جهان را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. پیش بینی می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به یک میلیارد نفر برسد. در ایران نیز طبق آمار سال ۱۳۸۵ سالمندان، ۷/۲۶ درصد از کل جمعیت بوده و تا سال ۱۴۰۰ به میزان بیش از ۱۰٪ خواهد رسید. به دلیل بهبود شرایط بهداشتی متوسط طول عمر افراد بالا رفته و برای اولین بار در تاریخ ۲۰۵۰ جمعیت زیر ۱۵ سال برابر جمعیت بالای ۶۰ سال خواهد شد. سالمندی را معمولاً سن بالای ۶۵ سال برمی‌شمارند. این افزایش جمعیت سالمندی می‌تواند چالشی برای کشورها و دولت‌ها باشد بنابراین ارزیابی و تدوین برنامه‌های مراقبتی جامع متناسب با نیازهای سالمندان می‌تواند در ارتقاء سلامت آنها مفید باشد. سالمندان به سبب فرایند سالمندی، مشکلات متعددی مانند بروز بیماریهای مزمن، اختلالات روانشناختی مانند موارد خفیف تا شدید زوال عقل و افسردگی، نیاز به بستری شدن مکرر، کاهش امید به زندگی، مجموعه‌ای از فقدانها شامل از دست دادن همسر و شریک زندگی، تنزل وضعیت اقتصادی، کاهش سلامت فیزیکی و به طور کلی از دست دادن استقلال و وابستگی فردی را تجربه می‌کنند. روند افزایش جمعیت سالمندان، صنعتی شدن و کمرنگ شدن توجه به این گروه می‌تواند در ایجاد یا تسریع اختلالات روانشناختی تاثیر گذار باشد. سالمندی با تغییر پایگاه اجتماعی، کاهش روابط اجتماعی، افزایش اوقات بیکاری، کاهش درآمد و مشکلات بهداشتی و درمانی همراه است که می‌تواند در بهداشت روان سالمندان اختلال ایجاد کند. یکی از این اختلال‌ها افسردگی است. افسردگی یکی از مشکلات شایع بهداشتی روانی سالمندان، می‌باشد که با علائم واضح شیوع متفاوتی را در نقاط مختلف جهان نشان می‌دهد و می‌تواند به صورتهای خفیف، اختلال دو قطبی و اختلال دیستایمیک

دیده شود. علت افسردگی در افراد مسن همانند افراد جوان تر، علل زیستی اجتماعی میباشد. بیماریها و اختلالات جسمی، مصرف برخی از داروها از عوامل موثر در بروز افسردگی محسوب میشوند. (۳) افسردگی یکی از شایعترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است. (۴) که نزدیک به ۲۴ درصد خودکشی های موفق را شامل میشود و اکثر سالمندانی که قربانی خودکشی میشوند در اولین حمله افسردگی خود مبادرت به چنین عملی داشته اند (۵) فراوانی علائم افسردگی بالینی بارز در بین سالمندان غیر بستری ۱۵-۸ درصد و در بین سالمندان بستری حدود ۳۰ درصد است. با توجه به اعلامیه سازمان جهانی بهداشت امروزه در عرصه جهانی انقلابی در سطح جمعیت شناسی در شرف وقوع است، چرا که حدود ۶۰۰ میلیون افراد سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سطح جهان وجود دارد که این رقم در سال ۲۰۲۵ دو برابر و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزوده خواهد شد و کشور ما ایران نیز از این پدیده مستثنی نیست. افسردگی بازتابی عاطفی است که برخی افراد در سالمندی تجربه میکنند. حدود ۱۲ تا ۱۶ درصد سالمندان دچار افسردگی میشوند، ضمن آن که ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها نیز گاهی علائم افسردگی را نشان میدهند. به طور کلی این میزان در خانه های سالمندان بیشتر است و حدود ۳۵ درصد برآورد میشود. اکثر سالمندان دوستان نزدیک یا همسران خود را از دست داده اند، یعنی دستخوش تجربه داغدیدگی، سوگ و اندوه شده اند. آمار نشان میدهد در آمریکا تعداد زنان سالمندی که همسران خود را از دست داده اند حدود ۶ برابر مردان است زیرا میانگین طول عمر زنان حدود ۸-۶ سال بیشتر است. همچنین بررسی ها نشان میدهد زنان سالمند بعد از مرگ همسر به ندرت ازدواج میکنند اما این امر در مورد مردان صادق نیست ساکنان خانه های سالمندان بیشتر در معرض افسردگی هستند. در این مکان ها افسردگی میتواند به طور قطعی مقطعی به علت بیماری های مزمن و مشاهده ناتوانی افراد دیگر و همینطور بالا بودن میزان مرگ و میر به وجود آید. علاوه بر این ویژگی های سازمانی آسایشگاه هم عامل موثری است. وابستگی آموخته شده به علت پذیرایی طولانی مدت از سالمند هم میتواند باعث بقای افسردگی شود. در فرهنگ ما با توجه به اهمیت خانواده و تعلقات خانوادگی موجود و تأکیدی که اسلام بر احترام به سالمندان دارد، سالمندان انتظار دارند همان طور که فرزندان خود را حمایت کرده اند فرزندان آن ها نیز در سالمندی از آنها مراقبت کنند ولی وقتی در آسایشگاه مقیم میشوند انتظار آنها برآورده نشده و در مواقعی دچار افسردگی میشوند. ساکنان خانه های سالمندان در غیاب روابط گرم با اعضای خانواده مستعد افسردگی و بی معنایی در زندگی هستند. غالباً زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا در زندگی همراه است که میتواند منبع افسردگی این قشر باشد. بدون شک ما در جامعه ای زندگی می کنیم که فشارهای روانی بر تمام زندگی ما اثر گذاشته و اجتناب از آنها امکان ناپذیر است. و این فشارهای روانی در هر سنی مشکلات عدیده ای از جمله شخصیتی، و اجتماعی بوجود می آورد. با توجه به مطالب مذکور به نظر میرسد که ارزیابی سالمندان از نظر افسردگی جزء ضروریات طب سالمندی است.

محدودیت های پژوهشی :

انجام هر پژوهشی، امکانات و شرایط مناسب را می طلبد که کمبود آن امکانات مشکلاتی بر سر راه پژوهشگر ایجاد می نماید و حتی تأثیر منفی بر نتیجه و باز دهی پژوهشگر می گذارد. به طور مختصر عمده ترین محدودیتهای این پژوهش به شرح زیر است :

۱. زیاد بودن تعداد سوالات آزمونها که باعث طولانی شدن زمان آزمون و در نتیجه افت دقت و حوصله آزمودنی ها می گردید و غیر قابل کنترل بودن متغیرها و دخالت عوامل دیگر.
۲. یکی از محدودیت های اصلی این پژوهش نبود منابع کافی و در دسترس، به خصوص در زمینه ی پژوهش های خارج از کشور در مورد آموزش غلبه بر درماندگی بود.

پیشنهادات تحقیق:

۱. آموزش، کارورزی، بازآموزی، مشاوران و درمانگران بالینی در استفاده از رویکرد آموزش غلبه بر درماندگی
۲. پیشنهاد می شود رسان های گروهی و مدارس به خانواده ها و افراد جامعه اطلاعات بیشتری و مفیدی در مورد برخورد صحیح با آموزش غلبه بر درماندگی و کاهش افسردگی سالمندان تدوین نمایند.
۳. در سیاست های کلی بهداشت و درمان کشور درمان های ترکیبی و روان درمانی به غیر از درمان های دارویی و فیزیولوژیکی برای سالمندان و خانواده درمانی، گروه درمانی، برای کنترل محیط و کاهش دوره های خلقی برای سالمندان در نظر گرفته شود.
۴. با توجه به جدید بودن بحث در شناخت آموزش غلبه بر درماندگی و اینکه تا به حال پژوهش های چندانی در این زمینه انجام نشده، توصیه می شود این افراد از جنبه های روانشناختی و اجتماعی هم بررسی شوند.
۵. پیشنهاد می شود این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. این پژوهش تنها بر سالمندان در استان گلستان صورت گرفته در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرها جانب احتیاط را رعایت نمود. تحقیق حاضر فقط در مورد سالمندان در استان گلستان اجرا شده پیشنهاد می گردد در مورد اسکیزوفرنی نیز به کار برده شود. و باعث ارتقا مهارت های ارتباطی و اجتماعی و سازگاری این بیماران گردید.

پیشنهادات کاربردی

۱. جمعیت سالمندان رو به افزایش است. بحث پیرامون سالمندی و راه های کاهش مسائل و مشکلاتی که این دوره با آن مواجهه است یکی از بحث های متداول در جوامع امروزی می باشد. و توجه کردن به مسائل روحی و روانی سالمندان می تواند منجر به ارتقای سطح کیفیت زندگی سالمندان شود.
۲. بررسی های ناشی از نتایج تحقیق نشان می دهد که جمعیت سالمندان به علت ارتقای بهداشت رو به افزایش است. این در حالی است که این گروه همچنان دچار مشکلات بهداشتی- درمانی و روانی زیادی هستند که می تواند سلامت روان آنها را به خطر بیندازد. در نتیجه ایجاد محیط های شاد برای سالمندان می تواند شرایط لازم را برای حس خوب زندگی کردن و امیدواری و در نهایت باعث پیشرفت کیفیت زندگی و کاهش افسردگی آنان شود.

فهرست منابع:

- ارجمند، فرشته، (۱۳۸۳) «بررسی رابطه بین اضطراب و استرس با رضایت شغلی دبیران زن شهرستان خواف»، درجه کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تربت حیدریه،
- اردبیلی، یوسف، (۱۳۸۳). مشاوره بازنشستگی، تهران، کویر.
- اردبیلی، یوسف، (۱۳۸۳). مشاوره و بازنشستگی، تهران، کویر.
- بناکار بختیار، مجیدی فهیمه، نیکویی فرهود (۱۳۸۹)؛ بررسی میزان افسردگی ۶۰-۷۹ سال بستری در بیمارستان
- بهرامی، غلامرضا؛ معنوی، عدالدین، (۱۳۹۰) فرهنگ لغات و اصطلاحات چهارزبانه روان پزشکی، چاپ و انتشارات دانشگاه تهران،
- تائبی محبوبه، عباس زاده فاطمه، سادات زهره، خیاطیان ناهید، (۱۳۹۴) وضعیت افسردگی و عوامل فردی- اجتماعی مرتبط با آن در سالهای پس از یائسگی. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ماه ۱۳۸۶، ۵۱
- دبلیو سانتراک، جان، «زمینه روانشناسی سانتراک»، ترجمه فیروز بخت، مهرداد، جلد دوم، چاپ اول، نشر رسا،

تهران، ۱۳۸۳

- غلی شریعتی فسا، خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان. دانشکده مامایی و پرستاری، آبان ماه ۱۳۸۶؛ ۳۱
- رئیسی فرقانی، شهلا، «مشکلات رفتاری در کودکان ونوجوانان»، انتشارات تربیت، ۱۳۸۰
- شاملو، سعید، «آسیب شناسی روانی»، چاپ هشتم، انتشارات رشد، تهران، ۱۳۸۳.
- صادق مقدم، لیلا (۱۳۸۱). بررسی تاثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی سالمندان. مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: شهر
- کاپلان، هاروارد؛ سادوک، بنیامین، «واژه نامه جامع روانپزشکی و روانشناسی»، ترجمه دهگانپور، محمد؛ بیگی، خشایار؛ فیروزبخت، مهرداد؛ چاپ پنجم، انتشارات بدر، ۱۳۸۰.
- معین، محمد، «قرهنگ لغت»، جلد اول، چاپ دهم، انتشارات سپهر، تهران، ۱۳۷۵.
- میرنسب، م و قره آغاجی، س (۱۳۹۴) " نقش واسطه ای جهت گیری هدف و درماندگی آموخته شده در رابطه بین نظریه های ضمنی هوش و پیشرفت تحصیلی ۱ (۱) ، ۱-۱۳
- A., Schuh, K. J., Trzepacz, P. T., & Kelsey, D. K. (2014). Validation of the adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS). *Journal of Attention Disorders*, 14 (1), 57-68.
- Azizi M, Momeni KH, The effectiveness of cognitive therapy on decreasing depression and anxiety in elderly women Krmanshah.mjlh clinical research *Paramedical Sciences*, 2014, 3 (3):
- Barkhori H, Refahi J, Farahbakhsh K. The effect of positive thinking skills into a team approach on achievement motivation, self-esteem and happiness of the first grade students. *Journal of New Approaches in Educational Administration* 2010; 3: 31-36.
- Batler, N. A. (2009). *The disorganized mind*. New York: ST. Martin's Press.
- Biswas-Diener, R., & Dean, B. (2007). *Positive Psychology Coaching, Putting the Science of Happiness to Work for Your Clients*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Campbell, A, etal. (1976). "The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction". New York, Russell. Saye foundation
- Diener E, Lucas RR, Oishi S. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology* 2005; 54: 403-425.
- Diener, E. (2002), Frequently Asked question (FAQ'S) about subjective well-being (Happiness and life satisfaction). A printer for report and new comers. <http://www.s.psych.uivc.edu/ediener/fag.html>
- Epstein NB. *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. New York; 2002.
- Easterlin, Angelescu. (2007). "Modern Economic Growth and Quality of Life: Cross Sectional Time Service Evidence" *Institute for the Study of Labor*.
- Farkuhar, M. (1993) "Definitions of Quality of Life a taxonomy". *Journal of Nursing*. 45
- Haghranjbar F, Ashktorab T, Dadgari A, examined the effectiveness of cognitive behavioral therapy on depression. *Scientific journal Medical Shahid Sodughi Yazd university*, 2010; 18 (4):299-306.
- Haloursen, T. J., Adler, L. A., Qiao, M., Saylor, K. E., Brown, T. E., Holdnack, J.

- Hepburn SR, Barnhofer T, Williams JMG. The future is bright? Effects of mood on perception of the future. *J Happiness Stud.* 2009;10(4):483-96.
- HSU YCH, Wang JJ. Physical, affective and behavioral effects of group reminiscence on depressed.
- Hobbs, Graham, (2000) "What is Social Capital? A Brief Literature Overview", Economic and Social Research Foundation.
- Hendy, F, McVittie, C. (2004) "Is quality of life a Health concept? Qualitative Health research, No.14: pp961-975
- institutionalized elders in Taiwan. (2009) *Nursing Research Journal*; 58(4): 294-299
- Kruglanski AW, Higgins ET. *Social Psychology: Handbook of Basic Principles.* Guilford Press; 2007.
- Kim, D. Kawachi, I. (2007) "U.S. State Level Social Capital and Health Related Quality of Life". *AER*, Vol 17, No: 4
- Kamp, I, K- and et al. (2003) "Urban Environmental Quality on Human Well-being: Towards a Conceptual Framework and Demarcation of Concepts; a Literature Study. 65 (1-2)
- Leana & Van Buren. (1998) "Organizational Social and Employment Practices" *Academy of Management Review*. Vol 24, NO: 3
- and Environment, 43 (7): pp 1205-1215
- Lyubomirsky S, Ross L. Hedonic consequences of social comparison: a contrast of happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(6):1141-57.
- Lyubomirsky S, Ross L. Hedonic consequences of social comparison: a contrast of happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(6):1141-57.
- Murrell SA, Salsman NL, Meeks S. Educational attainment, positive psychological mediators, and resources for health and vitality in older adults. *J Aging Health.* 2003;15(4):591-615.
- McCrean, S. Stimson, R. (2006) "What is the Strength of the Link Between Objective and Subjective Indicators of Urban Quality of Life?" *Applied Research in Quality of Life*. 1: pp 79-96.
- Moro, B and et al. (2008) "Ranking Quality of Life Using Subjective Well-being Data, *Economical Economics*, 65 (3): pp 448-460
- Nilsson. J and et al. (2006) "Social Capital and Quality of Life in the Oldage" *Journal of Aging and Health*, No, 3, pp 419-434
- Nygvist, F and et al. (2008) "The Effect of Social Capital on Health: Case Study of Two Language Groups in Finland" *Health and Place*. 14 (2). pp 347-36
- Pedram M, Mohamadi M, Naziri GH, Aini-parast N, effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety, depression and hope for women with breast cancer community. *Woman and community of women*, 2010; 1 (4, 4): 61-75
- Ramsy, J. R., & Rostain, A. L. (2016). *Cognitive - behavioral therapy for Adult ADHD.* New York, London: Routledge.
- Roger C, Allison JO, Pamela MS, David JA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 108-116.
- Saul S, Saul SR. The application of joy in group psychotherapy for the elderly. *Int J Group Psychother.* 1990;40(3):353-63.
- Sava, J. R. (2015). CBT for adult ADHD: Adaptations and hypothesized mechanisms of change. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 37-45.

- Seligman, J. R., & Rostain, A. L. (2005). CBT without medications for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25 (4), 277-288.
- Semonse, S. C., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesy, D., & Stevenson, R. J. (2008). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610-616.
- Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Aggression and Violent Behavior* 2005; 9:247-269.
- Susniene D, Jurkauskas A. (2009) The concepts of quality of life and happiness—correlation and differences. *Engineering Economics*; 63(4): 58-66.
- Tajmazinani, A. (2010) "In the Mainstream or at the Margins? Youth Inclusion and Exclusion in Iran", University of Glamorgan, U.K., PhD Thesis
- Young H. M., Cochrane B. B. (2005), Health aging for older women. *Nurs clin North Am*, 39 (1): 131-43.