

June-July 2020, Volume 8, Issue 2

## Investigation the Effect of Group Hope Therapy on Quality of Life in Elderly

Ghazaleh Jalali<sup>1</sup>, Zahra Tagharrobi<sup>2</sup>, Zahra Sooki<sup>3</sup>, \*Khadijeh Sharifi<sup>4</sup>

1- M.Sc. of geriatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

2- Assistant Professor, Trauma Nursing Research Centre, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

3- Assistant Professor, Trauma Nursing Research Centre, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

4- Assistant Professor, Trauma Nursing Research Centre, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran (**Corresponding Author**)

Email: sharifi81k@yahoo.com

Received: 8 Oct 2019

Accepted: 5 May 2020

### Abstract

**Introduction:** Given the decline in hope during period, one possible strategy for improving the quality of life in this period is hope therapy. Therefore, this study was designed to investigate the effect of group hope therapy on quality of life.

**Methods:** A clinical trial study was performed on 56 elderly patients. Samples were randomly divided into two groups; control and intervention. The experimental group received group hope therapy for 8 sessions of 90 minutes during 4 weeks. The control group received no intervention. Quality of life scores were measured at the beginning, end and 4 weeks after the end of the study. Data were collected using "LIPAD elderly quality of life" and "Brief Psychological Status Examination". Data were analyzed by SPSS16 software using Fisher's exact test, chi-square, independent t-test, Mann-Whitney test and repeated measures.

**Results:** At the beginning of the study, there was no significant difference between the mean score of quality of life in the experimental group and control group, but at the end of the intervention, between the experimental group (54.64±10.28) and the control group (38.96±12.72), and four weeks after the end of the intervention, the experimental group (52.75±8.95) and the control group (38.54±12.54) significant difference was observed (P<0.0001). The scores of all dimensions of quality of life (except social and sexual function) were significantly different in the two groups at the end and four weeks after the intervention

**Conclusions:** Health care providers, nurses and mental health professionals can use hope group therapy to increase the quality of life in the elderly.

**Keywords:** Hope Therapy, Elderly, Quality of Life.

## بررسی اثر امیدرمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان

غزاله جلالی<sup>۱</sup>، زهرا تقربی<sup>۲</sup>، زهرا سوکی<sup>۳</sup>، \*خدیجه شریفی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.  
 ۲- استادیار، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.  
 ۳- استادیار، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.  
 ۴- استادیار، مرکز تحقیقات ترومای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)  
 ایمیل: sharifi81k@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به کاهش امید در سالمندی یک راهکار احتمالی برای ارتقاء کیفیت زندگی در این دوره امید درمانی است. لذا این مطالعه با هدف "بررسی اثر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان" طراحی گردید.  
**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که در آن ۵۶ سالمند شرکت داشتند. نمونه‌ها به روش تصادفی سازی بلوکی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. گروه آزمون امید درمانی گروهی را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته دریافت کرد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. نمرات کیفیت زندگی در شروع، پایان و ۴ هفته پس از پایان مطالعه اندازه‌گیری شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های "کیفیت زندگی سالمندان لیپاد" و "معاینه مختصر وضعیت روانی" استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون‌های فیشر، مجذور کای، تی مستقل، من ویتنی یو و اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی در شروع مطالعه در گروه‌های آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار نداشت اما در پایان مداخله گروه آزمون (۱۰،۲۸±۵۴،۶۴) و گروه کنترل (۱۲،۷۲±۳۸،۹۶) و چهار هفته پس از پایان مداخله گروه آزمون (۸،۹۵±۵۲،۷۵) و گروه کنترل (۱۲،۵۴±۳۸،۵۴) تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد ( $P < 0.000$ ) تفاوت بین نمرات دو گروه در پایان و چهار هفته پس از پایان مداخله در تمامی ابعاد کیفیت زندگی بجز دو بعد عملکرد اجتماعی و جنسی از نظر آماری معنی‌دار بود.

**نتیجه‌گیری:** مراقبین سلامت، پرستاران و کارشناسان سلامت روان می‌توانند از امید درمانی گروهی برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان استفاده نمایند.  
**کلیدواژه‌ها:** امید درمانی، سالمند، کیفیت زندگی.

### مقدمه

نگرش‌های اجتماعی منفی مواجه هستند. مسائل ذکر شده می‌تواند موجبات نامطلوب شدن کیفیت زندگی سالمندان را فراهم سازد [۷].

یافته‌های مطالعات رجاسی و همکاران (۲۰۱۶) در هند [۸]، سواریوا سوزوا (۲۰۱۶) در اسلواکی [۹]، جعفرزاده فخاری و همکاران (۱۳۸۹) در سبزوار [۱۰]، زحمتکشان و همکاران (۱۳۹۱) در بوشهر [۱۱] و درویش پور کاخکی و عابد سعیدی (۱۳۹۲) در تهران [۱۲] حاکی از نامطلوب بودن کیفیت زندگی سالمندان است. کیفیت زندگی نامطلوب پیامدهای بسیار مانند افزایش ابتلاء به بیماری‌های مزمن جسمانی و روانی [۱۳]، کاهش ارتباطات اجتماعی، احساس تنهایی و انزوا [۱۴]، کاهش استقلال فردی [۱۵]، ناتوانی‌های جسمانی و روانی

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، پویا و ذهنی است [۱]. ابعاد کیفیت زندگی مشتمل بر: فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی می‌باشد [۲]. در قرن حاضر کیفیت زندگی یکی از مسائل اصلی و عمده مطرح در حوزه سلامت می‌باشد [۳] بویژه در جمعیت سالمندان زیرا این رده سنی با مسائل متعددی از جمله کاهش توان جسمانی و عملکردی [۴]، افزایش ناتوانی، افزایش شانس ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی و روانی بخصوص افسردگی، خستگی و اختلال خواب [۵]، افزایش درد، مواجهه با بحران از دست دادن همسر و دوستان، تنهایی در محیط خانه [۶]، بازنشستگی و کاهش درآمد، تغییرات ظاهری، کاهش امنیت اجتماعی و

گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در شهر کاشان در سال ۱۳۹۷، طراحی و اجرا گردید.

### روش کار

مطالعه حاضر به طریقه کارآزمایی بالینی در فاصله شهریور تا آذر ماه ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری را سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کاشان تشکیل داد. تعداد نمونه‌ها بر اساس مطالعات انجام شده با انحراف معیار ۱۰،۴، توان ۹۰٪، درصد اطمینان ۹۵٪ و  $d=10$  با استفاده از فرمول زیر حجم نمونه در هر گروه ۲۳ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰٪ در هر گروه ۲۸ نفر در نظر گرفته شد [۳۹، ۴۰].

$$n = \frac{2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

معیارهای ورود مشتمل بود؛ رضایت برای شرکت در مطالعه، سن ۶۰ سال و بالاتر، عدم ابتلاء به بیماری روانی شناخته شده، عدم ابتلاء به عقب ماندگی ذهنی شناخته شده، عدم ابتلاء به اختلال شناختی (کسب امتیاز بالای ۲۰ از ابزار MMSE)، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی، تابعیت ایرانی، کسب نمره کمتر از ۷۰ (در مقیاس ۰-۹۳) از ابزار کیفیت زندگی لیپاد. معیارهای خروج عبارت بود از؛ انصراف از ادامه همکاری در طول مطالعه، بروز اختلال شناختی در طول مطالعه، ناتوانی جهت شرکت در جلسات، غیبت حداکثر ۳ جلسه، عدم دسترسی به نمونه‌ها در مراحل پیگیری وضعیت کیفیت زندگی، ابتلاء به بیماری حاد جدی جسمانی یا روانی، در طول مطالعه مرگ و بستری شدن در طول مطالعه. پس از اخذ مجوز انجام پژوهش از شورای پژوهشی (شماره ۹۷۰۶، شماره ثبت ۱۳۹۱/۵/۲۹/ب)، کمیته اخلاق (1397.003 IR.KAUMS. NUHEPM.REC) دانشگاه علوم پزشکی کاشان و ثبت مطالعه در سایت کارآزمایی بالینی (IRCT 2018051703967 N 1)، نمونه گیری بصورت مستمر در دو مرکز جامع سلامت شهری (مسلم بن عقیل و صادق پور) انجام شد. از افراد واجد شرایط به ترتیب ورود پس از ارائه توضیحاتی درخصوص هدف از انجام پژوهش، روش کار، محرمانه ماندن اطلاعات و امکان خروج از مطالعه در هر مرحله، در صورت اعلام رضایت، رضایتنامه کتبی اخذ شد و در صورت کسب نمرات کمتر از ۷۰ از ابزار کیفیت زندگی و بالاتر از ۲۰ از ابزار وضعیت شناختی به عنوان واحد پژوهش انتخاب می شدند.

متعدد [۱۶]، افزایش احتمال اسکان در مراکز سالمندی [۱۷] و تحمیل هزینه زیاد به فرد خانواده و جامعه [۱۸] بدنیاال دارد، لذا تلاش در جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و شناسایی راهکارهای مناسب در این زمینه توسط کادر درمان بسیار لازم و ضروری می باشد.

یکی از راهکارهایی که به نظر می رسد بتواند موثر واقع شود امید درمانی است. امیددرمانی مبتنی بر رویکرد روانشناسی مثبت گرا است [۱۹]. برخی مطالعات تاثیر این شیوه درمانی را در پیشگیری و تعدیل اضطراب، افسردگی و استرس [۲۰]، افزایش احساس امیدواری و اعتماد به نفس [۲۱]، افزایش خوش بینی [۲۲]، افزایش شادکامی [۲۳]، توانایی مقابله با استرس های اجتماعی [۲۴]، احساس هدفمندی و هدف گذاری در زندگی [۲۳] مورد تاکید قرار داده اند.

امید درمانی به دو شکل فردی و گروهی قابل انجام است [۲۵]. فرم گروهی از طریق تخلیه احساسات، تقلید رفتار، امید دادن و امید گرفتن و مبادله اطلاعات با دیگران می تواند تاثیر گذارتر باشد [۲۶].

مطالعات انجام شده در سطح ملی و بین المللی در زمینه تاثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی، عمدتاً بر روی گروه های بیمار می باشد [۲۴، ۲۷-۳۱] که نتایج آنها در برخی موارد بیانگر اثر معنی دار امید درمانی بر کیفیت زندگی کلی یا حداقل بر برخی از ابعاد آن نمی باشد [۲۷، ۳۲-۳۵]. در پژوهش های انجام شده داخل کشور در این حیطه نیز بندرت کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم مستقل لحاظ گردیده است. در اغلب این مطالعات، برخی از مولفه های کیفیت زندگی آن هم عمدتاً در سالمندان مقیم سرای سالمندان که ویژگی هایی متفاوت از سالمندان ساکن جامعه دارند، مدنظر قرار گرفته است. یافته های مطالعات شریفی و همکاران (۱۳۹۳) تاثیر امیددرمانی گروهی را بر رضایت از زندگی و سرزندگی [۳۶] جمال زاده و گلزاری (۱۳۹۳) و پروانه و همکاران (۱۳۹۴) بر شادکامی و رضایت زندگی و قاضی و همکاران (۱۳۹۵) بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان نشان داده است [۲۵، ۳۷، ۳۸].

با توجه به چندان مطلوب نبودن کیفیت زندگی در دوره سالمندی و پیامدهای آن، تعداد کثیر و روزافزون جمعیت سالمند، سهل، بی ضرر و کم هزینه بودن و اندک بودن شمار پژوهش های مرتبط انجام شده در سالمندان ساکن منازل، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر امید درمانی

غزاله جلالی و همکاران

مورد فعالیت ها و تکالیف جلسه گذشته بحث شد حدود ۲۰ دقیقه مهارت‌های مربوط به امید آموزش داده شد، حدود ۴۰ دقیقه در مورد شیوه‌های به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره بحث شد. در ۱۰ دقیقه پایانی هر جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه گردید [۳۸]. در مورد نحوه پیگیری (بعد از یک ماه) در جلسه هشتم توضیحات لازم داده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد از طریق مصاحبه و با پرسش از سالمندان توسط نویسنده نفر اول در ابتدای جلسه اول، انتهای آخرین جلسه مداخله و ۴ هفته بعد از پایان جلسات در گروه مداخله و همزمان با آنها در گروه کنترل تکمیل شد. همچنین بررسی وضعیت شناختی با استفاده از ابزار MMSE علاوه بر شروع مطالعه، در ابتدای سایر مراحل نیز صورت گرفت.

نمونه‌ها به صورت تصادفی سازی بلوکی به دو گروه تقسیم شدند. بلوک‌ها به ۲ دسته بر اساس لیست گرفته شده از سایت مذکور (یک دوم ابتدایی و انتهایی لیست) تقسیم و به صورت تصادفی، هر دسته از بلوک‌ها از یک مرکز انتخاب شد. پس از شناسایی اعضای گروه‌ها از طریق تخصیص تصادفی، گروه کنترل به مدت ۴ هفته خدمات روتین مرکز را دریافت نمود. برای افراد گروه مداخله در قالب دو گروه مجزا در مراکز مورد نظر مداخله امیددرمانی گروهی اجرا شد. گروه مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه با فاصله حداقل دو روز) توسط نویسنده نفر اول (دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی آموزش دیده در زمینه امیددرمانی) برنامه امیددرمانی را که بر اساس پروتکل اشنایدر (۱۹۹۹) طراحی شده بود [۴۱] دریافت نمودند (جدول ۱). در هر جلسه حدود ۲۰ دقیقه در

جدول ۱: رئوس مطالب در جلسات امیددرمانی بر اساس پروتکل اشنایدر

جلسه اول	پرسشنامه‌های امید اجرا شد و سپس ساختار جلسات، اهداف برنامه آموزشی بر اساس نظریه امید معرفی شد.
جلسه دوم	به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر ناامیدی و افسردگی و احساس پوچی پرداخته شد.
جلسه سوم	هریک از مراجعان داستان زندگی خود را تعریف کردند. هدف از این جلسه این بود که به اعضا در یافتن امید کمک شود.
جلسه چهارم	به تبیین این داستانها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد داستانها پرداخته شد، ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید و موفقیت‌های گذشته اعضا به منظور عامل و گذرگاه‌های این موفقیتها شناسایی شود.
جلسه پنجم	مطرح کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات مشخص شد.
جلسه ششم	افراد به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب ترغیب شدند و هدف در این جلسه و دو جلسه قبل امید افزایشی در اعضا بود و کمک شد تا اعضا پس از پایان یافتن امید به افزایش آن بپردازند.
جلسه هفتم	ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح شد و از افراد خواسته شد برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسب انتخاب کنند و به آنها آموزش داده شد که گذرگاه‌ها را به مجموعه‌های از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین تعیین کنند. در این جلسه هدف حفظ و بقای امید در اعضای گروه بود.

راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به خودگوییهای مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند و در نهایت به آنها یاد داده شد که خودشان یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند؛ به طوریکه خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین کنند و عامل لازم برای دستیابی به آن هدف را در خود ایجاد کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند. در پایان مداخله‌های انجام شده طی جلسات قبل را مرور کرده و اظهار نظر اعضای در مورد جلسات و رسیدن آنها به اهدافشان بررسی شد. هدف در این جلسه تعیین میزان مداخله‌های امیددرمانی و بررسی میزان پایداری امید در اعضای گروه بود.

کم سواد توصیه کرده اند، در این مطالعه نمره ۲۰ نقطه برش در نظر گرفته شده بود [۴۳]. ابزار دیگر پرسشنامه داده‌های زمینه ای بود. این ابزار در برگیرنده ۱۶ متغیر شامل؛ سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، نحوه زندگی، وضعیت مالی، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان دختر، تعداد فرزندان پسر، برخورداری از حمایت‌های خانوادگی، اعتقادات مذهبی، داشتن بیماریهای جسمی شناخته شده، تحصیلات و شغل همسر و مصرف داروی بنزودیازپین بود. روایی محتوایی این ابزار توسط ۶ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی کاشان تأیید شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد نیز جهت سنجش

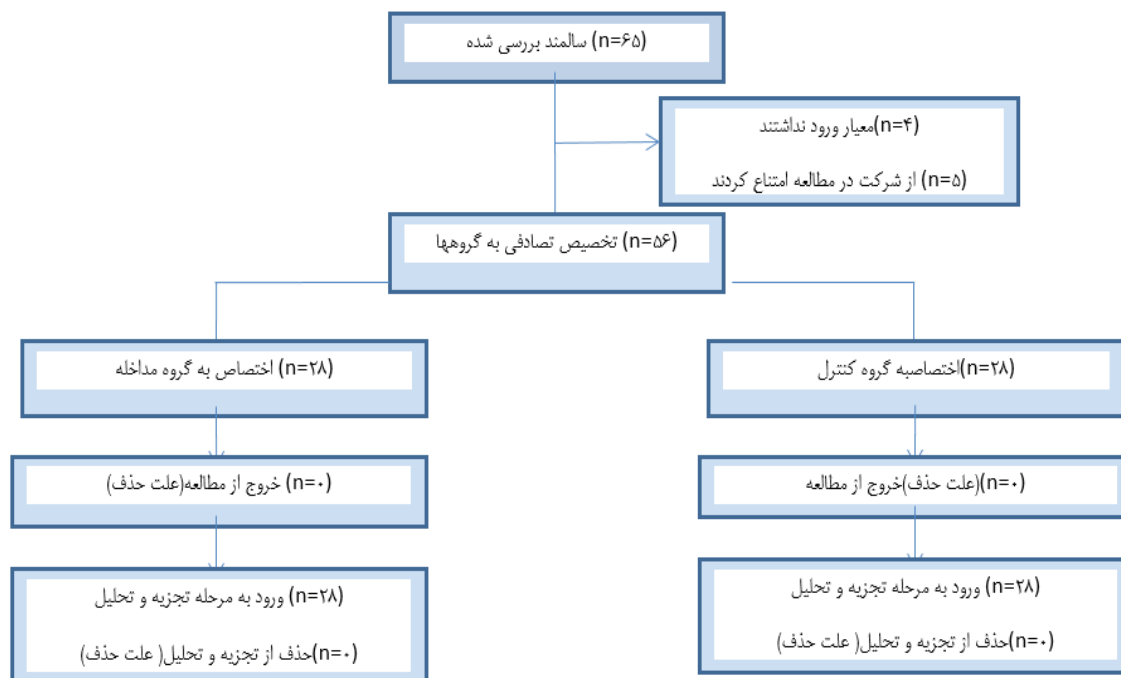
جهت گردآوری اطلاعات، در این مطالعه از سه ابزار استفاده شد. برای بررسی وضعیت شناختی با استفاده از پرسشنامه معاینه وضعیت شناختی (MMSE) انجام شد. این ابزار شامل سوالاتی در ارتباط با آگاهی به مکان و زمان، هوشیاری، توجه، توان محاسبه و حافظه است. نمرات کسب شده آن بین صفر تا ۳۰ می باشد [۴۲]. فروغان و همکاران (۱۳۹۵) روایی محتوایی این ابزار را تأیید و پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰,۷۸ گزارش کردند. در مطالعه مذکور نقطه برش ابزار MMSE 21، دارای حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۸۴٪ برآورد شده است اما با توجه به اینکه غالب مطالعات نمره ۲۰ را به عنوان نقطه برش مطلوب، خصوصاً در جمعیت

ویرایش ۱۶ انجام شد. جهت بررسی وضعیت متغیرهای دسته بندی شده در دو گروه از آزمون مجذور کای یا در صورت لزوم فیشر، جهت بررسی متغیرهای کمی بین دو گروه از تی تست مستقل و در صورت نرمال نبودن داده ها از معادل غیر پارامتریک آن من ویتنی یو استفاده شد. به منظور مقایسه کیفیت زندگی (کلی و هر یک از ابعاد) بین و درون گروه ها از آنالیز واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد. بررسی نرمال بودن داده های کمی با کولموگراف اسمیرنوف انجام شد. در رابطه با مقایسه بین و درون گروهی ابعاد عملکرد جسمی، عملکرد جنسی، اضطراب و افسردگی و همچنین عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی، چون نمره بعد مورد نظر حداقل در یکی از گروه ها در یکی از مقاطع زمانی مورد بررسی دارای توزیع نرمال نبود؛ ابتدا از روش تبدیل لگاریتمی استفاده و سپس آنالیز واریانس با اندازه های تکراری انجام شد. در کلیه موارد نیز سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ لحاظ گردید.

### یافته ها

در این مطالعه، از ۶۵ سالمند مورد بررسی ۴ نفر معیار ورود نداشتند و ۵ نفر از شرکت در مطالعه امتناع کردند. مطالعه نهایتاً با ۵۶ نفر واجد شرایط که به دو گروه مداخله (۲۸ نفر) و کنترل (۲۸ نفر) تقسیم شدند، انجام شد (نمودار ۱).

کیفیت زندگی به کار گرفته شد. این مقیاس توسط دی لئو و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است. مقیاس لیپاد دارای ۳۱ سوال می باشد و کیفیت زندگی سالمندان را در ۷ بعد؛ عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی بررسی می کند. این پرسشنامه بصورت لیکرت چهار گزینه ای طراحی شده است که از صفر (بدترین حالت) تا سه (بهترین حالت) امتیاز بندی شده است. حداقل امتیاز کسب شده از این مقیاس صفر و حداکثر ۹۳ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده سطح کیفیت زندگی بالاتر می باشد [۴۴]. حسام زاده و همکاران (۱۳۸۸) روایی محتوایی نسخه فارسی پرسشنامه لیپاد را بررسی و تایید کردند و پایایی آن را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۳ برآورد نمودند [۱۶]. توسط قاسمی و همکاران (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ ابعاد هفت گانه مقیاس لیپاد به ترتیب ۷ بعد مطرح شده: ۰,۸۷، ۰,۸۳۲، ۰,۸۴۱، ۰,۸۵۰، ۰,۸۱، ۰,۸۳ و در مجموع ۰,۸۳۱ گزارش شده است [۴۵]. در مطالعه فعلی نیز ضریب آلفای کل ابزار ۰,۹۲ محاسبه شد. همچنین این ضریب در رابطه با عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی به ترتیب: ۰,۷۴، ۰,۷۳، ۰,۹۳، ۰,۷۸، ۰,۶ و ۰,۱۳ برآورد گردید. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS



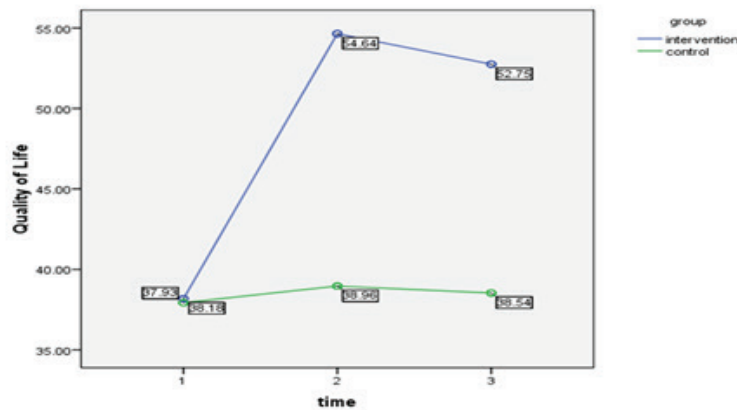
نمودار ۱: فرایند نمونه گیری

غزاله جلالی و همکاران

بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری از آن وجود نداشت (جدول ۲). اثر متقابل زمان و مداخله نظر متغیرهای زمینه‌ای و نمره کیفیت کلی زندگی و ابعاد معنادار گزارش شد ( $F = 47,30$  و  $P < 0,0001$ ). (نمودار ۲)

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	متغیر	مداخله (n=228)	کنترل (n=228)	نوع و نتیجه آزمون
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	زن	21 (75)	20 (71.4)	*P=0.763
	مرد	7 (25)	8 (28)	
تحصیلات	بیسواد	12 (42.9)	12 (42.9)	*P=0.901
	باسواد	16 (57.1)	16 (57.1)	
وضعیت تاهل	متاهل	22 (78.6)	20 (47.1)	*P=0.758
	غیرمتاهل	6 (21.4)	8 (28.6)	
شغل	بازنشسته	8 (28.6)	6 (21.4)	**P=0.841
	آزاد	2 (7.1)	3 (10.7)	
وضعیت مالی	ضعیف	6 (21.4)	6 (21.4)	*P=1
	متوسط به بالا	22 (78.6)	22 (78.6)	
نحوه زندگی	با همسر	22 (78.6)	20 (71.4)	**P=0.111
	با فرزند	2 (7.1)	7 (25)	
برخورداری از حمایت خانواده	تنها	4 (14.3)	1 (3.6)	***P=0.110
	هیچ	2 (7.1)	5 (17.9)	
	کم	2 (7.1)	3 (10.7)	
	متوسط	3 (10.7)	9 (32.1)	
ابتلاء به بیماری جسمانی شناخته شده	زیاد	3 (10.7)	2 (7.1)	***P=0.705
	خیلی زیاد	18 (64.3)	9 (32.1)	
	بله	25 (89.3)	23 (82.1)	
	خیر	3 (10.7)	5 (17.9)	
	متغیر	Mean ± SD	Mean ± SD	نوع و نتیجه آزمون
	سن (سال)	70.3 ± 67.5	69.7 ± 68	***P=0.786
	تعداد فرزندان	2.24 ± 4.44	2.93 ± 5.21	***P=0.281
	نمره کیفیت زندگی کلی در شروع مطالعه (در مقیاس 0-93)	10.41 ± 28.18	13.6 ± 37.93	***P=0.939
	نمره بعد خودمراقبتی (در مقیاس 0-18)	26.0 ± 8.11	38.2 ± 7.55	***P=0.515
	نمره بعد رضایت از زندگی (در مقیاس 0-18)	24.8 ± 6.64	39.4 ± 6.50	***P=0.872
	نمره بعد عملکرد ذهنی (در مقیاس 0-15)	18.6 ± 6.86	24.4 ± 7.57	***P=0.223
	نمره بعد عملکرد جسمی (در مقیاس 0-15)	19.1 ± 9.50	24.7 ± 9.25	***P=0.674
	نمره بعد اضطراب و افسردگی (در مقیاس 0-12)	3.45 ± 3.11	3.06 ± 2.82	****P=0.744
	نمره بعد عملکرد اجتماعی (در مقیاس 0-9)	1.57 ± 3.89	1.75 ± 3.96	***P=0.442
	نمره بعد عملکرد جنسی (0-6)	0.26 ± 0.71	0.76 ± 0.29	****P=0.646
	Chi-Square*	Chi-Square/Exact**	Fisher's Exact Test***	
	Mann-Whitney U****	Independent t-Test*****		



نمودار ۲: اثر متقابل زمان و امید درمانی گروهی بر وضعیت کیفیت زندگی

پس از پایان مداخله ( $P < 0.0001$ ) و بین پایان مداخله و ۴ هفته پس از آن ( $P = 0.018$ ) تفاوت معنادار وجود داشت. در گروه کنترل اثر زمان در طول مطالعه معنادار نبود ( $P < 0.411$  و  $F = 0.842$ ) (جدول ۳).

در آنالیز درون گروهی در گروه مداخله اثر زمان معنادار گزارش شد ( $F = 66.98$  و  $P < 0.0001$ ). در گروه مداخله بین نمره کیفیت زندگی کلی سالمندان در شروع مطالعه و پایان مداخله ( $P < 0.0001$ )؛ همچنین در شروع مطالعه و ۴ هفته

جدول ۳: نمره کیفیت زندگی کلی سالمندان مورد بررسی به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل در سه مقطع زمانی مورد نظر، کاشان، ۱۳۹۷

نوع و نتیجه آزمون	مداخله n = 28		کنترل n = 28		گروه نمره کیفیت زندگی کلی (در مقیاس ۰-۹۳)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
اثر متقابل زمان و گروه*					
مقایسه بین گروهی	Green-house-Geisser	Mauchly's test			
P = 0.939			10.41 ± 38.18	13.67 ± 37.93	در شروع مطالعه (T ۱)
p < 0.0001	F = 47.30 p < 0.0001	X <sup>2</sup> = 38.31 p < 0.0001	10.28 ± 54.64	12.72 ± 38.96	۴ هفته پس از شروع مطالعه (T ۲) (پایان مداخله در گروه مداخله)
p < 0.0001			8.95 ± 52.75	12.54 ± 38.54	۸ هفته پس از شروع مطالعه (T ۳) (۴ هفته پس از پایان مداخله در گروه مداخله)
			F = 66.98 p < 0.0001	F = 0.842 p = 0.411	نوع و نتیجه آزمون اثر زمان

اجتماعی ( $F = 1,30$  و  $P < 0,0271$ ) بدون معنا گزارش کرد. اما اثر زمان بر عملکرد اجتماعی معنادار بوده است ( $F = 278,66$  و  $P < 0,0001$ ).

### بحث

این مطالعه با هدف کلی "تعیین اثر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر کاشان در سال ۱۳۹۷" انجام شد. در شروع مطالعه تفاوت معنادار آماری بین نمرات میانگین کیفیت زندگی دو گروه کنترل و مداخله وجود نداشت. تفاوت بین نمره کیفیت زندگی (کلی) سالمندان در دو گروه

برای بررسی اثر متقابل زمان و مداخله بر ابعاد کیفیت زندگی (خود مراقبتی، رضایت از زندگی، عملکرد ذهنی، عملکرد جسمی، اضطراب و افسردگی، عملکرد اجتماعی و عملکرد جنسی) از آنالیز واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد. روش گرینهوس گیسر اثر متقابل زمان و مداخله را بر ابعاد خود مراقبتی ( $F = 16,82$  و  $P < 0,0001$ ) و مداخله را بر ابعاد خود مراقبتی ( $F = 25,84$  و  $P < 0,0001$ )، عملکرد ذهنی ( $F = 37,70$ ) و عملکرد جسمی ( $F = 34,58$  و  $P < 0,0001$ )، اضطراب و افسردگی ( $F = 15,43$  و  $P < 0,0001$ ) معنادار و بر ابعاد عملکرد جنسی ( $F = 2,28$  و  $P < 0,13$ ) و عملکرد

## غزاله جلالی و همکاران

یافته های پژوهش بیانگر تاثیر مداخله امیددرمانی بر عملکرد ذهنی سالمندان مورد بررسی بود. سلیمی و همکاران (۱۳۹۴) نیز در مطالعه ای بر روی سالمندان زنجان در یافتند تفکر مثبت به زندگی و امید به آینده، تفکر معنوی و مذهبی، ابراز احساسات بویژه هنگام رویارویی با استرس و ارتقا سلامت جسمانی باعث بهبود عملکرد ذهنی سالمندان می شود [۵۰]. تفکر امیدوارانه به سالمندان کمک می کند با برخورداری از توجه و تمرکز کافی [۵۱] بر مسائل و مشکلات تمرکز نمایند و برای رسیدن به اهداف، برنامه ریزی و اقدام کنند و عملکرد ذهنی را ارتقاء بخشند.

در ارتباط با بعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی نتایج نشان داد که مداخله امیددرمانی عملکرد جسمی سالمندان مورد بررسی را بهبود بخشیده است. مداخله امیددرمانی با ایجاد انگیزه و افزایش خود مراقبتی می تواند عملکرد جسمانی را ارتقاء بخشد و به سلامت جسمانی کمک نماید. همچنین امیدواری به عنوان یک نیروی درونی به سالمندان کمک می کند تا با بیماری خود مقابله نمایند. بطوریکه یافته های مطالعه بارتلی و همکاران (۲۰۱۹) در آمریکا تاثیر امید را بر کاهش درد بیماران نشان داد [۴۷]. نتایج پژوهش فرهادی و همکاران (۲۰۱۴) نیز اثر بخشی روان درمانی گروهی امیدمحور را در افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان نشان داد [۵۲]. در مطالعه ستوده اصل و همکاران (۱۳۸۹) که به مقایسه دو روش دارو درمانی و امیددرمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون پرداختند یافته ها نشان داد امیددرمانی بیش از درمان دارویی سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی می شود و اثرات درمان تا سه ماه پس از پایان مداخله همچنان برقرار بوده است [۲۹].

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله امیددرمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان مورد بررسی موثر می باشد. سناتوس و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که استراتژی روانشناسی مثبت نگر همانند افزایش هیجانات مثبت با توسعه نقاط قوت شخصی و معنا و تعامل زندگی به کاهش نشانگان افسردگی منجر می شود [۵۳]. لایوس و همکاران (۲۰۱۴) نیز گزارش کردند که روان درمانی مثبت نگر در کاهش نشانه های افسردگی و افزایش بهزیستی روانی موثر است [۵۴]. در مطالعه فرزادگان و همکاران (۲۰۱۶) نیز مشخص شد که امیددرمانی گروهی اثرات قابل توجهی بر کاهش میزان افسردگی زنان سالمندان دارد [۵۵].

مداخله و کنترل در پایان مداخله و ۴ هفته پس از پایان مداخله معنادار بود که بیانگر تاثیر امیددرمانی بر بهبود کیفیت کلی زندگی سالمندان می باشد. یافته های مطالعه معتمدی و همکاران (۱۳۹۶) بر روی زنان سالمند شهر تسوج نیز نشان داد، امیددرمانی گروهی موجب بهبود کیفیت زندگی می گردد [۴۶]. نتایج پژوهش قاضی و همکاران (۱۳۹۵) نیز هم راستا با یافته های پژوهش حاضر نشان دهنده اثر بخشی مداخلات امید محور بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به آسایشگاه پاره وقت مینودشت بود [۳۸]. امیددرمانی از طریق سهل و آسان کردن، روند رویارویی با ناملایمات زندگی، افزایش راهکارهای مقابله ای کار آمد و افزایش سطح خود باوری می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی گردد. بویژه گروهی بودن مداخله امیددرمانی در سالمندان می تواند فرصت پی بردن به نقاط ضعف و پی بردن به سبک ها و شیوه های ناصحیح زندگی از طریق مقایسه خود با سایر اعضای گروه را فراهم آورد. سپس با تلاش برای رفع این نواقض از طریق الگو قرار دادن همسالانی که سبک های زندگی قابل قبول تری دارند، کیفیت زندگی خود را ارتقاء می بخشند [۴۷].

نتایج در ارتباط با ابعاد نمره کیفیت زندگی (خود مراقبتی) در سالمندان نشان داد امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی در بعد خود مراقبتی موثر است. مراقبت از خود ناشی از عزت نفس می باشد [۳۰]. بعلاوه پایین بودن سطح انرژی، ناامیدی، کمبود انگیزه، کمبود اشتیاق به زندگی تحت تاثیر افسردگی و خلق پایین [۴۸] بر خودمراقبتی تاثیر منفی می گذارد. مداخله امیددرمانی می تواند از طریق بهبود خلق، افزایش عزت نفس، انرژی و انگیزه خود مراقبتی را ارتقاء بخشد.

در این مطالعه امیددرمانی موجب افزایش رضایت از زندگی شده بود. یافته های مطالعه شریفی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی زنان سالمند روستای سراب [۳۶] و پژوهش راستا اولیور و همکاران (۲۰۱۷) در اسپانیا بر روی سالمندان نیز نشان داد امید و امیددرمانی موجب افزایش رضایت از زندگی می شود [۴۹]. امیددرمانی باعث افزایش سطح توانمندی های رفتاری مثل خودنظم دهی، آینده نگری، تواضع و بخشش می گردد که می تواند رضایت از زندگی را افزایش دهد. همچنین افرادی که از خود نظم دهی بالاتری برخوردارند، ارتباطات راحت تر، سازگاری بهتر و احساس رضایت بیشتری از روابط بین فردی و زندگی دارند.



پژوهش محسوب می شود.

### نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مشخص گردید که امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مثبت دارد و نمره کیفیت زندگی آنها را ارتقاء می دهد. مداخله امید درمانی گروهی ابعاد خود مراقبتی، رضایت از زندگی، عملکرد ذهنی و جسمی، اضطراب و افسردگی را بهبود بخشیده است. امید درمانی بر ابعاد عملکرد جنسی و اجتماعی تاثیر نداشته اما زمان بر عملکرد اجتماعی تاثیر داشته است. امید درمانی یک مداخله مؤثر در جهت افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان است که با هزینه کم و بدون ایجاد اثرات جانبی می تواند وضعیت سلامت سالمند را بهبود بخشد. مراقبین سلامت، پرستاران و کارشناسان سلامت روان می توانند به راحتی این روش را به کار گیرند و کیفیت زندگی سالمندان جامعه را ارتقاء دهند.

### سیاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری سالمندی است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از همکاری معاونت پژوهشی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و تمامی سالمندان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

### References

1. Rezvani MR, Mansourian H, Ahmadadadi H, Ahmadabadi F, Parvai Here-Dasht S. An Assessment on Factors Affecting the Quality of Life of Elderly in Rural Regions (Case Study: Neishabour County). *Journal of Rural Research*. 2013;4(2):301-26.
2. Lin CYY, Lai WW, Su WC, JD W. Rasch models suggested the satisfactory psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life-Brief among lung cancer patients. *Journal of health psychology*. 2017;22(4):397-408. <https://doi.org/10.1177/1359105315603474> PMID:26349615
3. Aliasquarpoor M, Eybpoosh S. The Quality of

نتایج مطالعه نوپاساد و همکاران در سال (۲۰۱۴) در تایلند حاکی از اثرات مثبت برنامه افزایش امید خانواده محور بر کاهش علائم افسردگی در سالمندان مبتلا به اختلال افسردگی شدید بوده است [۵۶]. یاوزن و همکاران (۲۰۱۲) در ترکیه نیز دریافتند که امید درمانی باعث بهبود قابل توجه اضطراب و افسردگی می شود [۳۴].

یافته ها بیانگر معنادار نبودن مداخله امید درمانی بر بعد عملکرد اجتماعی بود اما اثر زمان بر این بعد کیفیت زندگی معنادار بوده است. بیرون آمدن سالمندان گروه کنترل از منزل و حضور آنها در مرکز بهداشتی جهت بررسی واجد شرایط ورود به مطالعه و جلسه تکمیل پرسشنامه فرصتی برای برقراری ارتباطات و عملکرد اجتماعی مثل گروه مورد اما کمتر ایجاد نموده است و ۴ هفته پس از مداخله دو گروه فقط یکبار مراجعه داشته اند به همین علت کاهش عملکرد اجتماعی را با گذشت زمان در یافته ها شاهد هستیم.

نتایج نشان داد مداخله امید درمانی تاثیر بر عملکرد جنسی نداشته است. احتمالاً این یافته می تواند تحت تاثیر اعتقادات عرفی و فرهنگ اجتماعی، مبنی بر این که با افزایش سن باید فعالیت های جنسی کاهش یا قطع گردد، قرار گرفته است. در بعضی مناطق عملکرد جنسی سالمندان یک تابوی اجتماعی تلقی می شود. بعلاوه پرسشنامه بکار گرفته شده فقط دو سوال در زمینه عملکرد جنسی داشته است که متمرکز بر ارتباط جنسی بوده و بقیه ابعاد عملکرد جنسی که در سالمندی مهمتر است را شامل نمی شده است. در این مطالعه امکان تبادل اطلاعات بین نمونه های دو گروه خارج از مراکز از عهده پژوهشگران خارج بوده و جزء محدودیت ها و عدم ریزش نمونه ها از نقاط قوت

- Life of Elderly Nursing Home Residents and Its Relationship with Different Factors. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(75):60-70.
4. Hedayati MM, MM. K. An investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;21;114:598-601. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.753>
5. Jakobsson U, Hallberg IR, A. W. Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *Journal of clinical nursing*. 2007;1;16(3a):95-104. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01584.x> PMID:17518874

6. NC. CW. Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004 49(7):428-33. <https://doi.org/10.1177/070674370404900703> PMID:15362246
7. Agha nouri A, Mahmoudi M, Salehi H, Jafarian K. Quality of Life in the Elderly People Covered by Health Centers in the Urban Areas of Markazi Province, Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(4):20-9.
8. Rajasi RS, Mathew T, Nujum ZT, Anish TS, Ramachandran R, Lawrence T. Quality of life and sociodemographic factors associated with poor quality of life in elderly women in Thiruvananthapuram, Kerala. *Indian journal of public health*. 2016;60(3):210-5. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.189016> PMID:27561400
9. Sovariova Soosova M. Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016;7(3):484-93. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0019>
10. Jafarzade Fakhari M, Behnam Vashani H, Vahedian Shahroudi M. The quality of life of the elderly in sabzevar, iran. *Journal Of Sabzevar University Of Medical Sciences*. 2010;17(3 (57)):-.
11. Zahmatkeshan N, bagherzadeh r, Akaberian S, yazdankhah MR, Mirzaei k, Yazdanpanah S, et al. Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr,s elders – 1387-8. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012;2(1):53-8.
12. Darvishpoor Kakhki Ali , Abed saeedi Jilla. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran. *Advances in Nursing and Midwifery*. 2014; 23 (82):8 - 16.
13. Kwon P, Birrueta M, Faust E, ER. B. The Role of Hope in Preventive Interventions. *social and Personality Psychology Compass*. 2015; 1; 9 (12): 696-704. <https://doi.org/10.1111/spc3.12227>
14. Rezaeipandari H, Yoshani N, Rahaei Z, F. A. Is Life Expectancy Associated with Depression in the Elderly? *Elderly Health Journal*. 2017;15;3(2):87-93.
15. AK. M. Ethnic/racial minority older adults and recovery: Integrating stories of resilience and hope in social work. *British Journal of Social Work*. 2015;1;45(suppl\_1):i135-52. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv120>
16. Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of Elderlys “Quality of Life” Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2010;4(4):0-.
17. Azadi Arman, Taghinejad Hamid, Azizi Milad, Mahmudi Yaghub, Jamaledin Homa. Scrutiny the quality of life elderly in Ilam and its related factors in 2015. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2016;2(1):29-37. <https://doi.org/10.29252/sjnmp.2.2.1>
18. A R. Exploring the nature of elderly people life style: A grounded theory. *Journal of Ageing Iranian*. 2016;10(4):10-15.
19. Seligman ME, M. C. Positive psychology: An introduction. *InFlow and the foundations of positive psychology*. Springer Netherlands. 2014;( 279-298). [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18)
20. Rahimipour M SN, M. Y. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015;Nov;20(6):694. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.170007> PMID:26793255 PMCID:PMC4700689
21. Mohamadpour DoughAbadi N, Soleimani A JN, KH A. The Effectiveness of Group-Therapy Intervention on Quality of Life and Hope of Women Infected with Human immunodeficiency virus. *Galen Medical Journal* 2016 20;5(3):139-46.
22. Demerouti E, vEE SM, U. W. Assessing the effects of a “personal effectiveness” training on psychological capital, assertiveness and self-awareness using self-other agreement. *Career Development International* 2011;22;16(1):60-81. <https://doi.org/10.1108/13620431111107810>
23. Khodabakhshi KA ML, GHolami M, O M. Effectiveness of group hope therapy on the psychological indicators in women with addicted husbands. *Iranian R ehabilitation Journal*. 2017;Volume 15, Number 1. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.15.1.15>
24. Leontopoulou Sophie. A positive psychology intervention with emerging adults. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2015;1;3(2):113. <https://doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.33>
25. Jamalzadeh R, Golzari M. The effectiveness

- of hope therapy on increasing happiness and life satisfaction among elderly women residing in nursing home of borujen. *SOCIOLOGY OF WOMEN (JOURNAL OF WOMAN AND SOCIETY)*. 2014;5(2 (18)):-.
26. Changizi F, Panahali A. Effectiveness of group narrative therapy on life expectancy and happiness of the elderly in tabriz. (*Journal of Instruction and Evaluation*) *Journal of Educational Sciences*. 2016;9(34):63-76.
  27. Hadinia A, Meyer A, Bruegger V, Hatz F, Nowak K, Taub E, et al. Cognitive Behavioral Group Therapy Reduces Stress and Improves the Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1975. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01975> PMID:28101066 PMCID:PMC5209356
  28. Straub J, Sproeber N, Plener PL, Fegert JM, Bonenberger M, MG. K. A brief cognitive-behavioural group therapy programme for the treatment of depression in adolescent outpatients: a pilot study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2014 8(1):9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-9> PMID:24655595 PMCID:PMC3994391
  29. Sotodeh Asl N, Sabet Esmaeilpour M, E. B. The effect of health hope on the quality of life of patients undergoing methadone maintenance therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(1).29-.
  30. Petrak F, Hautzinger M, Muller MJ, Herpertz S. [A Cognitive Behavioural Group Therapy Manual for Elderly People with Type 2 Diabetes and Minor Depression]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2016;66(8):332-6. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106165> PMID:27485930
  31. Talebi Amri M, Bahraminasab M, Samkhaniyan E, Moini F, Kazemi Khobane Z. Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on improvement of quality of life of patients with coronary heart disease. *Journal of medicine and life*. 2015;8(Spec Iss 4):301-6.
  32. Abedini E, Ghanbari Hashemabadi BA, Talebian Sharif J, Karimi Torshizi S. Effectiveness of hope-based group therapy on the quality of life in women with multiple sclerosis. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015;7(3):623-36. <https://doi.org/10.29252/jnkums.7.3.623>
  33. Sleptsova M, Woessmer B, Grossman P, Langewitz W. Culturally sensitive group therapy for Turkish patients suffering from chronic pain: a randomised controlled intervention trial. *Swiss medical weekly*. 2013;143:w13875. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13875> PMID:24222526
  34. Yavuzsen T KD, Cehreli R DM. Effect of group therapy on psychological symptoms and quality of life in Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(11):5593-7. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5593> PMID:23317223
  35. Berk KA, Buijks HIM, Verhoeven AJM, Mulder MT, Ozcan B, van 't Spijker A, et al. Group cognitive behavioural therapy and weight regain after diet in type 2 diabetes: results from the randomised controlled POWER trial. *Diabetologia*. 2018;61(4):790-9. <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4531-9> PMID:29318342 PMCID:PMC6448975
  36. Sharifi J SM, M G. The Effect of Hope Therapy Education on Satisfaction of Life and Vitality of Elderly Women. *Quarterly Journal of Student Research Committee of Sabzevar University* 2014;1 ,11-21.
  37. Parvane E KP, K. A. The Effect of Therapeutic Hope on Increasing the Happiness of the Elderly. *Journal of Aging Psychology*. 2015;1,1, 47-41.
  38. Ghazi Mohseni M, Soleimani AA, Heidarnia A. Examining the Effectiveness of Hope-Based Group Training on the Life Quality of the Elderly People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(2):300-9. <https://doi.org/10.21859/sija-1102300>
  39. Golmakani E, Yousefi MR, Tabatabaechehr M, Ghaneizade F, Moayed L, Hasanzade E, et al. Falling in the elderly; a review study. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences Student Research Committee*. 1392;1159-1169.
  40. Suttajit S, S P. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2015;11:1371-78. <https://doi.org/10.2147/NDT.S81024> PMID:26064055 PMCID:PMC4455844
  41. Snyder C, Harris J, Holleran.S, Irving L, Sigman S. Development and validation of an individual difference measure of hope. *Personality and Social Psychological*. 1991;60, 570-8.

- <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>  
PMid:2037968
42. Lin LC, Watson R, Lee YC, Chou YC, Wu SC. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) scale: cross-cultural validation of the Chinese version. *Journal of advanced nursing*. 2008; 62 (1): 116-23. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04596.x> PMid:18352970
  43. Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini- Mental State Examination (MMSE) in The Elderly Population of Tehran. *Advances in Cognitive Sciences*. 2008;10(2):29-37.
  44. De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behavioral medicine (Washington, DC)*. 1998;24(1):17-27. <https://doi.org/10.1080/08964289809596377> PMid:9575388
  45. Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. Comparing quality of life between seniors living in families and institutionalized in nursing homes. *Social Welfare*. 2011;10(39):-.
  46. Motamedi A, Mostafapour V, Farokhi H. The Effectiveness of Hope Group therapy on Enhancement of Happiness and Quality of Life in Elderly Women in tasouj. *Aging Psychology*. 2018;3(4):243-52.
  47. J. E, Bartleya b, R. N, LaGattutac, E. M, Robinsond b, e, , et al. Optimizing resilience in orofacial pain:a randomized controlled pilot study on hope. *PAIN Reports* 4 2019;e726. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000726> PMid:31041425 PMCID:PMC6455683
  48. Cho JH, Olmstead R, Choi H, Carrillo C, Seeman TE, MR I. Associations of objective versus subjective social isolation with sleep disturbance, depression, and fatigue in community-dwelling older adults. *Aging Ment Health*. 2019; Sep; 23 (9): 1130-1138. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481928> PMid:30284454
  49. Esteves CS, Lima MP, Gonzatti V, de Oliveira CR, de Lima Argimon II, TQ. I. Depressive Symptoms and Cognitive Functioning of Elderly from the Family Health Strategy. *Ageing International*. 2017; 1-7. 25-31. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9313-7>
  50. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. Effect of Self-Care Educational Program to Improving Quality of Life among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan. *Journal of Education and Community Health*. 2015; 2 (2):28-37.
  51. Snyder CR, Lehman KA, Kluck B, Y. M. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006; 51 (2): 89. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.51.2.89>
  52. Farhadi A FM, F. M. Quality of life of rural elderly: Case study: Dashti city of Bushehr province, Research article from the dissertation. Iranian aging population. 2014;6:20.68-72.
  53. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias- Carrión O, Silva AC, Carta M, et al. the Role of Positive Emotion and Contributions of Positive Psychology in Depression Treatment: Systematic Review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2013;9, 221-237. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010221> PMid:24358052 PMCID:PMC3866689
  54. Layous K, Lee H, Choi I, Lyubomirsky S. Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2014;44(8), 1294-1303. <https://doi.org/10.1177/0022022113487591>
  55. Farzadegan LMH, Nasirian M. The Efficacy of Hope Therapy on the Elderly Depression in Mehriz Day Care Centers. *International journal of medical research & health sciences*. 2016;1;5(5):329-34.
  56. Noppasod P S. The hope enhancement program for older persons with major depressive disorder. *International Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. 2014; 2 (1): 115-122.