

## The Effectiveness of Four-dimensional Physical-psychological Interventions on Promoting Positive Psychological Conditions and Functional Health in old Age Women

Mosahebi, M.R., Oreyzi, \*H.R., Yazdkhasti, F., Bidram, H.

### Abstract

**Introduction:** Today, interventions to create a high psychological well-being in the age old have been prioritized for reasons such as decreasing physical capacity and the loss of social and occupational bases in the old age. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of four-dimensional physical-psychological interventions (Alexander technique, dohsa-hou method, compositional memorization, role playing, and combination method on the promotion of positive components of psychological well-being and functional health among age people old).

**Method:** The sample consisted of 75 women aged 60-75 years old in Isfahan who were assigned to 5 groups of 15 (4 experimental and 1 control group) and received relevant interventions. The positive components of psychological well-being, including social interaction, life satisfaction, life expectancy, happiness and functional health in pre-test, post-test and follow-up were measured by standard or researcher-made tests.

**Results:** The results of repeated measures analysis of variance showed that the main effect for all groups in all variables was significant ( $P=0/001$ ). Also, for the social interaction variable, the effect of Alexander's therapeutic approach, and for other research variables, is the effect of all three therapies (Alexander technique, dohsa-hou, and memory retrieval) more than other methods.

**Conclusion:** In order to increase psychological well-being in aging and to improve social interaction, life expectancy, happiness, life satisfaction and functional health, in this period, the use of psychosocial interventions in this research, namely, Alexander technique, dohsa-hou and memory retrieval, is recommended.

**Keywords:** Alexander Technique, dohsa-hou Method, Memory retrieval, Role playing, Positive Components of Psychological Well-being.

## اثربخشی مداخله‌های جسمی روانشناختی چهارگانه بر ارتقای حالت‌های روانشناختی مثبت و سلامت عملکردی زنان سالمند

محمد رضا مصاحبی<sup>۱</sup>، حمیدرضا عریضی<sup>۲</sup>، فریبا یزدخواستی<sup>۳</sup>، حمید بیدرام<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** امروزه اعمال مداخلاتی در جهت ایجاد بهزیستی روانشناختی بالا در سالمندان به دلایلی چون کاهش توانمندی جسمی و از دست دادن پایگاه‌های اجتماعی و شغلی در اولویت قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌های جسمی - روانشناختی چهارگانه بر ارتقای مؤلفه‌های مثبت بهزیستی روانشناختی و سلامت عملکردی سالمندان انجام شده است.

**روش:** نمونه شامل ۷۵ نفر از زنان ۶۰-۷۵ سال شهر اصفهان بود که در ۵ گروه ۱۵ تایی گمارده شدند و تحت مداخله‌های مربوط قرار گرفتند. مؤلفه‌های مثبت بهزیستی روانشناختی شامل تعامل اجتماعی، رضایت از زندگی، شادی، امید به زندگی (انگیزش و گذرگاه) و سلامت عملکردی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط آزمون‌های استاندارد و یا محقق ساخته سنجیده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد که اثر اصلی برای همه گروه‌ها در همه متغیرها معنی‌دار است ( $P=0/001$ ). همچنین برای متغیر تعامل اجتماعی تأثیر روش درمانی الکساندر، و برای سایر متغیرها تأثیر هر سه روش درمانی (الکساندر، دوساهو و خاطره‌گویی)، بیشتر از سایر روش‌هاست.

**نتیجه‌گیری:** جهت افزایش بهزیستی روانشناختی در سالمندی و بهبود تعاملات اجتماعی، امید به زندگی، شادی، رضایت از زندگی و همچنین ارتقاء سطح سلامت عملکردی سالمندان، به کارگیری مداخله‌های جسمی - روانشناختی مورد بررسی در این پژوهش یعنی تکنیک الکساندر، دوساهو و خاطره‌گویی توصیه می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** تکنیک الکساندر، روش دوساهو، خاطره‌گویی، ایفای نقش، مؤلفه‌های مثبت بهزیستی روانشناختی.

## مقدمه

در سرتاسر دنیا، تلاش برای ایجاد سالمندی موفق از سوی دست اندرکاران آغاز شده است و بسیاری سعی نموده‌اند روش‌ها و مداخله‌های مناسب برای افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان را کشف نموده و به کار گیرند (۱). به تازگی مفهوم سالمندی موفق که از جنبش روانشناسی مثبت نشأت گرفته است با تمرکز بر مسائل خاص دوره سالمندی سعی در بکارگیری توانمندی‌های شخصی دارد که می‌تواند به حفظ مطلوب‌تر عملکرد در سنین سالمندی کمک کند (۲). از طیف متغیرهای مطرح و بسیاری حیاتی در میان سالمندان که در مطالعه حاضر نیز به آن توجه ویژه‌ای شده است، می‌توان به تعامل اجتماعی<sup>۱</sup>، رضایت از زندگی<sup>۲</sup>، شادی<sup>۳</sup>، امید به زندگی<sup>۴</sup> و سلامت عملکردی<sup>۵</sup> اشاره کرد. شادی مفهومی گسترده است که دو مؤلفه عاطفی و شناختی دارد. مؤلفه عاطفی به معنای لذت بردن از زندگی و مؤلفه شناختی هم همان رضایت از زندگی است (۳). عاطفه مثبت یا شادی یک حس درونی است و بیانگر مشغولیت لذت‌بخش و احساس هوشیاری در برابر ملال است. عاطفه مثبت به صورت سطح لذت جاری، اشتیاق و پیشروی به سمت هدف وجود دارد (۴).

رضایت از زندگی منعکس کننده توازن بین آرزوهای فرد و وضعیت فعلی او است و به عنوان مؤلفه شناختی رفاه ذهنی در نظر گرفته می‌شود. برخی مطالعات نشان داده است که این رفاه ذهنی علی‌رغم کاهش در توانایی‌های شناختی، اجتماعی و جسمانی در سالمندان، دچار کاهش نمی‌گردد، که این پدیده «پارادوکس سالمندی» نامیده می‌شود (۵). رضایت از زندگی سالمندان می‌تواند تحت تأثیر متغیرهایی نظیر تعامل و حمایت اجتماعی باشد و تعامل اجتماعی بیشتر رضایت بیشتر از زندگی را موجب می‌شود (۶). با وجود تغییراتی که از نظر جسمی و سلامتی در این دوره از زندگی به وجود می‌آید، سالمندان همچنان به ادامه‌ی فعالیت‌های پیشین خود علاقمند هستند (۷) و کاهش تعامل اجتماعی در دوران سالمندی به این علت است که اجتماع،

از سالمندان برخلاف میل بیشتر آنها، دل می‌کند (۸). به طور عمده تعامل اجتماعی، در حفظ تعادل هیجانی سالخورده‌گان نقش بسزایی دارد. سالخورده‌گان در این روابط صمیمی، با آگاهی از هیجانانگیز خود برای برقرار کردن هماهنگی در ارتباط استفاده می‌کنند و تعامل اجتماعی می‌تواند حمایت اجتماعی به شکل مادی و اطلاعاتی فراهم آورد و با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص اینکه مورد علاقه و باارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند و نهایتاً موجب افزایش عزت‌نفس و خود پنداره در او شوند. پژوهش‌ها نشان داده که تعامل اجتماعی، شادی و رضایت زندگی از یکدیگر منفک نیستند و می‌توانند یکدیگر را متأثر سازند. به عنوان مثال کیخسروی بیگ‌زاده، رضایی و خالویی (۹) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی مثبت و معنادار بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با شادکامی وجود دارد و بالا بودن حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در سالمندان، می‌تواند باعث افزایش شادکامی در این افراد شود و همچنین میزان رضایتی که افراد از زندگی خود دارند، پیش‌بینی کننده میزان شادکامی آنهاست. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین میزان شادکامی سالمندان مقیم سرای سالمندان با متغیرهای امید به زندگی (۱۰)، ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط (۱۱)، سلامت‌روانی و رضایت از زندگی (۱۲) رابطه معناداری وجود دارد.

امید به زندگی نیز موجب به ارتقای کیفیت زندگی است و سالمند را از افسردگی و پوچی می‌رهاند و گذران زندگی را علی‌رغم وجود ضعف‌های جسمانی دلپذیر می‌سازد (۱۳). از نظر اسنایدر (۱۴) امید حالت انگیزشی مثبتی است که مبتنی بر حس پایوری<sup>۷</sup> و راه‌یابی<sup>۸</sup> است و محصول تعامل فرد با محیط است؛ به سخن دیگر، امید عبارت از ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرها است. طبق مفهوم‌سازی اسنایدر، هاریس، هالرسون، ایروینگ، سیگمون و همکاران، امید یک ساختار شناختی - انگیزشی است که از تعامل دو مؤلفه‌ی «کارگزار» موفق (تصمیم

1. social interaction
2. life satisfaction
3. Happiness
4. Life expectancy
5. functional health
6. Old age paradox

7. Pathways
8. Way finder
9. agency

یافای نقش<sup>۲</sup>، تکنیک الکساندر، و روش دوسا (دوساهو) می‌باشد که هر چهار مداخله در مطالعه حاضر بصورت ترکیبی استفاده شده است.

خاطره‌گویی و یا عبارتی مرور زندگی یک مداخله مستقل مراقبتی است و انجمن پرستاری آمریکا نیز از این شیوه درمانی به عنوان یک مداخله استاندارد حمایت کرده است (۲۰). خاطره‌گویی فعالیت یا فرآیند ارادی یا غیر ارادی به یادآوردن خاطرات گذشته‌ی فرد است. این فرآیند یا فعالیت شامل یادآوری رویدادهای خاص یا کلی می‌شود که ممکن است قبلاً فراموش شده یا نشده باشد و با این احساس که رویدادهای یادآوری شده نمود واقعی تجارب اصلی هستند، همراه می‌باشد. این فرآیند نشأت گرفته از حافظه‌ی خودزیستنامه‌ای<sup>۳</sup>، ممکن است در تنهایی یا به همراه افراد دیگر صورت گیرد که در این صورت خاطره‌گویی گروهی نامیده می‌شود (۲۱). با یادآوری گذشته و خاطرات آن، شواهدی برای راهبردهای مقابله‌ای موفق گذشته پدیدار می‌شود که به واسطه آن افراد ارزش و لیاقت بیشتری را احساس می‌کنند (۲۲). وو و کو (۲۳) در پژوهشی به بررسی مداخله شش هفته‌ای خاطره‌گویی بر امید، رضایت از زندگی و سلامت روحی سالمندان مبتلا به زوال عقل خفیف و متوسط پرداختند. نتایج نشان داد که تعامل بین گروه و زمان برای سه پیامد سنجش شده معنی‌دار بود ( $P < 0.001$ ), که نشان می‌دهد که تغییرات در طول زمان در امید، رضایت از زندگی و سلامت روحی سالمندان بین گروه مداخله و گروه کنترل متفاوت بود. در پژوهش کونز و سولتیز (۲۴) نیز نشان داده است خاطره‌گویی به بالا بردن میزان رضایت از زندگی، جلوگیری از افسردگی یا کاهش آن، ارتقای تعاملات اجتماعی، کاهش دردهای مزمن، کمک به جهت‌گیری شناختی و نیز بهبود روابط شغلی و خانوادگی می‌انجامد. مطابق نظر جنسدتیر، جنسدتیر، استینگریمسدوتیر و تریگودوتیر (۲۵)، خاطره‌گویی گروهی، قابلیت ذاتی برای کاهش انزوای اجتماعی، بهبود عملکرد شناختی، کاهش افسردگی، افزایش اعتماد به نفس، افزایش احساس رضایت از زندگی و قوت بخشیدن به ارزش‌های شخصی را دارد. نتایج پژوهش دیگری (۲۶) نیز نشان داد که خاطره‌گویی از شایع‌ترین مداخله‌ها در این جهت است و

هدفدار)» و «گذرگاه‌ها» (قدرت برنامه‌ریزی راه‌های گوناگون برای رسیدن به هدف خویش) به وجود می‌آید. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. مؤلفه‌ی اول، این باور شخصی را می‌سازد که شخص می‌تواند حرکت در طول مسیرهای محتمل را برای رسیدن به اهداف خویش شروع و تحمل کند. این بعد جزء انگیزشی نظریه‌ی اسناید است که انرژی روانی برای استفاده از گذرگاه‌ها از آن به کار گرفته می‌شود. تفکر گذرگاهی مربوط به توانایی فرد برای غلبه بر موانع و شناخت راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف می‌باشد، یعنی فرد راه‌های مؤثر و موجه رسیدن به اهداف مورد نظرش را می‌داند (۱۵). اما افراد ناامید به دلیل اینکه «عامل» و «گذرگاه‌های» کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود (۱۶).

سلامت عملکردی هم می‌تواند به صورت توانایی انجام تمام فعالیت‌های یک زندگی روزمره تعریف شود (۱۷) که بسیاری از مواقع با کاهش توانمندی‌های جسمی در سالمندی، این شاخص به مخاطره می‌افتد و سالمند توانایی انجام فعالیت‌های معمول زندگی خود را تا حدی از دست می‌دهد. همچنین بایلی و اسناید (۱۸) بیان داشتند که محققان به طور کلی پی بردند که سالمندان امید کمتری را تجربه می‌کنند و به همین دلیل احتمال افسردگی، و بعد از آن اضطراب در آنها بیشتر است و ارتقای امید از طریق آموزش یا مداخله می‌تواند باعث کاهش این احساسات منفی و در نتیجه افزایش سلامت روان گردد (۱۹).

جمعیت کشورمان در حال پیر شدن است و به نظر می‌رسد شناسایی و به کارگیری مداخله‌های مناسب جهت ارتقاء مؤلفه‌های مثبت سلامت روان و سلامت عملکردی این قشر، از الزامات نه چندان دور کشور خواهد بود. تاکنون روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی برای کمک به ارتقاء شادی، تعامل اجتماعی، امید به زندگی، رضایت از زندگی و سلامت عملکردی سالمندان انجام شده است. از جمله مداخلات و برنامه‌های آموزشی هم‌چون دارودرمانی، رفتار درمانی شناختی و روان درمانی بین فردی، خاطره‌گویی<sup>۱</sup>،

2. Role playing

3. Autobiographical memory

1. reminiscence

انقباض عضلانی را برطرف و حرکت بدن را آسان‌تر می‌کند (۳۵). مطابق فلسفه روش الکساندر، ارتباط صحیح بین سر، گردن و ستون فقرات برای سلامتی ضروری است (۳۶). این روش، کلید درست ایستادن، درست نفس کشیدن و حرکتهای درست است (۳۷) و با افزایش فعالیت موجب آرامش می‌شود (۳۸). افراد، در طی آموزش آن یاد می‌گیرند چگونه فعالیت‌های روزانه خود را به طور مؤثرتری مدیریت کنند، به گونه‌ای راه بروند که از آسیب جلوگیری کند و آزادتر تنفس کنند که نتیجه اینها احساس آرامش و انرژی بیشتر است که به دنبال آن خلق فرد را بهبود می‌بخشد و خستگی را کاهش می‌دهد (۳۹). تکنیک الکساندر با هدف آموزش بالا بردن آگاهی از حرکتهای بدن کار گرفته می‌شود (۴۰). نتیجه‌ی مطلوب، عملکرد بالاتر و اعمال صحیح‌تر حرکتی در طی فعالیت‌های روزمره می‌باشد. مؤلفه‌ی روانشناختی روش الکساندر نقش مهمی در حرکت دارد چون این روش به درمان‌جو چگونگی کنترل حرکت فیزیکی را در فاصله‌ی زمانی بین تصمیم‌گیری به حرکت و حرکت واقعی، آموزش می‌دهد (۴۱). هدف اصلی این درمان این است که حرکتهای یا الگوهای بدنی غلطی که به وجود آمده است را تغییر دهد. با تغییر این الگوها، کل سیستم یا عملکرد بدن بهبود می‌یابد و فرد به آرامش و احساس مثبت روانی جسمانی بیشتری دست می‌یابد (۴۲).

مشخص شده که فعالیت فیزیکی، با ایجاد خلق مثبت، بهزیستی را در زنان افزایش می‌دهد (۴۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تکنیک الکساندر بر شاخص‌های ذهنی و جسمی افراد مسن تأثیرگذار است (۴۴). همچنین بنوقاطمه (۳۵) در یک پژوهش نشان داد که تکنیک الکساندر بر بهزیستی روانشناختی و احساس مثبت زنان پس از زایمان تأثیر دارد و باعث تجربه احساس‌ها و عواطف مثبتی از سوی مادر می‌گردد. از این روش به عنوان یک روش قوی برای ارتقای سلامت روانی و احساس بهزیستی به خاطر آموزش خود نظاره‌گری و توجه به فعالیت‌های روزانه زندگی یاد شده است (۴۵). پژوهشی که بتی (۴۶) در درمان بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام داد نتایج نشان دهنده این بوده است که تکنیک الکساندر نسبت به دو شیوه دیگر (ماساژ، ورزش) اثربخشی بالاتری دارد و بهتر توسط بیمار پذیرفته می‌شود. در واقع تکنیک الکساندر ادعا می‌کند که

پیامدهای بسیار مثبتی دارد. این مداخله در طی پژوهشی (۲۷) برای تأثیر بر بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی زنان سالمندان نیز به کار رفته و نتایج مطلوبی داشته است. در پژوهش دیگری نشان داده شد این روش درمانی بر افزایش سازگاری و اجتماعی سالمندان مؤثر بوده است و این درمان نسبت به درمان‌های سنتی نتیجه بهتری می‌دهد (۲۸). اما برخی پژوهش‌ها (۲۹) نشان دهنده عدم تأثیر این روش بر سالمندان بوده است. بر این اساس یک سؤال این است که آیا خاطره‌گویی می‌تواند باعث بهبود بهزیستی روانشناختی سالمندان شود؟

روش ایفای نقش بر تجارب مستقیم و عینی متکی است (۳۰). این روش، فراگیران را برای فهم رفتار اجتماعی، نقش خود در تعامل اجتماعی و راه‌های مؤثرتر حل مسأله هدایت می‌کند. ایفای نقش به یادگیران در گردآوری و سازمان‌دهی اطلاعات درباره مسائل اجتماعی، رشد همدلی با دیگران و تلاش برای بهبود مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند (۳۱). این الگو از فراگیران می‌خواهد تعارضات درونی خود را بیرون بریزند (۳۲). اما مشخص نیست که این روش بر مؤلفه‌های مثبت بهزیستی روانشناختی چه تأثیری دارد؟ همچنین با توجه به اینکه ایفای نقش نوعی رفتار درمانی محسوب می‌شود و اینطور فرض شده که درمان‌های رفتاری به تنهایی برای تأثیر بر برخی از مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی (مانند اضطراب) کافی نیست (۳۳)؛ بنابراین در این پژوهش ترکیبی از روش‌های خاطره‌گویی و ایفای نقش مورد بررسی قرار می‌گیرد و تأثیرگذاری این ترکیب بر افزایش تعامل اجتماعی، شادی، امید به زندگی، رضایت از زندگی و سلامت عملکردی بررسی می‌شود.

همانطور که اشاره شد کاهش تعامل اجتماعی در سالمندی و به دنبال آن کاهش شادی و رضایت از زندگی، نتیجه کنار گذاشته شدن فرد از فعالیت‌ها و مشغولیت‌های اجتماعی است که از معمولاً سوی جامعه بر فرد تحمیل می‌شود و به دلیل تصور کاهش توانمندی جسمی فرد است. بنابراین احتمالاً مداخله‌هایی چون تکنیک الکساندر و روش دوسا (دوساهو) که در وهله اول جسم را هدف قرار می‌دهند؛ می‌تواند در این راستا به کار رود. تکنیک الکساندر یک روش حرکتی است که به افراد یاری می‌دهد چطور با بدنشان رفتار کنند (۳۴). این روش، طرز ایستادن را اصلاح،

می‌آورد (۵۲). مثلاً در پژوهش حسینی و حمیدی‌زاده (۵۳) نتایج پژوهش نشان داد که سالمندانی که زندگی فعالی دارند، از نظر سلامتی روانی نمرات بهتری از افراد غیر فعال داشتند. همچنین میزان سلامتی روانی و جسمانی سالمندانی که ورزش کردن را تازه شروع کرده بودند به طور معناداری بهتر از سالمندان غیرفعال بود و بین سابقه ورزشی و میزان سلامتی بدنی و روانی ارتباط معنادار وجود داشت. اما سؤال پژوهشی که در این میان مطرح می‌شود، این است که کدامیک از این مداخلات می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثرتری در کوتاه‌مدت و بلندمدت محسوب گردند؟

### روش

**طرح پژوهش:** طرح پژوهش این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پنج گروه (آزمایشی و کنترل) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است.

**آزمودنی‌ها:** با توجه به محدودیت اجرای روش دوساهو جامعه آماری کلیه زنان در پایان دوره میانسالی و آغاز دوره سالمندی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود. دوره سنی افراد انتخاب شده بین ۶۰ تا ۷۵ سال بود. به منظور بررسی تأثیر هریک از روش‌های درمانی بر متغیرهای پژوهش، مطالعه ای بر روی ۷۵ نفر صورت گرفته است. در این مطالعه ۷۵ فرد مورد مطالعه به شیوه تصادفی به پنج گروه ۱۵ تایی تقسیم شدند. گروه اول با استفاده از روش درمانی الکساندر، گروه دوم با استفاده از روش درمانی دوساهو، گروه سوم با استفاده از ترکیب روش درمانی خاطره‌گویی و ایفای نقش و گروه چهارم با استفاده از روش درمانی ترکیبی مورد درمان قرار گرفتند. در گروه پنجم هیچ‌گونه درمانی صورت نگرفت (گروه کنترل). ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) سلامت شناختی در حدی که به سؤالات جواب دهند، و (۲) از نظر جسمانی دارای مشکلات حرکتی حاد نباشند و ملاک خروج شامل مواردی از این دست می‌شد: (۱) شرکت نکردن در تمامی جلسات الکساندر و دوساهو (۲) وجود مشکلات شناختی و جسمانی از قبیل دمانس، دیسک کمر و یا مشکلات حرکتی دیگر (۳) تمایل به همکاری در پژوهش نداشته باشند. در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، متغیرهای اصلی پژوهش که شامل شادی، تعاملات اجتماعی، رضایت از زندگی، امید به زندگی و سلامت عملکردی بودند از طریق یک پرسشنامه واحد

وضعیت بدنی نامناسب نه تنها بر جسم اثر مخربی دارد؛ بلکه بر روان و شاخص‌های روانشناختی فرد هم مؤثر است. اما این ادعا نیاز به بررسی دارد و بنابراین آیا تکنیک الکساندر می‌تواند بهزیستی روانشناختی را افزایش دهد؟

دوساهو نیز یک روش توانبخشی روانی ژاپنی است که ابتدا جهت بهبود مشکلات حرکتی کودکان دچار فلج مغزی توسط ناروسه (۴۷) ابداع و به کار گرفته شد. در زبان ژاپنی دوسا به معنای یک فرآیند کلی و کل‌نگر است که شامل فعالیت‌های روانی حرکات بدن می‌شود و هو به معنای روش و متد است. فرآیند روش دوساهو را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: بخش روانشناختی شامل اراده، تلاش و بخش فیزیولوژیکی شامل وضعیت بدنی و حرکت است (۴۸). دیدگاه ناروسه بر این اساس است که اگر ناتوانی‌های مربوط به فلج مغزی بر اثر اختلالات فیزیولوژیکی است، فعالیت‌های روانی نیز بر آن تأثیر دارد. در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که این روش می‌تواند بر برخی از متغیرهای روانشناختی مانند تعامل اجتماعی در کودکان فلج مغزی (۴۹) و بر کاهش علائم بیش‌فعالی و نقص توجه و افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان (۵۰) تأثیرگذار بوده است. همچنین در پژوهش پورصدوقی، دادخواه، پورمحمدرضا و بیگلریان (۵۱)، نشان داده شده که روش دوساهو می‌تواند کیفیت زندگی کودکان دارای فلج مغزی را بهبود دهد و این تأثیر در مدرسه نیز ماندگار است. در یک پژوهش جدید نیز پورکمالی و همکاران (۴۰) به مقایسه‌ی اثربخشی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو در بهبود شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت‌روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون پرداختند. نتایج نشان داد که بین اثربخشی سه مداخله‌ی پژوهش بر متغیرهای وابسته، در مرحله‌ی پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود ولی در مرحله‌ی پیگیری، دوساهو نسبت به سایر مداخلات پژوهش، اثربخشی بیشتری بر میزان شادکامی داشته است. اما آیا این روش بر سایر مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی هم تأثیر دارد؟

مداخله‌های الکساندر و دوساهو با ایجاد فعالیت‌های بدنی و کار روی جسم نتایج مثبت خود را حاصل می‌کنند. به عبارت دیگر به نظر می‌سد که استفاده از فعالیت‌های فیزیکی با ایجاد احساس سلامت و نداشتن بیماری و نیز به تأخیر انداختن افت جسمی، نتایج روانشناختی را به بار

۵. پرسشنامه سلامت عملکردی: برای سنجش سلامت عملکردی از مقیاس‌های کاتز، داون، کش و گروتس در سال ۱۹۷۰ استفاده شد که ۸ فعالیت در زندگی روزانه افراد سالمند که فعالیت‌های اساسی و حرکتی است را شامل می‌باشد. آلفای کرونباخ آن توسط محققین ۰/۹۲ گزارش شده است (۵۶).

**روند اجرای پژوهش:** برای انجام پژوهش حاضر هماهنگی‌های لازم با کانون فرهنگی بانوان شهر اصفهان انجام شد و توضیحات لازم درباره پژوهش ارائه شد. از بین حوزه‌های پنجگانه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز جغرافیایی شهر اصفهان به صورت تصادفی یک منطقه انتخاب شد و در کانون منطقه، از افراد بالای ۶۰ تا ۷۵ سال عضو کانون مناطق منتخب انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها در این مرکز در اختیار سالمندان قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آنها ارائه شد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد اگر در فرآیند تکمیل پرسشنامه با مشکلی مواجه شدند از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. سالمندان انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد. پس از اجرای پیش‌آزمون روش‌های درمانی (روش الکساندر شامل ۱۰ جلسه، روش دوساهو ۸ جلسه، برنامه ترکیبی خاطره‌گویی و ایفای نقش ۴ جلسه و روش ترکیبی ۱۲ جلسه) بر چهار گروه از سالمندان جداگانه اجرا شد و با استفاده از پس‌آزمون و آزمون پیگیری در سه مرحله متغیرهای وابسته اندازه‌گیری شدند تا مورد آزمون آماری قرار گیرند. در ادامه خلاصه‌ای از شرح جلسات مداخله درمانی به روش ترکیبی در جدول ۱ ارائه شده است.

در این مطالعه به منظور بررسی میزان تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر متغیرهای پژوهش و همچنین مقایسه گروه‌های درمانی با یکدیگر از مدل آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده گردید. در این مدل متغیر اندازه‌گیری در مرحله پیش‌آزمون و همچنین سن آزمودنی به عنوان کوریت در مدل در نظر گرفته شده است. بنابراین روش‌های درمانی مختلف بر متغیر مورد بررسی تأثیر معنی‌دار

که از ترکیب پرسشنامه‌های زیر بدست آمده است، اندازه‌گیری شده‌اند.

## ابزار

۱. پرسشنامه رضایت از زندگی: پرسشنامه رضایت از زندگی ساخت داینر، امونس، لارسن و گریفین (۱۹۸۵) شامل پنج سؤال برای سنجش این متغیر به کار رفت. این پرسشنامه که روی یک مقیاس هفت درجه‌ای (۱=بسیار مخالفم تا ۷=بسیار موافقم) پاسخ داده می‌شود؛ در پژوهش حمید به کار رفته و پایایی آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۹ تأیید شده است (۵۴).

۲. پرسشنامه تعاملات اجتماعی: ابزار سنجش این متغیر توسط محقق ساخته و حدوداً دارای ۱۰ سؤال بود. این ابزار دارای طیف لیکرت چند گزینه‌ای است و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۸ و در حد مطلوبی بود.

۳. پرسشنامه شادکامی فوردایس: برای سنجش شادی از مقیاس شادکامی فوردایس (۱۹۸۸) استفاده گردید. این پرسشنامه شامل دو سؤال است که امتیاز آنها برای سنجش شادکامی با هم ترکیب می‌شوند. این مقیاس همبستگی زیادی با مقیاس‌های طولانی شادکامی دارد (۵۵). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش بازآزمایی برابر ۰/۷۳ و در حد مطلوبی بود.

۴. پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر: به منظور بررسی امید به زندگی نیز از پرسشنامه امید بزرگسالان استفاده شد. مقیاس امید بزرگسالان یک پرسشنامه خود گزارشی مشتمل بر ۱۲ سؤال است که توسط اسنایدر در سال ۲۰۰۰، ساخته شده است و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد. برای پاسخ دادن به هر سؤال پیوستاری از (۱=کاملاً غلط تا ۴=کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سوالات ۱۱، ۷، ۵، ۳ نمره‌گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس‌پرتی هستند. سوالات ۸، ۶، ۴، ۱ مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سوالات ۱۲، ۱۰، ۹، ۲ مربوط به خرده مقیاس انگیزش می‌باشد. ویژگی‌های روانسنجی آن مورد تأیید قرار گرفت. روایی و پایایی این مقیاس توسط حمید تأیید شد. ضریب پایایی همسانی درونی در پژوهش مذکور برای این پرسشنامه برابر ۰/۶۸ بود. وجود همبستگی معنادار بین این پرسشنامه با عاطفه مثبت و خوش‌بینی مبین اعتبار همزمان این ابزار در پژوهش حمید بود (۵۴).

مکرر معنی‌دار باشد چنین استنباط می‌گردد که روش‌های درمانی مختلف ماندگاری یکسانی در حفظ نتیجه درمان نداشته‌اند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

دارند اگر اثر اصلی گروه در این مدل معنی‌دار باشد. به علاوه معنی‌دار بودن اثر اصلی زمان و اثر متقابل زمان و گروه در این مدل نیز قابل توجه خواهد بود. در صورتی که اثر متقابل زمان و گروه در مدل آنالیز واریانس با اندازه‌های

### جدول (۱) خلاصه جلسات درمانی به روش ترکیبی

جلسات درمانی	شرح خلاصه
جلسه اول	آشنایی و معارفه، اجرای پیش‌آزمون، بیان اهداف آموزشی، بیان چند خاطره مثبت از طرف اعضا، توضیح درباره ایفای نقش در جلسه آینده
جلسه دوم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، بیان و بحث وضعیت جسمانی کنونی اعضا، مقایسه با گذشته و پذیرش وضع موجود، بیان خاطره و اجرای نقش خاطره‌ها، پخش آهنگ قدیمی و همخوانی با آن
جلسه سوم	مروری بر مطالب جلسه گذشته با تأکید بر پذیرش وضع موجود و کنار آمدن با ضعف‌های جسمانی، بحث در مورد گذر زمان و بیان خاطره گذشت زمان، اجرای بازی گذشت زمان، آموزش روش صحیح ایستادن، پخش آهنگ قدیمی و همخوانی با آن
جلسه چهارم	مروری بر مطالب جلسه گذشته با تأکید بر عدم قضاوت و مقایسه خود، پخش آهنگ انتخابی، بازی توپ در سبد، بیان و اجرای نقش خاطره خواستگاری، آموزش روش صحیح نشستن و برخاستن
جلسه پنجم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، پخش آهنگ، بیان خاطره نحوه برخورد فرزندان و انتظارات افراد، و اجرای جابه‌جایی نقش، آموزش روش صحیح حمل کیف و وسایل
جلسه ششم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، اجرای بازی دید آفتی، عمودی و خمیده، بحث درباره زاویه دید و اجرای بازی آن، آموزش روش صحیح خم شدن و برداشتن اشیاء، اجرای تمرین چشمی و اجرای ماساژ ساده
جلسه هفتم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، اجرای بازی نوازش جسمانی، بیان و اجرای نقش خاطره، آموزش تمرین صورت، اجرای کشش ماهیچه‌های و اجرای ماساژ
جلسه هشتم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، بحث و بیان خاطره درباره وابستگی‌های مالی و اموال افراد، اجرای نقش درباره وابستگی به اشیاء، اجرای بازی جابه‌جا کردن، اجرای تمرین انگشتان و آموزش تمرین چشم
جلسه نهم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، بحث درباره دل بستگی به خانه و پذیرش تغییر در زندگی و خاطره و ایفای نقش درباره آنها، اجرای تمرین زانوها و آموزش روش صحیح نوشتن، اجرای ماساژ
جلسه دهم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، بحث درباره آرزوهای تحقق یافته، بیان خاطره درباره آرزوها، اجرای بازی نشانه‌گیری با توپ، آموزش تمرین تنفس و صورت، اجرای ماساژ
جلسه یازدهم	مروری بر مطالب جلسه گذشته، بحث درباره آرزوهایی که اکنون وجود دارد و نمی‌تواند انجام شود و بیان خاطره در مورد آن آرزوها، اجرای نقش، تکرار خلاصه‌ای از روش الکساندر و اجرای ماساژ
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته و یادآوری تمام مطالب، بحث آزاد و بیان نظرات، اجرای برنامه خداحافظی و اجرای پس‌آزمون

### یافته‌ها

نتایج پژوهش در جداول زیر آورده شده است. جدول ۲ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را در سه زمان اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های مختلف نمایش می‌دهد. ملاحظه می‌گردد که میانگین متغیر تعامل اجتماعی در مداخله‌های دوساهو و خاطره‌گویی هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری بیشترین افزایش را نسبت به سه مداخله دیگر داشته است. این وضعیت برای سایر متغیرهای پژوهشی نیز صادق است. پس به نظر می‌رسد که در مورد هر یک از متغیرها، روشی خاص بیشترین تأثیر را داشته است که این مسئله در جداول بعدی بررسی شده است.

میانگین سنی گروه‌های الکساندر، دوسا، ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش، روش ترکیبی و کنترل به ترتیب برابر  $۴۵/۷۳(۴/۷۹)$ ،  $۴۵/۱۳(۴/۴۷)$ ،  $۴۶/۱۳(۴/۱۴)$ ،  $۴۵/۱۷(۵/۴۵)$  بود. میانگین تعداد فرزندان در گروه دو ساهو  $۵/۲۷(۲/۱۵)$  بیشترین میزان را داشت. و همچنین دو گروه دوساهو (۸ نفر بیسواد و ۷ نفر تحصیلات ابتدایی) و خاطره‌گویی (۵ نفر بیسواد و ۹ نفر تحصیلات ابتدایی) تحصیلات پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر دارند.

جدول ۲) آمار توصیفی متغیرهای مختلف پژوهش به تفکیک زمان اندازه‌گیری

متغیر	نوبت اندازه‌گیری	الکساندر		دوساهو		ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش		ترکیبی		کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تعاملات اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۸/۸۰	۶/۱۱	۴۱/۵۳	۴/۵۸	۳۴/۷۳	۱۰/۱۴	۳۲/۱۳	۵/۲۹	۳۱/۶۰	۴/۵۳
	پس‌آزمون	۴۰/۴۰	۶/۷۲	۴۸/۶۷	۳/۷۲	۴۲/۵۳	۸/۳۷	۴۰/۶۰	۴/۹۰	۳۱/۹۳	۵/۳۸
	پیگیری	۳۸/۸۰	۶/۵۴	۴۸/۲۷	۳/۷۵	۴۲/۹۳	۸/۲۹	۴۰/۴۰	۴/۸۵	۳۲/۰۷	۴/۳۷
شادی	پیش‌آزمون	۴۲/۰۰	۱۳/۷۳	۴۸/۰۰	۱۶/۵۶	۴۹/۳۳	۱۱/۶۳	۴۶/۰۰	۱۵/۴۹	۵۴/۰۰	۱۷/۶۵
	پس‌آزمون	۶۷/۳۳	۱۶/۲۴	۶۸/۰۰	۱۶/۹۹	۷۸/۰۰	۱۷/۸۱	۶۲/۶۷	۱۸/۷۰	۵۸/۰۰	۲۰/۴۲
	پیگیری	۶۴/۰۰	۱۱/۸۳	۶۷/۳۳	۱۴/۳۸	۷۷/۳۳	۱۴/۳۸	۶۱/۳۳	۱۵/۹۸	۵۹/۳۳	۱۴/۳۸
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱۶/۱۳	۳/۹۸	۲۰/۲۰	۳/۷۶	۱۹/۴۰	۲/۹۷	۱۸/۲۰	۴/۱۴	۲۲/۱۳	۶/۴۱
	پس‌آزمون	۲۲/۴۷	۴/۴۵	۲۸/۰۷	۳/۶۹	۲۵/۸۷	۴/۷۶	۲۲/۸۷	۴/۸۴	۲۲/۵۳	۶/۵۸
	پیگیری	۲۲/۸۰	۵/۳۹	۳۷/۸۷	۳/۵۶	۲۶/۶۷	۴/۷۸	۲۲/۷۳	۴/۵۶	۲۱/۵۳	۵/۳۲
گذرگاه	پیش‌آزمون	۱۰/۱۳	۱/۶۰	۷/۵۳	۱/۸۸	۹/۶۰	۱/۶۸	۸/۸۷	۱/۷۷	۱۱/۳۳	۱/۵۴
	پس‌آزمون	۱۳/۹۳	۱/۸۷	۱۲/۱۳	۲/۲۹	۱۳/۴۷	۱/۶۸	۱۱/۸۷	۱/۶۴	۱۱/۸۰	۱/۵۲
	پیگیری	۱۳/۶۰	۱/۸۸	۱۱/۰۰	۲/۲۴	۱۴/۲۰	۱/۸۲	۱۱/۶۰	۱/۵۵	۱۱/۷۳	۱/۲۸
انگیزش	پیش‌آزمون	۹/۵۳	۱/۰۶	۸/۹۳	۱/۳۹	۹/۸۷	۲/۲۰	۸/۸۷	۱/۸۱	۱۱/۷۳	۱/۵۳
	پس‌آزمون	۱۲/۹۳	۱/۳۳	۱۳/۲۷	۰/۸۸	۱۳/۹۳	۱/۸۷	۱۱/۹۳	۲/۱۹	۱۱/۹۳	۱/۸۷
	پیگیری	۱۳/۰۷	۱/۷۱	۱۳/۱۳	۱/۴۱	۱۴/۶۰	۱/۹۲	۱۱/۳۳	۳/۲۹	۱۲/۲۷	۱/۲۲
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۳۷/۴۰	۲/۰۳	۲۶/۹۳	۱/۷۹	۳۷/۴۰	۳/۰۹	۲۶/۸۰	۲/۱۱	۲۶/۹۳	۲/۷۴
	پس‌آزمون	۲۹/۲۷	۱/۲۸	۲۸/۳۳	۱/۵۹	۲۹/۰۰	۱/۶۰	۲۹/۶۷	۱/۳۵	۲۶/۴۷	۲/۷۷
	پیگیری	۲۸/۸۰	۱/۴۲	۲۷/۷۳	۱/۴۴	۲۸/۵۳	۲/۰۷	۲۹/۱۳	۱/۳۶	۲۶/۴۰	۲/۸۵

همچنین توزیع تجربی آماره‌های مورد نیاز را در اختیار قرار می‌دهد. به منظور پیاده سازی این الگوریتم، مدل رگرسیون با اثرات آمیخته که معادل با مدل آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر است در نرم‌افزار SPSS برآزش داده شد و پس از برآورد پارامترهای مدل رگرسیون با اثرات آمیخته فرض صفر بودن پارامترهای مدل با استفاده از روش بوت استرپ مورد مورد آزمون قرار گرفت. در جدول ۳ تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر هریک از متغیرهای پژوهش توسط مدل رگرسیون با اثرات مختلط مورد بررسی و نتایج با استفاده از آزمون پارامتری و آزمون ناپارامتری بوت استرپ گزارش شده است. جدول ۳ برآورد پارامترهای مدل رگرسیون با اثرات آمیخته را برای بررسی و مقایسه میزان تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر متغیرهای وابسته پژوهشی نمایش می‌دهد. در ستون آخر این جدول نتیجه آزمون فرض پارامتر متناظر با استفاده از روش ناپارامتری بوت استرپ گزارش شده است.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش توسط مدل آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر می‌بایست پیش‌فرض‌های اساسی آن را نیز مد نظر قرار داد. دو پیش‌فرض اساسی مدل آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر در این مطالعه توزیع نرمال دو متغیره و فرض همسانی ماتریس کواریانس در گروه‌های مختلف است. در صورتی که حجم نمونه به اندازه کافی بزرگ باشد انحراف از فرض نرمالیتی توزیع توام متغیرهای پاسخ تأثیر چندانی بر نتایج گزارش شده نخواهند داشت. اگرچه در صورتی که انحراف از فروض کرویت یا همسانی ماتریس کواریانس می‌تواند نتایج بدست آمده را مخدوش نماید. آزمون کرویت در مدل آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر انجام شد و ملاحظه گردید که به جز متغیر گذرگاه و شادی، فرض کرویت برای مدل اندازه‌های مکرر برآزش داده شده برای سایر متغیرها برقرار نیست. با توجه به عدم برقرار فرض کرویت در مدل اندازه‌های مکرر، در این مطالعه از روش ناپارامتری بوت استرپ برای آزمون فرض‌های مربوط استفاده گردیده است. الگوریتم بوت استرپ یک روش ناپارامتری مبتنی بر باز نمونه‌گیری است که اندازه دقت و

جدول ۳) برآورد پارامترهای مدل اندازه رگرسیون با اثرات آمیخته به تفکیک برای متغیرهای وابسته

متغیر	پارامتر	برآورد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	اندازه اثر	مقدار احتمال	مقدار احتمال (بوت استرپ)
تامل اجتماعی	اثر اصلی گروه*	گروه (الکساندر)	۱۰/۷۶۲	۱/۰۷۹	۸۹/۴۳۳	۹/۹۷۱	۲/۱۱	۰/۰۰۱
		گروه (دوساهو)	۸/۶۸۴	۱/۱۹۸	۸۹/۴۳۳	۷/۲۵۰	۱/۵۳	۰/۰۰۱
		گروه (خاطره‌گویی و ایفای نقش)	۸/۰۷۰	۰/۰۸۱	۸۹/۴۳۳	۷/۴۶۵	۱/۵۷	۰/۰۰۱
		گروه (ترکیبی)	۸/۲۵۱	۱/۰۶۹	۸۹/۴۳۳	۷/۷۲۲	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	اثر متقابل زمان و گروه*	الکساندر	-۲/۰۶۷	۰/۷۹۹	۶۸/۹۸۸	-۲/۵۸۶	-	۰/۲۲۱
		دوساهو	-۰/۴۷۶	۰/۸۹۱	۶۸/۹۲۹	-۰/۵۳۴	-	۰/۷۳۵
		خاطره‌گویی و ایفای نقش	۰/۱۵۷	۰/۸۰۲	۶۸/۹۶۱	۰/۱۹۶	-	۰/۹۰۶
		ترکیبی	-۰/۵۴۰	۰/۷۹۲	۶۸/۹۷۴	-۰/۶۸۲	-	۰/۶۷۰
شادی	اثر اصلی گروه*	گروه (الکساندر)	۲۰/۸۰۸	۴/۰۱۹	۸۸/۸۸۱	۵/۱۷۷	۱/۰۹	۰/۰۰۱
		گروه (دوساهو)	۱۶/۳۲۲	۳/۹۵۸	۸۸/۸۸۱	۴/۱۲۴	-۰/۸۷	۰/۰۰۱
		گروه (خاطره‌گویی و ایفای نقش)	۲۴/۷۶۶	۳/۹۱۷	۸۸/۸۸۱	۶/۳۳۲	۱/۳۴	۰/۰۰۱
		گروه (ترکیبی)	۱۲/۴۸۰	۳/۹۵۲	۸۸/۸۸۱	۳/۱۵۸	۰/۶۷	۰/۰۰۲
	اثر متقابل زمان و گروه*	الکساندر	-۷/۸۳۵	۲/۹۳۵	۶۹/۰۳۴	-۲/۶۷۰	-	۰/۱۷۶
		دوساهو	-۳/۸۹۸	۲/۸۹۴	۶۹/۰۱۳	-۱/۳۴۷	-	۰/۴۸۳
		خاطره‌گویی و ایفای نقش	-۳/۴۰۷	۲/۸۶۶	۶۹/۰۱۱	-۱/۱۸۹	-	۰/۵۳۱
		ترکیبی	-۴/۸۷۳	۲/۸۸۸	۶۹/۰۳۳	-۱/۶۸۷	-	۰/۳۶۱
رضایت از زندگی	اثر اصلی گروه*	گروه (الکساندر)	۵/۶۳۳	۱/۱۵۷	۸۱/۹۱۳	۴/۸۶۸	۱/۰۷	۰/۰۰۱
		گروه (دوساهو)	۷/۳۵۷	۰/۰۷۸	۸۱/۹۱۳	۶/۸۲۵	۱/۵۰	۰/۰۰۱
		گروه (خاطره‌گویی و ایفای نقش)	۵/۹۲۴	۱/۰۸۰	۸۱/۹۱۳	۵/۴۸۳	۱/۲۱	۰/۰۰۱
		گروه (ترکیبی)	۴/۰۶۶	۱/۱۰۲	۸۱/۹۱۳	۳/۶۸۹	-۰/۸۱	۰/۰۰۱
	اثر متقابل زمان و گروه*	الکساندر	۰/۷۴۱	۰/۶۹۹	۶۹/۰۴۶	۱/۰۶۰	-	۰/۶۱۹
		دوساهو	۰/۷۴۰	۰/۶۵۴	۶۹/۰۰۴	۱/۱۳۱	-	۰/۴۰۰
		خاطره‌گویی و ایفای نقش	۱/۵۹۸	۰/۶۵۵	۶۹/۰۱۴	۲/۴۳۸	-	۰/۱۲۱
		ترکیبی	۰/۵۲۰	۰/۶۶۷	۶۹/۰۲۶	۰/۷۷۹	-	۰/۵۲۷
گذرگاه	اثر اصلی گروه*	گروه (الکساندر)	۳/۱۳۸	۰/۴۶۲	۱۰۸/۴۹۸	۶/۷۹۰	۱/۳۰	۰/۰۰۱
		گروه (دوساهو)	۳/۴۵۴	۰/۵۵۸	۱۰۸/۴۹۸	۶/۱۹۳	۱/۱۸	۰/۰۰۱
		گروه (خاطره‌گویی و ایفای نقش)	۳/۱۰۳	۰/۴۷۵	۱۰۸/۴۹۸	۶/۵۳۷	۱/۲۵	۰/۰۰۱
		گروه (ترکیبی)	۰/۰۸۳	۰/۴۹۸	۱۰۸/۴۹۸	۴/۱۸۰	-۰/۸۰	۰/۰۰۱
	اثر متقابل	-۰/۴۲۱	۰/۴۵۷	۶۸/۹۶۴	-۰/۹۲۲	-	۰/۵۳۳	

متغیر	پارامتر	برآورد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	اندازه اثر	مقدار احتمال	مقدار احتمال (بوت استرپ)
زمان و گروه*	دوساهو	-۴/۴۷۰	۰/۵۵۲	۶۸/۹۲۱	-۲/۶۶۳	-	۰/۰۱۰	۰/۱۱۵
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	۰/۵۹۴	۰/۴۶۹	۶۸/۹۵۹	۱/۲۶۷	-	۰/۲۰۹	۰/۳۱۰
	ترکیبی	-۰/۴۷۶	۰/۴۹۳	۶۸/۹۴۸	-۰/۹۶۷	-	۰/۳۳۷	۰/۳۷۸
اثر اصلی گروه*	گروه (الکساندر)	۲/۴۶۳	۰/۶۲۴	۱۳۰/۲۷۲	۳/۹۴۷	-۰/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	گروه (دوساهو)	۳/۱۸۱	۰/۶۵۸	۱۳۰/۲۷۲	۴/۸۳۵	-۰/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	گروه (خاطره‌گویی و ایفای نقش)	۳/۲۳۵	۰/۶۱۰	۱۳۰/۲۷۲	۵/۳۰۰	-۰/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
اثر متقابل زمان و گروه*	گروه (ترکیبی)	۱/۹۱۲	۰/۶۵۸	۱۳۰/۲۷۲	۲/۹۰۵	-۰/۵۰	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳
	الکساندر	-۰/۲۷۰	۰/۷۷۱	۶۹/۳۴۹	-۰/۳۵۰	-	۰/۷۲۷	۰/۷۹۰
	دوساهو	-۰/۵۸۳	۰/۸۱۲	۶۹/۳۶۰	-۰/۷۱۸	-	۰/۴۷۵	۰/۵۳۳
اثر اصلی گروه*	گروه (الکساندر)	۲/۵۰۱	۰/۳۹۳	۱۰۰/۱۷۴	۶/۳۶۸	۱/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	گروه (دوساهو)	۱/۸۱۷	۰/۳۹۶	۱۰۰/۱۷۴	۴/۵۹۳	-۰/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	گروه (خاطره‌گویی و ایفای نقش)	۲/۲۳۱	۰/۳۹۳	۱۰۰/۱۷۴	۵/۶۷۵	۱/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
اثر متقابل زمان و گروه*	گروه (ترکیبی)	۳/۲۵۱	۰/۳۹۲	۱۰۰/۱۷۴	۸/۲۸۵	۱/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	الکساندر	-۰/۳۸۳	۰/۳۴۵	۷۰/۲۷۰	-۱/۱۱۳	-	۰/۲۷۰	۰/۴۹۲
	دوساهو	-۰/۴۲۹	۰/۳۴۷	۷۰/۲۸۲	-۱/۲۳۶	-	۰/۲۲۱	۰/۴۷۶
اثر اصلی گروه*	خاطره‌گویی و ایفای نقش	-۰/۳۷۸	۰/۳۴۵	۷۰/۲۷۰	-۱/۰۹۵	-	۰/۲۷۷	۰/۵۲۶
	ترکیبی	-۰/۳۸۶	۰/۳۴۴	۷۰/۲۸۶	-۱/۱۲۳	-	۰/۲۶۵	۰/۴۹۰

\* گروه کنترل به عنوان گروه مرجع انتخاب شده است.

در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در این مدل اثر اصلی گروه معنی‌دار است ولی هیچ‌یک از پارامترهای مربوط به اثر متقابل زمان و گروه معنی‌دار نیست. بنابراین می‌توان گفت که هر چهار روش درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش نمرات متغیرهای وابسته شده‌اند. همچنین اندازه‌های اثر بالاتر از ۰/۸ و بسیار مطلوب می‌باشند که نشان از تأثیر بسیار خوب هر چهار مداخله درمانی دارد. به منظور مقایسه دو به دو روش‌های درمانی چهارگانه بر نمرات متغیرهای وابسته مدل رگرسیون اشاره شده با تغییر گروه مرجع مجدداً برازش داده شد. جدول ۴ تفاوت میانگین نمرات متغیرهای وابسته را در گروه‌های مختلف به طور دو به دو نمایش می‌دهد. مقدار نمایش داده شده در هر سلول این جدول اختلاف

میانگین متغیرهای وابسته را در گروه مشخص شده در سطر جدول از میانگین متغیرهای وابسته در گروه مشخص شده در ستون متناظر نمایش می‌دهد. آزمون معنی‌داری این اختلاف با استفاده از روش ناپارمتری بوت استرپ انجام گرفته است. ملاحظه می‌شود که تأثیر روش درمانی الکساندر در متغیر تعامل اجتماعی به طوری معنی‌داری از روش‌های درمانی دوساهو، ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش و ترکیبی بیش‌تر است. سه روش درمانی دوساهو، خاطره‌گویی و ترکیبی نیز اختلاف معنی‌داری با یکدیگر ندارند. ملاحظه می‌شود که هر سه روش درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر شادی، رضایت از زندگی، گذرگاه و سلامت عملکردی شده‌اند. اگرچه روش ترکیبی به طور

نقش به طور معنی‌داری بیشتر از روش درمانی الکساندر داشته است. روش‌های درمانی الکساندر و ترکیبی اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشته‌اند.

معنی‌داری تأثیر کم‌تری نسبت به سایر روش‌های درمانی داشته است. همچنین هر سه روش درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر انگیزش شده‌اند. اگرچه تأثیر روش درمانی دوساهو و ترکیب خاطره‌گویی و ایفای

جدول ۴) مقایسه نمرات تعدیل شده پس‌آزمون در گروه‌های مختلف به تفکیک متغیرهای وابسته

متغیر	الکساندر	دوساهو	خاطره‌گویی	ترکیبی	کنترل
تعامل اجتماعی	الکساندر		۲/۶۹۲**	۲/۵۱۱**	۱۰/۷۶۲**
	دوساهو	-۲/۰۷۸*		۰/۶۱۴	۸/۶۸۴**
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	-۲/۶۹۲**	-۰/۶۱۴		۸/۰۷۰**
	ترکیبی	-۲/۵۱۱**	-۰/۴۳۳	۰/۱۸۱	
	کنترل	-۱۰/۷۶۲**	-۸/۶۸۴**	-۸/۰۷۰**	-۸/۲۵۱**
شادی	الکساندر		۴/۴۸۶	۸/۳۲۸**	۲۰/۸۰۸**
	دوساهو	-۴/۴۸۶		-۳/۹۵۸	۱۶/۳۲۲**
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	۳/۹۵۸	۸/۴۴۴**		۲۴/۷۶۶**
	ترکیبی	-۸/۳۲۸**	-۳/۸۴۲*	-۱۲/۲۸۶**	
	کنترل	-۲۰/۸۰۸**	-۱۶/۳۲۲**	-۲۴/۷۶۶**	-۱۲/۴۸۰**
رضایت از زندگی	الکساندر		۱/۷۲۴*	۱/۴۳۲*	۵/۶۳۳**
	دوساهو	۱/۷۲۴*		-۰/۲۹۲	۷/۳۵۷**
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	۰/۲۹۲	-۱/۴۳۲*		۵/۹۲۴**
	ترکیبی	-۱/۵۶۶*	-۳/۲۹۰**	-۱/۸۵۸**	
	کنترل	-۵/۶۳۳**	-۷/۳۵۷**	-۵/۹۲۴**	-۴/۰۶۶**
گذرگاه	الکساندر		۰/۳۱۶	۰/۳۱۶	۳/۱۳۸**
	دوساهو	۰/۳۱۶		-۰/۳۱۶	۳/۴۵۴**
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	-۰/۳۱۶	-۰/۳۱۶		۳/۱۰۳**
	ترکیبی	-۱/۰۵۵**	-۱/۳۷۱**	-۱/۰۲۰**	
	کنترل	-۳/۱۳۸**	-۳/۴۵۴**	-۳/۱۰۳**	-۲/۰۸۳**
انگیزش	الکساندر		۰/۷۱۸*	۰/۷۱۸*	۲/۴۶۳**
	دوساهو	۰/۷۱۸*		-۰/۰۵۴	۳/۱۸۱**
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	۰/۷۱۸*	۰/۰۵۴		۳/۲۳۵**
	ترکیبی	-۰/۵۵۱	-۱/۲۶۹**	-۱/۳۲۳**	
	کنترل	-۲/۴۶۳**	-۳/۱۸۱**	-۵/۲۳۵**	-۱/۹۱۲**
سلامت عملکردی	الکساندر		۰/۶۸۴*	۰/۶۸۴*	۲/۵۰۱**
	دوساهو	-۰/۶۸۴*		-۰/۴۱۴	۱/۸۱۷**
	خاطره‌گویی و ایفای نقش	-۰/۲۷۰	۰/۴۱۴		۲/۲۳۱**
	ترکیبی	۰/۷۵۰**	۱/۴۳۴**	۱/۰۲۰**	
	کنترل	-۲/۵۰۱**	-۱/۸۱۷**	-۲/۲۳۱**	-۳/۲۵۱**

\*\* معنی‌دار در سطح آزمون ۰/۰۱ \* معنی‌دار در سطح آزمون ۰/۰۵

تکنیک الکساندر، روش دوساهو، ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش و یک روش جامع که ترکیبی از هر چهار مداخله پیشین بود، بر مؤلفه‌های مثبت بهزیستی روانشناختی یعنی تعامل اجتماعی، رضایت از زندگی، شادی سالمندان و

با توجه به اهمیت بهزیستی روانشناختی در سالمندی و بر اساس تعاریف دقیق سازمان بهداشت روانی از این متغیر، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله‌های چهارگانه یعنی

### بحث

یکپارچه‌ای<sup>۲</sup> در مورد گذشته می‌شود که این دیدگاه شامل خاطرات و دستاوردهای مثبت در کنار تطبیق<sup>۳</sup> و پذیرش شکست‌ها و نومی‌دی‌ها می‌شود و در حالت ایده‌آل به کسب خرد، به معنی تجربه‌ی معناداری زندگی و پذیرش مرگ منجر می‌شود. این نوع مرور که در خاطره‌گویی نیز رخ می‌دهد، می‌تواند موجب شادی گردد. همچنین وبستر کارکردهای مختلف خاطره‌گویی را شناسایی و هشت نوع کارکرد مختلف آن را معرفی کرد که یکی از آنها کاهش ملال<sup>۴</sup> است و به معنای فکر کردن در مورد گذشته به منظور فرار از یک محیط فاقد تحرک یا گریز از فقدان شرکت در فعالیت‌های هدفمند می‌باشد (۵۹). این کارکرد نیز می‌تواند تأثیر خاطره‌گویی بر شادی را تبیین کند.

و نیز نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی یعنی تکنیک الکساندر، روش دوساهو، ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر رضایت شده‌اند. اگرچه روش ترکیبی به طور معنی‌داری تأثیر کم‌تری نسبت به سایر روش‌های درمانی داشته است. رضایت از زندگی نوعی احساس شادی کلی و عمیق درونی است که ناشی از تجربه‌های فردی در جهان بیرون است یعنی منعکس‌کننده‌ی احساس و نظر کلی فرد در یک جامعه نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند. رضایت از زندگی در هر جامع‌های به میزان متفاوتی ظهور می‌کند و متأثر از عوامل عدیده‌ای است. در تکنیک الکساندر فرد به طور کلی وضعیت جسمی و روانشناختی خود را بهبود می‌بخشد و بنابراین احتمالاً ارزیابی بهتری از زندگی پیدا خواهد کرد. بهبود وضعیت جسمانی و نیز اراده در تکنیک دوساهو باعث می‌شود فرد تجربیات بهتری را در جهان بیرونی داشته باشد که به منزله رضایت بیشتر از زندگی است. خاطره‌گویی نیز با افزایش احساسات مثبت و ایجاد صمیمیت و مدیریت احساسات فعلی باعث رضایت از زندگی می‌شود.

نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی یعنی تکنیک الکساندر، روش دوساهو، ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر گذرگاه شده‌اند. اگرچه روش ترکیبی به طور معنی‌داری تأثیر کم‌تری

سلامت عملکردی انجام شد. نتایج نشان داد که تأثیر روش درمانی الکساندر بر متغیر تعامل اجتماعی به طوری معنی‌داری از روش‌های درمانی دوساهو، خاطره‌گویی و ترکیبی بیشتر است و سه روش درمانی دوساهو، خاطره‌گویی و ترکیبی نیز اختلاف معنی‌داری با یکدیگر ندارند. بر اساس موندن و هارر (۳۸) تکنیک الکساندر سرگرم‌کننده، آرام‌بخش و افزایش‌دهنده فعالیت است. بر همین اساس احتمالاً با استفاده از تکنیک الکساندر فرد خلق بهتر و تمایل بیشتری برای تعامل با دیگران پیدا می‌کند. روش دوساهو نیز با افزایش احساس کنترل اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد (۵۷) که می‌تواند سبب افزایش تعامل با دیگران در سالمند گردد. همچنین، خاطره‌گویی اساساً مداخله‌ای است که موجب تعامل اجتماعی می‌شود و با ارتقای تعاملات اجتماعی و استفاده از خاطره‌گویی به عنوان سرگرمی برای اوقات فراغت می‌توان سبب کاهش احساس تنهایی و نیز افسردگی فرد سالمند شد. شنیدن خاطرات افراد دیگر نیز باعث فراخوانی خاطرات نیمه فراموش شده‌ی گذشته‌مان می‌شود و از این طریق می‌تواند حس داشتن تجربه‌ی مشترک بین ما و افراد دیگر، ایجاد شود (۵۸). روش ترکیبی نیز با بهره‌گیری از همه جنبه‌های مثبت هر سه روش مذکور دیگر می‌تواند بر تعامل اجتماعی مؤثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر شادی شده‌اند. اگرچه روش ترکیبی به طور معنی‌داری تأثیر کم‌تری نسبت به سایر روش‌های درمانی داشته است. بر اساس موندن و هارر (۳۸) تکنیک الکساندر سرگرم‌کننده و آرام‌بخش است. نتیجه این تکنیک احساس آرامش و انرژی بیشتر است که به دنبال آن خلق فرد را بهبود می‌بخشد و احتمالاً موجب شادکامی و خلق مثبت فرد می‌گردد. هاریزوکا (۵۷) معتقد است دوساهو احساس کارآمدی و تسلط بر خود را افزایش می‌دهد و این موضوع احتمالاً تعیین‌کننده اثر بادام و بالای دوساهو بر شادکامی فرد است. این یافته مشابه پژوهش پورکمالی و همکاران (۴۰) است. از سوی دیگر، اریکسون در سال ۱۹۵۹ نظریه‌ی تحولی خود به روشنی آخرین مرحله از زندگی را به عنوان دوره‌ی مرور زندگی<sup>۱</sup> در نظر می‌گیرد. فرآیند مرور زندگی موفقیت‌آمیز، موجب رسیدن به دیدگاه

2. Integrated view
3. Reconciliation
4. Boredom reduction

1. Life review

تکنیک الکساندر با ایجاد احساس سلامت و نداشتن بیماری و نیز به تأخیر انداختن افت جسمی نتایج روانشناختی مانند انگیزش را به بار می‌آورد.

همچنین در یافته‌ها ملاحظه شد که هر سه روش درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر عملکرد جسمانی شده‌اند. اگرچه روش ترکیبی به طور معنی‌داری تأثیر بیشتری نسبت به سایر روش‌های درمانی داشته است. انجام تکنیک الکساندر سبب کاهش یا جلوگیری از احساس ناراحتی یا درد در کمر، گردن، شانه، لگن و زانو یا پاها، تنگی نفس، ناراحتی‌های گوارشی، خستگی یا افسردگی می‌شود؛ افراد، در طی آموزش آن یاد می‌گیرند چگونه فعالیت‌های روزانه خود را به طور مؤثرتری مدیریت کنند، به گونه‌ای راه بروند که از آسیب جلوگیری کند (۶۱) و آزادتر تنفس کنند که نتیجه اینها احساس آرامش و انرژی بیشتر و در نتیجه عملکرد جسمانی مناسب‌تر است. تأثیر روش دوساهو بر عملکرد جسمانی نیز مربوط است به بخش فیزیولوژیکی این روش که شامل حرکات بدنی و وضعیت بدنی<sup>۱</sup> هستند. این بخش از روش دوساهو به فرد حرکات بدنی و وضعیت بدنی مناسب را نشان می‌دهد و باعث بهبود عملکرد جسمانی می‌گردد. خاطره‌گویی نیز با یادآوری خاطرات موفقیت‌آمیز گذشته موجب احساس کفایت و توانمندی می‌شود که می‌تواند به صورت بهبود فعالیت جسمانی خود را نشان دهد. روش ترکیبی نیز از هر دو جنبه جسمانی و روانشناختی سه روش پیشین بهره می‌برد و باعث بهبود عملکرد جسمانی می‌شود.

این پژوهش اهمیت مداخله‌های روانشناختی بر بهزیستی روانشناختی را اثبات نمود. بر اساس یافته‌ها استفاده از مداخله‌های تکنیک الکساندر، دوساهو، خاطره‌گویی و روش ترکیبی برای ارتقای مؤلفه‌های مثبت روانشناختی و سلامت عملکردی سالمندان توصیه می‌گردد. این روش‌ها می‌توانند تأثیر واقعی ایجاد کنند. از طرف دیگر کاربرد این تکنیک‌ها ارزان و مقرون به صرفه است. چون نیاز به تخصص و وسایل خاصی ندارد. با توجه به عوارض ناشی از دارودرمانی و پیچیدگی روش‌هایی مانند رفتار درمانی شناختی و روان درمانی بین فردی استفاده از این روش‌ها منطقی به نظر می‌رسد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر از لحاظ کاربردی،

نسبت به سایر روش‌های درمانی داشته است. طبق مفهوم‌سازی اسنایدر «گذرگاه‌ها» قدرت برنامه‌ریزی راه‌های گوناگون برای رسیدن به اهداف خویش است. تفکر گذرگاهی مربوط به توانایی فرد برای غلبه بر موانع و شناخت راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف می‌باشد، یعنی فرد راه‌های مؤثر و موجه رسیدن به اهداف مورد نظرش را می‌داند. اصول اساسی ساده تکنیک الکساندر سبب فراهم آوردن راحتی و آسایش و احساس توانمندی می‌شود (۶۰). بنابراین فرد پس از قرار گرفتن تحت مداخله الکساندر احساس خواهد کرد که توانایی غلبه بر موانع و دستیابی به اهداف خود را دارد. در دوساهو نیز تأکید زیادی بر اراده و تلاش واقعی است که تقویت آن می‌تواند بر گذرگاه تأثیر مثبت داشته باشد. بنابراین، گفتن خاطرات برای فردی دیگر یا در یک گروه، می‌تواند فایده‌ی درمانی داشته باشد؛ به این دلیل که سهیم کردن دیگران در خاطرات خود ممکن است احساس تمامیت خود را در افراد تسهیل کند. به نظر می‌رسد خاطره‌گویی با بهبود بخشیدن به سازماندهی شناختی و ارتقای عملکرد شناختی سبب مقابله مناسب با مسائل زندگی (گذرگاه) می‌شود.

و نیز نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی یعنی تکنیک الکساندر، روش دوساهو، ترکیب خاطره‌گویی و ایفای نقش به طور معنی‌داری باعث افزایش میانگین متغیر انگیزش شده‌اند. اگرچه تأثیر روش درمانی دوساهو و خاطره‌گویی به طور معنی‌داری بیش‌تر از روش درمانی الکساندر داشته است. روش‌های درمانی الکساندر و ترکیبی اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشته‌اند. مؤلفه‌ی انگیزش در نظریه امید به زندگی، این باور شخصی را می‌سازد که شخص می‌تواند حرکت در طول مسیرهای محتمل را برای رسیدن به اهداف خویش شروع و تحمل کند. این بعد است که انرژی روانی برای استفاده از گذرگاه‌ها از آن به کار گرفته می‌شود. چون روش دوساهو باعث تقویت اراده، کنترل فرد بر حرکت و سلامت جسمی و روانی می‌شود. اعتماد به نفس سالمند را بالا می‌برد و باعث ایجاد انگیزه در وی می‌گردد. در خاطره‌گویی نیز، با یادآوری گذشته و خاطرات آن، شواهدی برای راهبردهای مقابله‌ای موفق گذشته پدیدار می‌شود که به واسطه آن افراد ارزش و لیاقت بیشتری را احساس می‌کنند و بنابراین انگیزه بالاتری خواهند یافت. همچنین به نظر می‌سد که استفاده از

10. Narimani M, samadifard H. Social Health in the elderly: The Role of Self-esteem, Self-efficiency and happiness. *Aging Psychology*. 2017; 3(3): 199-206. [Persian].

11. Luchesi BM, Oliveira NA, Morais D, Pessoa RM, Pavarini SC, & Chagas MH. Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics Journal*. 2018; 74(9): 83-7.

12. Ghadampour E, moradzadeh S, Shahkarami M. The Effectiveness of Mindfulness Training on Increasing Happiness and Improving Quality of Life in Elderly. *Aging Psychology*. 1970; 4(1): 27-38. [Persian].

13. Keeler M, Jack M, Tian H. The Impact of Functional Status on Life Expectancy in Older Persons. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci*. 2010; 65(7): 727-33.

14. Snyder CR. *Handbook of HOPE: Theory, Measures, and Applications*. Edited by C. R. Snyder, academic press, USA. 2000.

15. Snyder CR, Harris JR, Hollerson SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobo L, Gibb J, Langelle C, & Harney P. The Eill and Eay: Development and Validation of an Individual Difference Measure of Hope, *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 64(4): 570-758.

16. Chang EC, Jilani Z, Fowler EE, Yu T, Chia SW, Yu EA, ... & Hirsch JK. The relationship between multidimensional spirituality and depressive symptoms in college students: Examining hope agency and pathways as potential mediators. *J positive psycho*. 2016; 11(2): 189-98.

17. Healy LM, & Link RJ. *Hand book of international social work, Human Rights, Development and The Global Profession*. London: Oxford University Press, Inc; 2012.

18. Baily TC, & Snyder CR. Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*. 2007; 57(2): 233-40.

19. Wells M. *The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought*. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of Texas A and B; 2005.

20. Stinson C, Kirk E. Structured Reminiscence: An Intervention to Decrease Depression and Increase Self transcendence in Older Woman. *JCN*. 2005; 15(2).

21. Mei Y, & Zhang Z. Effect of couple-based reminiscence therapy on elderly stroke survivors and their spouse caregivers. *Innovation in Aging*. 2017; 1(1): 1162.

22. Hsieh HF, & Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(4): 335-45.

23. Wu LF, & Koo M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on

پیامدی که از اهمیت زیادی برخوردار است، اینکه در بسیاری از کانون‌های مربوط به بازنشستگان سنجش دوره‌ای بهزیستی روانشناختی و سپس اجرای برنامه‌های مختلف درمانی و آموزشی تعدیل سلامت روان پیش از هر برنامه دیگری ضرورت دارد. لذا پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران آینده در جهت ارتقاء حالات روانشناختی مثبت سالمندان در مطالعات آتی خود اقدام کنند. با این وجود نمونه پژوهش حاضر تنها شامل جامعه زنان سالمند بود و تعمیم نتایج به جامعه مردان و یا سایر گروه‌های سنی باید با احتیاط صورت گیرد.

### منابع

1. Levy BR, Slade MD, & Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002; 57B: 409-17.

2. Su H, Zhou Y, Cao J, Wang L, & Xing L. *The mediating effect of coping style on personality and mental health among elderly Chinese empty-nester: A cross-sectional*. *Archives of Gerontology and Geriatrics, Archives of Gerontology and Geriatrics*, In Press; 2018. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.01.004>.

3. Amani R. Happiness in the Elderly: The Role of Self-Esteem. *Journal of aging psychology*. 2016; 2(1): 73-80. [Persian].

4. Jahanbakhsh Ganjeh S, Oreyzi H. The relationship of job demands, job control with job stress, positive affect and negative affect among employees. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2012; 2(2): 75-90. [Persian].

5. Pavot W. The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Positive Psycho*. 2008; 3(2): 52-137.

6. Nakahara J. Effects of social activities outside the home on life satisfaction among elderly people living alone. *International J Psycho Studies*. 2013; 5(1): 112.

7. James BD, Wilson RS, Barnes LL, & Bennett DA. Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. *J the International Neuropsychological Society: JINS*. 2011; 17(6): 998-1005.

8. ang XL, & Altinay L. Improving elderly social well-being through hospitality: the interface between service, social interaction, satisfaction and quality of life; 2015.

9. Keykhosravi Beygzadeh Z, Rezaei A, Khalouei Y. The Relationship Between Social Support and Life Satisfaction with Happiness Among Home-Dwelling Older Adults in Shiraz. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(2): 172-179. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-683-en.html> [Persian].

35. Banoofatemeh S. The Effect of the implementation of the alexander technique on mothers' well-being: the case for the mothers referring to the health care centers in the county of Golpayegan in 2015. Master's degree (M.D.) Department of Midwifery & Nursing, City: Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences. 2015. [Persian].
36. Leibowitz J, & Connington B. *The Alexander Technique*. Souvenir Press. 2011.
37. Stallibrass C, & Hampson M. The Alexander technique: its application in midwifery and the results of preliminary research into Parkinson's. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 2001; 7(1): 13-18.
38. Munden JB, & Harer S. *The Alexander technique resource book: a reference guide*. Lanham, Md.: Scarecrow Press. 2009.
39. Woodman JP, & Moore NR. Evidence for the effectiveness of Alexander Technique lessons in medical and health-related conditions: a systematic review. *International journal of clinical practice*. 2012; 66(1): 98-112.
40. pourkamali T, Yazdkhasti F, oreizi H, Chitsaz A. The comparison of the Effectiveness of Massage Therapy, Alexander Technique, and Dohsa-hou Treatment on Happiness, Social Adjustment, Hope, Mental Health and Quality of life in Elderly with Parkinson. *Aging Psychology*. 2016; 2(1): 23-35. [Persian].
41. Banoofatemeh S, Oreyzi HR, Bahadoran P. Effects of implementing the alexander technique on enjoying the sense of motherhood in the postpartum period. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017; 22(5): 392-7. [Persian].
42. Jain S, Janssen K, & DeCelle S. Alexander technique and Feldenkrais method: a critical overview. *Physical Medicine Rehabilitation*. 2004; 15: 811-25.
43. Blum J. Physical activity Patterns and Maternal well-Being in postpartum women. *Maternal and child Health Journal*. 2004; 8(3): 163-9.
44. Costarella M, Monteleone L, Steindler R, & Zuccaro SM. Decline of physical and cognitive conditions in the elderly measured through the functional reach test and the mini-mental state examination. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2010; 50(3): 332-7.
45. Kristl M. The Alexander Technique as a management tool of a connective tissue disorder. *J Bodywork Move Ther*. 2011; 8(8): 181-90.
46. Beattie A. *Participating in a delivering the ATEAM trial) Alexander technique lessons, exercise, and massage) interventions for chronic back pain: A qualitative study of professional perspectives*. 2010.
47. Naruse G. Psychological rehabilitation of cerebral Palsy-I: On relaxation behavior. *Japanese Journal of Educational Social Psychology*. 1967; 8: 47-77.
- hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International J geriatric psychiatry*. 2016; 31(2): 120-7.
24. Kunz JA, & Soltys FG. *Transformational Reminiscence: Life story work*. New York: Springer publishing 2007.
25. Jonsdottir H, Jonsdottir G, Steingrimsdottir E, & Tryggvadottir B. Group reminiscence among people with end-stage chronic lung diseases. *Issues and Innovations in Nursing Practices*. 2001; 35(1): 79-87.
26. Sutipan P, Intarakamhang U, & Macaskill A. The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *J Happiness Studies*. 2017; 18(1): 269-91.
27. Sadri Damirchi E, Ghomi M, Esmaeli Ghazi Valoii F. Effectiveness of Life Review Group Therapy on Psychological Well-Being and the Life Expectancy of Elderly Women. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(3): 312-25. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1152-en.html> [Persian].
28. Yazdanbakhsh k. Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. *Journal of Aging Psychology*. 2016; 1(3): 179-85. [Persian].
29. Kooshyar H, Ghanbari Hashemabadi B A, Esmaili H, Parvandi Z, Ghandeharian F, Habibi R. Effects of Group Reminiscence Therapy on Disability of Nursing Home Residents in Mashhad – Iran 1390. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7(3): 21-9. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-503-en.html> [Persian].
30. You S, Kim E, & Lee D. Virtually real: exploring avatar identification in game addiction among massively multiplayer online role-playing games (MMORPG) players. *Games and Culture*. 2017; 12(1): 56-71.
31. Mahood C, & Hanus M. Role-playing video games and emotion: How transportation into the narrative mediates the relationship between immoral actions and feelings of guilt. *Psychology of Popular Media Culture*. 2017; 6(1): 61.
32. Robinson-Smith G, Bradley PK, & Meakim C. Evaluating the Use of Standardized Patients in Undergraduate Psychiatric Nursing Experiences. *Clinical Simulation in Nursing*. 2009; 5(6): 203-11.
33. Tavangar L, Yazdkhasti F. Effectiveness of Eclectic Intervention (Cognitive Restructuring, Cognitive Coping Skills and Role playing Approaches) on self-Assertiveness and Social Anxiety among Isfahan University Students. *J Adv Med Biomed Res*. 2013; 21(86): 76-85. URL: <http://zums.ac.ir/journal/article-1-2200-fa.html>
34. Klein SD, Bayard C. & Wolf U. The Alexander Technique and musicians: a systematic review of controlled trials. *BMC complementary and alternative medicine*. 2014; 14: 414.

- Persons with Chronic Neck Pain: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2015; 163: 653-62.
61. Kashani VO, Golmohammadi B, Attarzadeh S. Preparing a Short Version of the International Falls Efficacy Scale to Iranian Olders. *Journal of clinical psychology.* 2018; 10(4): 13-22. [Persian].
48. Fujino H. Effects of Dohsa-hou relaxation on body awareness and psychological distress. *Japanese Psychological Research.* 2012; 54(4): 388-99.
49. Aliakbari Dehkordi M, Dadkhah A, Mehrdadfar F, Mohtashami T, Kordestani D. The Effectiveness of Dohsa-hou Psycho-Rehabilitation on Social Interaction in Children with Cerebral Palsy. *JOEC.* 2011; 11 (3): 245-54. URL: <http://joec.ir/article-1-229-fa.html>
50. Yazdkhasti F, & Shahbazi M. The effect of Dohsa-hou psychic rehabilitation on reduction of attention deficit hyperactivity Disorder and increase of social skills among students with ADHD age 6 to 11. *Journal of research in rehabilitation sciences.* 2012; 8(5): 877-87. [Persian].
51. Poursadoughi A, Dadkhah A, Pourmohamadreza-Tajrishi M, & Biglarian A. Psycho-Rehabilitation Method (Dohsahou) and Quality of Life in Children with Cerebral Palsy. *Iran Rehabil J.* 2015; 13(2): 28-33.
52. Sanayi M, Zardoshtian Sh, Norozi SH. The effect of physical activity on quality of life and life expectancy in elderly in Mazandaran province. *Journal of Sport management studies.* 2015; 5(17): 135-56. [Persian].
53. Hosseini FS, Hossein zadeh R. Effect of physical activity on physical and mental health in elderly men. *Journal of Health and Care.* 2011; 13(2): 19-25. URL: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-88-fa.html> [Persian].
54. Hamid N. The Relationship between Psychological Hardiness, Life Satisfaction, and Hope with Academic Performance of Preschool Female Students. *Journal of quarterly of applied psychology.* 2010; 4(4):101-16. [Persian].
55. Argyle ME. *Psychology of happiness*, translation by Masoud Gohari Anaraki, Hamid Neshat Doost, Mehrdad Kalantari, Isfahan University: Jahad Publications. 2004.
56. Baghaei R, Najarzadeh M, Saei M, Mohamadi N. Functional health literacy in pregnant women in health centers of urmia city-2015. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2017; 15(5): 368-75. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3179-fa.html>
57. Harizuka S. Dohsa-hou for making a sitting posture with legs crossed. *The journal of rehabilitation psychology.* 1992; 19: 27-33.
58. Schweitzer P, & Bruce E. *Remembering Yesterday, Caring Today Reminiscence in Dementia Care a Guide to Good Practice*: JKP London; 2008.
59. Farmani A. *Predicting Memory Functions Based on Five-Factor Model of Personality in the Elderly*, *Postgraduate Thesis in Clinical Psychology*. Shiraz University School of Education and Psychology; 2011. [Persian].
60. MacPherson H, Tilbrook H. Alexander Technique Lessons or Acupuncture Sessions for