

## اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی سالمندان

دکتر رامین حبیبی کلیبر  
دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

✉ جعفر بهادری خسروشاهی  
دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۶

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۰

امروزه جمعیت سالمندان رو به افزایش است و بیماری‌ها و مشکلات حاصل از این مرحله تکاملی می‌تواند به شدت بر سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی تأثیرگذار باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی سالمندان شهر تبریز بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی سالمندان مقیم مراکز سالمندان شهر تبریز بود. نمونه‌ی آماری این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، شامل ۲۶ مرد سالمند ساکن در مؤسسه‌ی سالمندان خوبان شهر تبریز که از شرایط ورود به مطالعه برخوردار بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت واقعیت‌درمانی گروهی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز، خودارزشمندی کروکر و همکاران، بهزیستی اجتماعی کبیز و پروتکل واقعیت‌درمانی غلامی‌حیدآبادی و همکاران بود. داده‌های پژوهش به وسیله آزمون تحلیل کوریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی در سالمندان مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش ضرورت کاربرد واقعیت‌درمانی را در راستای بهبود سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی خاطر نشان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی، بهزیستی اجتماعی، سالمندان

سیمپیکنز، جی، لیس و استامبلر، (۲۰۱۵). سالمندی دورهای از زندگی است که معمولاً از سن ۶۰ سالگی آغاز شده و در آن تغییراتی در شکل و عملکرد اندام‌های درونی و بیرونی بدن رخ می‌دهد. این تغییرات باعث ایجاد اختلال در عملکرد فرد شده و سازگاری وی را با محیط مختل می‌کند (پامپل، ۲۰۰۸). در طول چند دهه‌ی اخیر، نسبت جمعیت سالمندان در دنیا در حال افزایش بوده است. بر اساس برآوردهای آماری سازمان ملل متحد، سالانه حدود ۲/۵ درصد بر تعداد افراد بیش از ۶۵ سال افزوده می‌شود (پروانه، عزیزی و کریمی، ۱۳۹۴). در ایران نیز بر اساس آخرین آمار منتشر شده در سال ۱۳۹۰ جمعیت ۶۰ سال و

امروزه افزایش جمعیت سالمندان به عنوان یک معضل مهم در هر جامعه‌ای مطرح شده و تمامی ابعاد اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را درگیر خود ساخته است (جین،

---

جعفر بهادری خسروشاهی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. رامین حبیبی کلیبر، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به جعفر بهادری خسروشاهی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران باشد.  
پست الکترونیکی: jafar.b2010@yahoo.com

مداوم جامعه و میزان راحتی افراد را در پذیرش دیگران ارزیابی کنند. در مدل کیز (۲۰۰۶) بهزیستی اجتماعی مفهوم چندبعدی است که شامل انسجام اجتماعی<sup>۲</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۳</sup>، شکوفایی اجتماعی<sup>۴</sup>، پیوستگی اجتماعی<sup>۵</sup> و پذیرش اجتماعی<sup>۶</sup> است. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که بهزیستی اجتماعی با زاینده‌گی، نشانگرهای رضایت از زندگی، ملالت، تعهد مدنی و رفتار جامعه‌پسند در پیری همبستگی دارد (کومار، ۲۰۱۳). در این راستا سیف-زاده (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که ۵۶/۵ درصد سالمندان از سلامت و بهزیستی اجتماعی برخوردار و ۴۳/۵ درصد نیز دارای بهزیستی اجتماعی در حد کمی بودند. در واقع سلامت اجتماعی سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردار بودند، بیش از سایر سالمندان است و سالمندان دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردار بودند. همچنین سلامت اجتماعی بالا می‌تواند نیازهای عاطفی و دلبستگی سالمند را ارضا کند و به زندگی‌شان جهت دهد و دیگر اینکه با ترغیب سالمندان برای به کار بستن تمامی سعی و تلاش خود جهت حل مشکلات زندگی به آن‌ها کمک می‌کند تا با مشکلات بهتر مقابله کنند و لذا زندگی پرمعنایی داشته باشند (مکری، ۲۰۱۱). بنابراین ساکنین به دلیل از دست دادن حمایت‌های اجتماعی، مشارکت کمتر در اجتماع، احساس غم و اندوه بیشتری داشته و از سلامت پایینی برخوردارند (کایسا، سیرپا و ایرما، ۲۰۱۶). در واقع سلامت اجتماعی بالا، سالمندان را در مقابل اثرات و ناخوشی‌های زندگی و تنهایی و بسیاری از مشکلات دیگر محافظت کرده و رفاه احساسی و جسمی آنان را ارتقا می‌دهد.

خود ارزشمندی<sup>۷</sup> از ابعاد مهم سازگاری در تمام مراحل زندگی می‌باشد که در سازگاری عاطفی، هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی نقش دارد و این موضوع در سالمندی اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا خودارزشمندی با سلامت روان و رضایت از زندگی مرتبط بوده و کاهش آن سبب ایجاد گرفتاری‌های روحی-روانی متعددی از جمله

بیشتر ایران ۸/۲ درصد معادل ۶/۲ میلیون نفر بوده است (صیادی‌سرنی، حجت‌خواه و رشیدی، ۱۳۹۴). بنابراین سالمندی و شرایط ویژه‌ی افراد سالمند و تأمین بهداشت روانی و جسمانی آن‌ها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (صدری‌دمیرچی و رضانی، ۱۳۹۵).

در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود در حوزه‌ی سلامت به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی قشرهای مختلف جامعه از جمله سالمندان گام‌هایی برداشته شده است، اما آنچه نبود آن در همه عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت سالمندان به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر است. سالمندان، با توجه به رویدادهایی مانند پایان دوران اشتغال و بازنشستگی، احساس تنهایی، طردشدگی و همچنین فشار روانی ناشی از صنعتی شدن جوامع که به جدایی عاطفی و روانی منجر می‌شود، در معرض خطرات فزاینده‌ای قرار دارند. بی‌توجهی به جنبه‌های اجتماعی سلامت سالمندان در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری این قشر از افراد جامعه در ابعاد جسمی، روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات و دیگر آسیب‌های اجتماعی می‌شود. لذا توجه به ابعاد اجتماعی سلامت سالمندان کمک خواهد کرد تا این قشر از نظر اجتماعی جامعه‌ی سالم را شکل دهند. بی‌شک تقویت و توسعه‌ی شاخص‌های بهزیستی اجتماعی<sup>۱</sup> سالمندان در هر جامعه، کاهش بار بیماری‌های جسمانی و روانی را به دنبال خواهد داشت (زاهدی‌اصل و درویشی‌فرد، ۱۳۹۵).

بهزیستی اجتماعی به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباط‌های آن‌ها با دیگران تعریف می‌شود (دوگان، ۲۰۱۰). بهزیستی اجتماعی در جامعه‌ی امروز در گرو پیوند عمیق شاخص‌های آن با اجتماع شکل می‌گیرد. بهزیستی اجتماعی با جامعه‌پذیری اشخاص در جامعه در ارتباط است و می‌تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی بشمار رود (شربتیان و طوافی، ۱۳۹۵). از نظر کیز (۲۰۰۶) شناخت و پذیرش دیگران، عنصر پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماع، عنصر مشارکت و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهزیستی اجتماعی است. این عناصر می‌توانند وحدت اجتماعی، تشریک مساعی، پیوند اجتماعی و حس ظرفیت برای رشد

<sup>2</sup> social integration

<sup>3</sup> social contribution

<sup>4</sup> social actualization

<sup>5</sup> social coherence

<sup>6</sup> social acceptance

<sup>7</sup> self-worth

<sup>1</sup> social well-being

خواهد بود که در این میان توجه به سرمایه‌ی روان‌شناختی<sup>۱</sup> آن‌ها می‌تواند باعث بهبود میزان سلامتی در سالمندان باشد. از نظر مفهومی سرمایه‌ی روان‌شناختی، یک حالت مثبت روان‌شناختی فردی از رشد و تحول است که حداقل از طریق چهار مشخصه قابل شناسایی است که عبارت از خودکارآمدی<sup>۲</sup> (داشتن اطمینان به توانایی خود و انجام تلاش لازم و ضروری برای موفقیت در تکالیف چالش‌انگیز)، خوشبینی<sup>۳</sup> (اسناد مثبت نسبت به موفقیت در حال و آینده)، امیدواری<sup>۴</sup> (پشتکار و پایمردی در مسیر اهداف و در صورت ضرورت تغییر مسیر برای دستیابی به موفقیت) و تاب‌آوری<sup>۵</sup> (به معنای داشتن انعطاف‌پذیری برای دستیابی به موفقیت و اهداف در زمان روبرو شدن با دشواری و مشکلات) هستند (اوی، ریچاردز، لوتانز و ماتری، ۲۰۱۱). بنابراین سرمایه‌ی روان‌شناختی با توجه به جنبه‌های مثبت آن از جمله مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه‌ی روان‌شناسان مثبت در دوره‌ی سالمندی است (صیادی‌سیرینی و همکاران، ۱۳۹۴). فراند (۲۰۱۴) در این زمینه نشان داد سالمندانی که دارای رضایت بالایی از نیازهای روانی خود هستند، در مقایسه با شرکت‌کنندگان با رضایت کم، به طور قابل توجهی دارای سطوح بالاتری از خوشبینی و هدفمندی در زندگی و تاب‌آوری هستند و احساس افسردگی پایین‌تری دارند. همچنین گل‌پرور و مصاحبی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و سلامت معنوی سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و سالمندانی که دارای خوشبینی، امیدواری و تاب‌آوری بالایی هستند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبرو شوند و از سلامت معنوی بالایی نیز برخوردارند.

یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه سالمندی که می‌تواند بر سلامت روانی، احساس ارزشمندی و سلامت اجتماعی آن تأثیرگذار باشد، واقعیت‌درمانی<sup>۶</sup> است. واقعیت‌درمانی عبارت است از روشی در روان‌درمانی که بر این اصل استوار است که ما خود رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل، احساس و فکر

بی‌تفاوتی و احساس تنهایی می‌شود. به طوری که طبق نظریه اریکسون وظیفه‌ی تکاملی در دوره‌ی سالمندی انسجام خود در مقابل ناامیدی است. انسجام خود به مفهوم پذیرش شیوه‌ی زندگی است و این که فرد با احساس ارزشمندی، بر زندگی خود کنترل دارد (حکمتی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳). خودارزشمندی یکی از نتایج ناشی از بررسی و تحلیل تعامل بین ذهن، خود و شخصیت می‌باشد (زکی، ۱۳۹۱). مفاهیم خودپنداره، عزت‌نفس و خودارزشمندی از مفاهیم مهم و کلیدی در نظریات و مطالعات «خود» محسوب می‌شود. خودارزشمندی موجب ارتقای سلامت عمومی، خودتنظیمی، منبع انگیزشی، کاهش افسردگی و اصلاح رفتار اجتماعی، چگونگی مواجهه درست و مناسب با حوادث و وقایع روزمره‌ی زندگی بوده که در سطوح مختلف زندگی فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی اثرات خود را نمایان می‌کند (کروگر، ۲۰۰۸). مشکلات جسمانی و روانی دوره‌ی سالمندی باعث کاهش خودارزشمندی افراد سالمند و بالطبع سازگاری نامطلوب با این دوره که به صورت رفتارهای ناسالم و ناسازگار بروز می‌یابد، می‌شود (کارول، کولن، لیندا و باربارا، ۲۰۱۲). در پژوهشی دیگر در این زمینه مک‌ولیم و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که ساکنین خانه‌های سالمندان معمولاً از نظر انجام فعالیت‌های روزمره وابسته هستند؛ بنابراین ممکن است از خودارزشمندی پایین‌تری برخوردار باشند. همچنین مؤمنی، امانی، مجذوبی و محبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که سالمندان با خودارزشمندی بالا به احتمال بیشتری در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند؛ اما در شرایط کاهش خودارزشمندی احتمال اینکه تسلیم شوند یا حداقل از همه‌ی توان خود استفاده نکنند بیشتر می‌شود. بنابراین توجه به خودارزشمندی سالمندان می‌تواند نقش مهمی در زندگی آن‌ها ایفا کند.

سالمندان با گذر از دوران جوانی و میانسالی زندگی خود با مسائل و مشکلات مختلف در حوزه‌ی روابط اجتماعی و سلامتی روبرو می‌شوند (سیدلکی، سالت‌هاوس، اوئیشی و جسوانی، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از سالمندان از مشکلات معطوف به سلامت روانی رنج می‌برند (لونگرن، ۲۰۱۲). لذا توجه به مسائل بهداشتی، درمانی و سلامتی سالمندان در سال‌های آتی از اهمیت بسیاری برخوردار

<sup>1</sup> psychological capital

<sup>2</sup> self efficacy

<sup>3</sup> optimism

<sup>4</sup> hope

<sup>5</sup> resiliency

<sup>6</sup> reality therapy

سالمندان شده؛ اما بر افسردگی و نشانگان جسمانی سالمندان تأثیری ندارد.

همان‌طور که گفته شد امروزه جمعیت سالمندان افزایش یافته و مشکلات جسمانی و روانی این قشر روند رو به افزایشی را طی نموده است. ضرورت ارائه‌ی روش‌های بهتر و مؤثرتر برای مقابله با مسائل سالمندی بیش از پیش افزایش یافته است و این مسئله پژوهشگران را بر آن داشته است تا در جستجوی راه‌حل‌های بهتر برآیند. همچنین از آنجا که سالمندی دوره‌ی حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ی نظیر افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا و نداشتن حمایت و سلامت اجتماعی قرار گرفته و از عزت‌نفس و خودارزشمندی پایینی برخوردار هستند و این ناتوانی‌ها استقلال فردی آن‌ها را تهدید می‌کند، به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل کهولت سن و کاهش توانایی‌هایشان و همچنین آسیب‌پذیر بودن باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند که یکی از این درمان‌ها و حمایت‌ها، آموزش واقعیت‌درمانی به سالمندان است که در این زمینه تحقیقات کمتری صورت گرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی سالمندان بود. بر این اساس فرضیه پژوهش زیر مطرح می‌شود: واقعیت‌درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی سالمندان تأثیر دارد.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی سالمندان مقیم مراکز سالمندان شهر تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند. نمونه‌ی آماری این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، شامل ۲۶ مرد سالمند ساکن در مؤسسه‌ی سالمندان خوبان شهر تبریز که از شرایط ورود به مطالعه برخوردار بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شدند. شرایط ورود به مطالعه، عدم تشخیص در یکی از محورهای راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی، عدم دریافت داروهای روانپزشکی برای کمتر از دو هفته

می‌کنیم هستیم. در این رویکرد به افراد کمک می‌شود تا رفتار خویش را کنترل و انتخاب بهتری را در زندگی‌شان جایگزین نمایند (گلاسر، ۲۰۰۶). در این نظریه آنچه که بیش از هر چیز مورد تأکید است آزادی و مسئولیت می‌باشد. در این دیدگاه رفتار نوعی انتخاب است که توسط فرد صورت می‌گیرد و هر فردی در برابر انتخاب‌هایش مسئول می‌باشد (ووبولدینگ و همکاران، ۲۰۰۴).

واقعیت‌درمانی بیشتر بر این مسئله تأکید دارد که دسترسی به هویت موفق در اثر انجام کار موفقیت‌آمیز حاصل می‌شود و قدرت انتخاب فرد عامل مهمی در سلامت روانی و اجتماعی او می‌باشد. آنچه بین افراد سالم و غیرسالم فاصله ایجاد می‌کند عبارت از پذیرش مسئولیت، زندگی در زمان حال، انتخاب آگاهانه و درست، قدرت کنترل مسائل و آگاهی از نیازهای واقعی هستند (صاحبدل، خوش‌کنش و تقی‌پورابراهیم، ۱۳۹۱). بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهند که واقعیت‌درمانی نقش مهمی در افزایش میزان سلامت در گروه‌های مختلف سنی و به ویژه در سالمندان دارد و در پژوهش‌های مکرر کارایی بیشتر آن نسبت به سایر روش‌ها به اثبات رسیده است (گلاسر، ۲۰۰۶). نتایج تحقیق شوارتز (۲۰۰۷) نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی باعث افزایش احساس اجتماعی در سالمندان می‌شود. در واقع شرکت در جلسات گروهی، کنش و واکنش‌ها و بازخوردهایی که اعضا از یکدیگر دریافت می‌کنند و قبول اینکه دیگران نیز دارای چنین مشکلاتی هستند و باید دوره‌ی سالمندی را بپذیرند، می‌تواند در بهبود عملکرد اجتماعی و در آمدن از حالت رکود و تنهایی مؤثر باشد. لاو و گو (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی، سبک تصمیم‌گیری، عمل برنامه‌ریزی شده و مهارت‌های اجتماعی مؤثر است. در پژوهشی دیگر قاضی اف (۱۳۹۵) در این زمینه نشان داد که مداخله واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند بر کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، روانی و محیط زندگی سالمندان تأثیرگذار باشد. همچنین واقعیت‌درمانی می‌تواند باعث بهبود سلامت اجتماعی سالمندان گردد. صاحبدل و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که واقعیت‌درمانی گروهی به طور معناداری منجر به افزایش سلامت روانی، کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی

کرونباخ برای نمره کل بهزیستی اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمد.

**پرسش‌نامه خودارزشمندی<sup>۳</sup>.** این پرسش‌نامه توسط کروکر، لاهتانن، کوپر و بویورثی (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۵ گویه است که به صورت مدرج ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) جهت ارزیابی میزان احساس ارزش، بها، قیمت و اهمیت نسبت به خویشتن شرکت‌کنندگان طراحی شده است. این مقیاس شامل ۷ خرده مقیاس احساس خودارزشمندی نسبت به حمایت خانواده، رقابت و سبقت‌جویی، جنبه‌ی جسمانی و ظاهری، عشق‌خدایی، شایستگی علمی و آموزشی، تقوی و پرهیزگاری و میزان موافقت از سوی دیگران می‌باشد. پایایی مقیاس با ۱۳۴۵ شرکت‌کنندگان ۰/۸۲ و در بین مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است (کروکر و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در پژوهشی ضریب پایایی ابزار فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش گردیده است (زکی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

**پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی<sup>۴</sup>.** برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی ۲۴ سؤالی استفاده شد که لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) با چهار خرده‌مقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوشبینی و طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) معرفی کرده است. برای بدست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست آمد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI، RMSEA به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). در پژوهشی بهادری‌خسروشاهی، هاشمی‌نصرت‌آبادی و باباپورخیرالدین (۱۳۹۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

قبل از مداخله، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. از جمله ملاک‌های خروج، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و عدم مشارکت و همکاری در فرایند اجرای درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود. محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه بین ۵۵ تا ۶۹ سال و میانگین سنی برای گروه آزمایش ۶۲/۷۲ و برای گروه کنترل ۶۱/۶۲ بود.

## ابزار

**پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی<sup>۱</sup>.** این پرسش‌نامه توسط کبیز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی ساخته شده است و شامل ۳۳ سؤال است و معمولاً به عنوان مقیاسی عمومی در روان‌شناسی سلامت اجتماعی، جهت تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه شامل خرده مقیاس‌های همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به صورت «کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱» انجام می‌شود. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کسب شده از این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. کبیز (۱۹۹۸) در مطالعه‌ی خود بر روی نمونه ۲۸۸۷ در آمریکا، ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای متغیرهای انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ گزارش کرده است که ضرایب قابل قبولی است. همچنین در پژوهش شربتیان و طوافی (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای متغیرهای انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ به دست آورده است. روایی همزمان این پرسشنامه نیز با مقیاس بی‌هنجاری<sup>۲</sup> نشان دهنده‌ی رابطه‌ی منفی و معنادار بود (حیدری و غنایی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای

<sup>3</sup> Self-worth Questionnaire

<sup>4</sup> Psychological capital Questionnaire

<sup>1</sup> Social well-being Inventory

<sup>2</sup> scale of anomie

غلامی‌حیدرآبادی، نوابی‌نژاد، شفیع‌آبادی و دلاور (۱۳۹۲) بر اساس واقعیت‌درمانی گلاسر تدوین شد. خلاصه‌ای از پروتکل واقعیت‌درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

**پروتکل واقعیت‌درمانی.** این برنامه آموزشی در قالب ۱۰ جلسه یک ساعته بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد که در هر هفته سه جلسه برگزار گردید. این برنامه توسط

## جدول ۱

### شرح مختصر جلسات واقعیت‌درمانی

جلسه	خلاصه محتوای جلسات و فعالیت‌ها
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات تشریح چگونگی انجام کار و اهداف مرتبط، توضیحات مختصری درباره رویکرد واقعیت‌درمانی، خلاصه و مرور کردن مباحث و نهایتاً ارزیابی فرایند جلسه توسط اعضای گروه بود
دوم	آشنایی اعضا با مفهوم واقعیت‌درمانی و درگیری عاطفی با اعضا گروه.
سوم	آشنایی اعضا با هویت خود و انواع هویت و ویژگی‌های هویت موفق و هویت شکست.
چهارم	آشنایی اعضا با چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود و آشنایی اعضا با اهمیت و ضرورت مسئولیت‌پذیری در زندگی
پنجم	آشنایی اعضا با نیازهای اساسی و مؤثر در زندگی واقعی و تأثیر نیازهای اساسی در زندگی.
ششم	آشنایی اعضا با اضطراب از دیدگاه واقعیت‌درمانی و آموزش مهارت تن‌آرامی.
هفتم	آشنایی اعضا با چگونگی طرح‌ریزی حل مشکل و برنامه‌ریزی جهت زندگی فعلی و حال حاضر خود.
هشتم	آشنایی اعضا با شیوه تعهد نسبت به انجام و عمل کردن طرح و برنامه‌های صورت گرفته.
نهم	آشنایی اعضا با چگونگی عدم پذیرفتن عذر و بهانه در خصوص اجرای طرح‌ها و برنامه‌های انتخاب شده.
دهم	جمع‌بندی از اتمام جلسات و مطالب طرح شده و اجرای پس‌آزمون. در این جلسه این موارد انجام شد: تمرین یادگیری‌ها، جمع‌بندی از اتمام جلسات و مطالب طرح شده دریافت و بازخورد اعضا به یکدیگر و به رهبر گروه و بالعکس

## روش اجرا

اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه‌ی پژوهش منصرف شوند. مداخلات توسط خود پژوهشگر در قالب ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعته اجرا شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

پس از طی مراحل قانونی و کسب مجوز برای کار در مؤسسه سالمندان خوبان در شهر تبریز، مراحل ابتدایی انجام پژوهش آغاز شد. بدین ترتیب که معیارهای ورود به مطالعه در تمامی مردان ساکن در مؤسسه سالمندان خوبان بررسی شد و سپس آزمون‌های سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی برای افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، اجرا گردید. در نهایت ۲۶ نفر از سالمندانی که کمترین نمره را در آزمون‌ها کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه یک ساعته تحت آموزش واقعیت‌درمانی قرار گرفتند. در حالی که افراد گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله‌ی هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)
<b>سرمایه روان‌شناختی</b>				
خودکارآمدی	(۱/۶۸) ۲۵/۰۱	(۱/۳۸) ۲۶/۶۱	(۱/۴۳) ۲۴/۶۹	(۱/۸۱) ۲۴/۸۴
امیدواری	(۱/۳۲) ۲۵/۶۱	(۱/۹۱) ۲۷/۰۱	(۱/۵۸) ۲۵/۸۳	(۱/۸۷) ۲۵/۳۳
تاب‌آوری	(۱/۷۰) ۲۵/۳۸	(۰/۸۳) ۲۷/۲۳	(۱/۲۶) ۲۵/۵۳	(۰/۶۸) ۲۶/۱۵
خوشبینی	(۱/۶۹) ۲۵/۲۳	(۱/۰۳) ۲۶/۶۹	(۱/۱۶) ۲۵/۷۶	(۱/۰۱) ۲۶/۰۱
<b>خودارزشمندی</b>				
حمایت خانواده	(۱/۷۰) ۱۹/۳۰	(۱/۵۷) ۲۱/۱۵	(۱/۶۴) ۱۹/۷۶	(۱/۴۰) ۲۰/۱۵
رقابت و سبقت‌جویی	(۱/۴۹) ۲۰/۰۷	(۱/۲۵) ۲۰/۶۹	(۱/۵۳) ۲۰/۷۶	(۱/۳۸) ۲۱/۳۸
جسمانی و ظاهری	(۱/۲۵) ۱۹/۶۹	(۲/۰۶) ۲۰/۹۲	(۲/۰۶) ۲۰/۶۱	(۱/۵۸) ۲۱/۰۱
عشق خدایی	(۱/۴۹) ۱۹/۹۲	(۱/۵۳) ۲۲/۲۳	(۱/۷۵) ۱۹/۶۹	(۱/۴۹) ۲۰/۳۰
شایستگی علمی	(۱/۳۲) ۱۹/۳۸	(۱/۳۴) ۲۲/۱۵	(۱/۶۸) ۲۰/۰۱	(۱/۳۴) ۲۰/۸۴
تقوی و پرهیزگاری	(۱/۷۱) ۲۰/۵۳	(۱/۴۴) ۲۲/۶۱	(۱/۵۶) ۲۰/۴۶	(۰/۹۴) ۲۰/۶۹
موافقت از سوی دیگران	(۱/۴۸) ۱۹/۷۶	(۱/۲۶) ۲۲/۴۶	(۱/۶۲) ۲۰/۱۵	(۱/۲۶) ۲۰/۵۳
<b>بهزیستی اجتماعی</b>				
انسجام اجتماعی	(۲/۰۵) ۱۸/۶۹	(۱/۳۳) ۲۰/۴۶	(۱/۴۰) ۱۸/۸۴	(۱/۲۵) ۱۹/۰۷
شکوفایی اجتماعی	(۲/۰۲) ۲۰/۳۸	(۱/۶۷) ۲۲/۸۴	(۲/۰۶) ۱۹/۹۲	(۲/۰۱) ۲۰/۳۰
همبستگی اجتماعی	(۱/۷۰) ۲۰/۶۹	(۱/۳۶) ۲۲/۷۶	(۱/۲۵) ۲۰/۳۰	(۱/۴۹) ۲۰/۳۰
مشارکت اجتماعی	(۱/۷۵) ۲۰/۰۷	(۱/۱۸) ۲۱/۰۷	(۱/۷۹) ۲۱/۳۰	(۰/۷۲) ۲۰/۲۳
پذیرش اجتماعی	(۲/۲۵) ۲۱/۰۷	(۱/۴۳) ۲۳/۳۰	(۱/۷۵) ۲۱/۶۱	(۲/۱۳) ۲۱/۰۷

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی و مؤلفه‌های آن‌ها در سطح پایینی است. اما تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس است؛ لذا از آزمون باکس استفاده گردید [برای بهزیستی اجتماعی  $F(1, 17) = 1.33, P = 0.28 > 0.05$ ،  $F(1, 17) = 1.33, P = 0.28 > 0.05$ ، برای خودارزشمندی  $F(1, 33) = 1.03, P = 0.32 > 0.05$ ،  $F(1, 33) = 1.03, P = 0.32 > 0.05$  و برای سرمایه روان‌شناختی  $F(1, 78) = 0.64 > 0.05$ ،  $F(1, 78) = 0.64 > 0.05$ ] محاسبه شد. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است؛ لذا نتیجه گرفته شد که در ماتریس‌های واریانس و کواریانس، همگنی رد نشد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبود. خودکارآمدی؛  $F(1, 24) = 0.97, P = 0.33 > 0.05$ ، امیدواری  $F(1, 24) = 0.04, P = 0.83 > 0.05$ ، تاب‌آوری  $F(1, 24) = 0.33, P = 0.57 > 0.05$ ، خوشبینی  $F(1, 24) = 0.10, P = 0.75 > 0.05$ ، حمایت خانواده  $F(1, 24) = 0.22, P = 0.64 > 0.05$ ، رقابت سبقت‌جویی  $F(1, 24) = 0.09, P = 0.92 > 0.05$ ، جنبه جسمانی-ظاهری  $F(1, 24) = 2.28, P = 0.14 > 0.05$ ، عشق خدایی  $F(1, 24) = 0.06, P = 0.80 > 0.05$ ، شایستگی علمی  $F(1, 24) = 0.07, P = 0.93 > 0.05$ ، تقوی و پرهیزگاری؛  $F(1, 24) = 1.11, P = 0.30 > 0.05$ ، موافقت از سوی دیگران  $F(1, 24) = 0.26, P = 0.61 > 0.05$ ، انسجام اجتماعی؛  $F(1, 24) = 0.60, P = 0.44 > 0.05$ ، شکوفایی اجتماعی؛  $F(1, 24) = 1.35, P = 0.25 > 0.05$

نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد. در واقع نتایج نشان داد که تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد؛ لذا داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند و این فرضیه پذیرفته می‌شود. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح  $P > 0/05$  بود که نشان دهنده‌ی نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

همبستگی اجتماعی؛  $F(1 و 24) = 0/44, P = 0/51 > 0/05$ ، مشارکت اجتماعی؛  $F(1 و 24) = 2/83, P = 0/06 > 0/05$ ، پذیرش اجتماعی؛  $F(1 و 24) = 2/84, P = 0/10 > 0/05$  است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون متغیرهای سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی و مؤلفه‌های آن‌ها و متغیر مستقل (واقعیت درمانی) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار

### جدول ۳

نتایج آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکس برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	سطح معناداری	مجذور اتا
بهزیستی اجتماعی	۰/۳۵	۵/۵۴	۵	۱۵	۰/۰۰۴	۰/۶۴
خودارزشمندی	۰/۲۰	۵/۹۳	۷	۱۱	۰/۰۰۵	۰/۷۹
سرمایه روان‌شناختی	۰/۴۰	۶/۳۲	۴	۱۷	۰/۰۰۳	۰/۵۹

آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در متن مانکواوا استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از

### جدول ۴

تحلیل کواریانس چندمتغیری نمرات سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی در دو گروه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا
خودکارآمدی	۱۱/۲۵	۱	۵/۸۲	۰/۰۲	۰/۲۲
امیدواری	۲۴/۶۸	۱	۷/۴۹	۰/۰۱	۰/۲۷
تاب‌آوری	۷/۶۸	۱	۱۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
خوشبینی	۴/۹۵	۱	۷/۷۹	۰/۰۱	۰/۲۸
حمایت خانواده	۱۴/۸۵	۱	۹/۱۳	۰/۰۰۸	۰/۳۵
رقابت و سبقت‌جویی	۱/۴۵	۱	۱/۲۷	۰/۲۷	۰/۰۷
جسمانی و ظاهری	۰/۰۹	۱	۰/۰۲	۰/۸۷	۰/۰۰۲
عشق‌خدایی	۸/۳۳	۱	۴/۸۵	۰/۰۴	۰/۲۲
شایستگی علمی	۶/۶۷	۱	۴/۸۸	۰/۰۴	۰/۲۲
تقوی و پرهیزگاری	۱۶/۶۱	۱	۱۰/۸۲	۰/۰۰۴	۰/۳۸
موافقت از سوی دیگران	۱۳/۷۳	۱	۷/۲۸	۰/۰۱	۰/۳۰
انسجام اجتماعی	۹/۳۶	۱	۶/۶۲	۰/۰۱	۰/۲۵
شکوفایی اجتماعی	۲۵/۳۹	۱	۱۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
همبستگی اجتماعی	۳۰/۳۱	۱	۱۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴
مشارکت اجتماعی	۶/۲۴	۱	۶/۰۳	۰/۰۲	۰/۲۴
پذیرش اجتماعی	۲۴/۴۶	۱	۶/۶۳	۰/۰۱	۰/۲۵



روان‌شناسی کنترل درونی را برگزیند و قبول کند که تنها خود فرد می‌تواند برای خودش کاری انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی‌تواند، چنین کاری کند. به علاوه آنان می‌آموزند که برای دیگران اهمیت دارند، عقایدشان به حساب می‌آید و لذت فکر کردن و گوش دادن به دیگران را تجربه می‌کنند و از این واهمه ندارند که عقاید خود را به علت طرد شدن بیان نکنند، همین امر باعث می‌شود آنان از برآورده شدن نیازهای اساسی خویش لذت ببرند که نتیجه آن رضایت از زندگی و خشنودی و در نتیجه سلامت روان‌شناختی خواهد بود. از دیدی دیگر در نظریه فعالیت<sup>۱</sup> سالمندی، عقیده بر این است که فعالیت، سلامتی را در پیری افزایش می‌دهد. این بدان معنا است که واقعیت‌درمانی گروهی توانسته سالمندان را در جهت طرح‌ریزی و انتخاب راه‌های مؤثر و مناسب برای انجام فعالیت بیشتر ترغیب کند و رفتار مسئولانه داشته باشند (پذیرش مسئولیت به مثابه نشانه بارز سلامت روانی تلقی می‌شود) که نتیجه آن (طبق نظریه فعالیت) می‌تواند افزایش سطح سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان باشد (قاضی‌اف، ۱۳۹۵).

پذیرش مسئولیت رفتار، نشانه‌ای از سلامت روانی است. انسان مسئول، منطبق با واقعیت رفتار می‌کند، ناکامی را به دلیل نیل به احساس ارزش متحمل می‌شود، نیازهایش را طوری برآورده می‌کند که مانع ارضای نیازهای دیگران نشود و به وعده‌هایش وفادار است (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۵). از آنجا که تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته‌ی اصلی کار در واقعیت‌درمانی است. بنابراین، واقعیت‌درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد مؤثر باشد و در نتیجه از بروز بسیاری از مشکلات در فرد جلوگیری کند. به گفته‌ی گلاسر مشاوره‌ی گروهی با ایجاد محیطی پذیرا باعث ارضای نیازهای اعضا شده و حس مسئولیت و رسیدن به هویت موفق را در آن‌ها افزایش می‌دهد و این امر به نوبه‌ی خود باعث کاهش تنش و مشکلات روانی اعضا و بهبود عملکرد آن‌ها می‌شود (صاحب‌دل و همکاران، ۱۳۹۱). ارضای نیاز دوست داشتن و دوست داشته شدن در گروه به خوبی انجام می‌شود و مشاوره‌ی گروهی واقعیت‌درمانی می‌تواند محیط مناسبی را برای رسیدن به هویت موفق و احساس آرامش

با توجه به مندرجات جدول ۴ مقدار F برای مؤلفه خودکارآمدی ۵/۸۲ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.02$ )، برای مؤلفه امیدواری ۷/۴۹ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.01$ )، برای مؤلفه تاب‌آوری ۱۴/۱۹ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.001$ )، برای مؤلفه خوشبینی ۷/۷۹ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.01$ )، برای مؤلفه حمایت خانواده ۹/۱۳ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.008$ )، برای مؤلفه عشق خدایی ۴/۸۵ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.04$ )، برای مؤلفه شایستگی علمی ۴/۸۸ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.04$ )، برای مؤلفه تقوی و پرهیزگاری ۱۰/۸۲ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.04$ )، برای مؤلفه موافقت از سوی دیگران ۷/۲۸ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.01$ )، برای مؤلفه انسجام اجتماعی ۶/۶۲ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.01$ )، برای مؤلفه شکوفایی اجتماعی ۱۴/۵۲ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.001$ )، برای مؤلفه همبستگی اجتماعی ۱۵/۳۴ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.001$ )، برای مؤلفه مشارکت اجتماعی ۶/۰۳ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.02$ ) و برای مؤلفه پذیرش اجتماعی ۶/۶۳ به دست آمد که در سطح ( $P < 0.01$ ) معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۲۲ درصد تغییر در مؤلفه خودکارآمدی، ۲۷ درصد تغییر در مؤلفه امیدواری، ۴۱ درصد تغییر در مؤلفه تاب‌آوری، ۲۸ درصد تغییر در مؤلفه خوشبینی، ۳۵ درصد تغییر در مؤلفه حمایت خانواده، ۲۲ درصد تغییر در مؤلفه عشق خدایی، ۲۲ درصد تغییر در مؤلفه شایستگی علمی، ۳۸ درصد تغییر در مؤلفه تقوی و پرهیزگاری، ۳۰ درصد تغییر در مؤلفه موافقت از سوی دیگران، ۲۵ درصد تغییر در مؤلفه انسجام اجتماعی، ۴۳ درصد تغییر در مؤلفه شکوفایی اجتماعی، ۴۴ درصد تغییر در مؤلفه همبستگی اجتماعی، ۲۴ درصد تغییر در مؤلفه مشارکت اجتماعی و ۲۵ درصد تغییر در مؤلفه پذیرش اجتماعی ناشی از تأثیر متغیر مستقل (واقعیت‌درمانی) بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی، خودارزشمندی و بهزیستی اجتماعی سالمندان انجام گرفت. یافته‌ی اول این مطالعه مبنی بر این که آموزش واقعیت‌درمانی باعث ارتقای سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سالمندان می‌شود، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قاضی‌اف (۱۳۹۵) و صاحب‌دل و همکاران (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی تلاشی است که به فرد کمک کند به جای کنترل بیرونی، نظریه انتخاب یا

<sup>1</sup> activity theory

دنیای کیفی افراد یعنی تصویری که افراد از خود دارند نیز از دیگر مفاهیم واقعیت‌درمانی است که می‌تواند بر خودارزشمندی و عزت‌نفس افراد مؤثر باشد. اگر افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند و تصویرشان در دنیای کیفی از خودشان مثبت باشد، عزت‌نفس آن‌ها بالاتر است. بنابراین یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمایش پس از جلسات مداخله افزایش یابد این است که در طی این جلسات بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی سعی شد تا دنیای کیفی منفی سالمندان از خودشان به دنیایی مثبت تغییر یابد. همچنین به آن‌ها آموزش داده شد تا به طور صحیحی نیازهای اساسی خود را برآورده سازند و این دوره‌ی سالمندی را به صورتی که هست، قبول کنند و این دوره برای همه افراد اتفاق خواهد افتاد که این عوامل و قبول واقعیت می‌توان نقش مهمی در افزایش خودارزشمندی داشته باشد (کارول و همکاران، ۲۰۱۲). در واقعیت‌درمانی بر کنترل درونی تأکید می‌شود؛ اینکه افراد بتوانند موفقیت‌ها را به خودشان نسبت دهند و معتقدند که عمل، شناخت و حالت فیزیولوژیایی رفتار کلی‌شان تحت کنترل خودشان است و هر گاه احساس کنند رفتار کلی‌شان یا هر جزء آن، آن‌ها را در جهت خواسته‌هایشان یا ارضای نیازهایشان سوق نمی‌دهد رفتار دیگری را انتخاب می‌کنند. بنابراین در این جلسات بر مؤلفه دیگری که تأکید شد کنترل درونی بود که تا افراد با تقویت کنترل درونی‌شان عزت‌نفس خودارزشمندی‌شان را که با کنترل درونی همبسته است را افزایش دهند (کیم، ۲۰۰۵).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی باعث ارتقای بهزیستی اجتماعی و مؤلفه‌های آن در سالمندان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های اکوارتر (۲۰۰۷) و کایسا و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان گروهی فرصتی را فراهم آورده که فرد درباره مسایل و مشکلاتش صحبت کند، احساساتش را در گروه بروز دهد و بازخورد دریافت کند و به تعیین طرز تلقی و گرایش دیگران نسبت به خود موفق گردد. فرد از طریق مشارکت در گروه توانسته روابط بهتری با دیگران داشته باشد (قاضی‌اف، ۱۳۹۵) و میزان بهزیستی اجتماعی‌اش نیز افزایش یابد که همین امر سبب افزایش اثر مداخله در مرحله پس‌آزمون گردیده است.

در واقعیت‌درمانی بر جریان‌اتی که در زمان حال اتفاق می‌افتند، تأکید می‌شود، زیرا وقایع زمان گذشته، گذشته‌اند

فراهم آورد (ووبولدینگ و همکاران، ۲۰۰۴). از طرفی طبق دیدگاه سلیگمن، ایجاد حس کنترل در افراد، امید و خوشبینی نسبت به آینده برنامه‌ریزی مشخص و احساس قدرت در انجام امور، مشکلات روانی را در افراد کاهش می‌دهد. همچنین واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند در سالمندان تلقی و گرایشی را به وجود آورد که آنان بتوانند با یک ارتباط مؤثر و کارآمد رفتارهای مناسب جهت ارضای نیازهایشان را یاد گرفته و زمینه لازم جهت بهبود سلامت جسمانی و سلامت روانی خویش را فراهم آورند (فراند، ۲۰۱۴).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی باعث ارتقای خودارزشمندی و مؤلفه‌های آن در سالمندان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های لاو و گنو (۲۰۱۴) و کارول و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد که در پژوهش‌های خود نشان دادند آموزش‌های واقعیت‌درمانی برای این که سالمندان بتوانند دوره سالمندی را پذیرفته و با این دوره کنار بیایند، می‌توان نقش مهمی در عزت‌نفس و احساس خودارزشمندی آن‌ها داشته باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی بر ارضای نیازهای بنیادین انسان از جمله عشق و تعلق خاطر تأکید می‌کند. ارضای این نیاز نه تنها انسان را به سوی مراقبت و مهرورزی نسبت به کسانی که حتی نمی‌شناسد سوق می‌دهد، بلکه به جستجوی رابطه‌ی رضایت‌بخش با افراد خاص مثل همسر، اعضای خانواده و دوستان در تمام طول زندگی ترغیب می‌کند. همچنین سالمندان با توجه به این که یاد می‌گیرند که بر زندگی خود مسلط هستند، با برنامه‌ریزی مجدد زندگی خود را کنترل کرده و دچار آشفتگی نمی‌شوند (لاو و گنو، ۲۰۱۴). در واقع واقعیت‌درمانی با تأکید خاص بر این نیاز و کمک به وی جهت برنامه‌ریزی برای ارضای این نیازها، به فرد کمک می‌کند که خود و دیگران را دوست داشته باشد و جهت تغییر و نیل به هویت موفق گام بردارد و از روابط ایمنی نیز برخوردار باشد و نهایتاً احساس مثبتی نسبت به خود داشته و عزت‌نفس بالاتری داشته باشد. بنابراین از جمله مواردی که منجر به افزایش خودارزشمندی در سالمندان می‌شود، آموزش رویکرد واقعیت‌درمانی است تا سالمندان نیازهای اساسی‌شان را شناخته و به طور صحیحی برآورد کنند؛ زیرا ارضای نیازها به شیوه صحیح باعث افزایش میزان خودارزشمندی می‌شود (گلاسر، ۲۰۰۶).

و تغییر در آن‌ها ممکن نیست. وضع موجود و آینده قابل تغییر هستند. در صورتی که گذشته مطرح شود، مشاور آن را به زمان حال و آینده مربوط می‌سازد تا بدین وسیله مراجع اولاً با شناخت موارد مثبت و سازنده‌ی شخصیت خویش آشنا شود و از آن‌ها به‌عنوان تقویت در تغییر هویت ناموفق خود استفاده کند؛ ثانیاً از موانع انجام کارهای درست آگاه گردد و شیوه‌های رفع آن‌ها را بیاموزد؛ و ثالثاً روش‌ها و رفتارهای موفقیت‌آمیز گذشته‌اش را شناسایی کند و خود را نسبت به تکرار آن‌ها تشویق کند. برای نمونه، اگر مراجع تجارب بحرانی و ناراحت‌کننده‌ی زندگی گذشته خود را تشریح کند، مشاور از او می‌پرسد که ارتباط آن تجارب و حوادث با رفتار کنونی وی چیست و چرا با آن اعمال و رفتار گرفتار مشکلات بیشتری نشده است. بدین لحاظ، مشاور وقایع و حوادث گذشته را برای عبرت‌گیری و نه سرزنش مورد بررسی قرار می‌دهد و بر موفقیت‌ها و قدرت شخصیت او نیز توجه می‌کند و با توجه به اینکه این عوامل در گروه آموزش داده می‌شود؛ بنابراین آموزش واقعیت‌درمانی گروهی باعث بهبود سلامت اجتماعی می‌شود (کایسا و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین واقعیت‌درمانی کنترل درونی را در افراد تقویت می‌کند. در واقع این روش درمانی به افراد می‌آموزد که خوشبختی آن‌ها و موفقیت آینده آن‌ها نه در اتفاقات تلخ گذشته، بلکه در دست‌ان خود آن‌هاست و آن‌ها می‌توانند آینده خود را همان گونه که دوست دارند، رقم بزنند. واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد که خوشبختی و بدبختی امروز به دلیل اعمال و رفتارهای دیگران نیست، بلکه خود ما هستیم که زمینه‌ساز خوشبختی و بدبختی خود می‌شویم. افزایش کنترل درونی باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و در نتیجه زمینه‌ساز سلامت اجتماعی می‌شود. از دیگر دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی، افزایش توان حل مسئله در افراد است. این رویکرد درمانی به افراد می‌آموزد که در برابر سختی‌ها و مشکلات باید فرار کرد و مسائل پیش‌آمده را به گردن دیگران انداخت، بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش‌آمده را پذیرفت و در راستای حل آن مشکلات تمام توان خود را به کار بست. این فرایند به سالمندان کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات بر حل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات، میزان سلامت و بهزیستی اجتماعی نیز افزایش می‌یابد (امانس و مک‌کالوف، ۲۰۰۳).

واقعیت‌درمانی به دلیل کمک به فرد برای تعیین اهداف مهم، ایجاد انگیزه و به تبع آن، ایجاد علاقه نسبت به فعالیت‌های زندگی در فرد و طراحی مسیرهایی برای رسیدن به این اهداف می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی و اجتماعی و احساس خودارزشمندی شود. با توجه به نتایج این پژوهش متخصصان می‌توانند از این برنامه‌ی درمانی در کار با سالمندانی که دچار مشکلات سلامتی و اجتماعی هستند استفاده نمایند و واقعیت‌درمانی گروهی در مراکز سالمندان و خانه‌های نگهداری سالمندان اجرا شود تا افراد بتوانند از نتایج آن بهره ببرند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش بر روی سالمندان مؤسسه خوبان شهر تبریز و صرفاً بر روی مردان انجام شد که پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم بهتر نتایج، این پژوهش در شهرهای دیگر و بر روی زنان نیز انجام شود. همچنین از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد درمانی با سایر رویکردهای درمانی است که پیشنهاد می‌شود که تأثیر این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی نیز مقایسه شود.

#### سپاس‌گزاری

از همه سالمندان عزیز و مسئولین محترم مؤسسه خوبان شهر تبریز کمال تشکر و قدردانی را داریم.

#### منابع

- بهادری خسروشاهی، ج.، هاشمی‌نصرت‌آبادی، ت.، و باباپورخیرالدین، ج. (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱(۴)، ۱۲۳-۱۴۴.
- پروانه، ا.، کبری، ع.، و کریمی، پ. (۱۳۹۴). اثر بخشی امید درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۱(۱)، ۴۷-۴۱.
- حکمتی‌پور، ن.، حجتی، ح.، فرهادی، س.، شریف‌نیا، س.ح.، منوچهر، ب.، کوچکی، گ.، و میرابوالحسنی، م. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر یک دوره فعالیت ورزشی منظم بر عزت نفس و رضایت از زندگی سالمندان شهرستان‌های گرگان و گنبد در سال ۱۳۹۰. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۱(۱)، ۷۳-۸۳.
- حیدری، غ.، و غنایی، ز. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. *مجله علمی-پژوهشی اندیشه و رفتار*، ۲(۷)، ۳۱-۴۰.
- زاهدی‌اصل، م.، و درویشی‌فرد، ع. ا. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه برنامه-ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۱-۲۴.

- employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22(2), 127-152.
- Carol, E.R., Colleen, K., Linda, K.L., & Barbara, E.A. (2012). A Randomized Controlled Trial to Determine the Efficacy of Sign Chi Do Exercise on Adaptation to Aging. *Research in Gerontological Nursing*, 5(2), 101-113.
- Crocker, J. (2008). *From ego system to ecosystem: Implications for learning, relationships, and wellbeing*. In H. Wayment & J. Brauer (Eds.), *transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 63- 72). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, S. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 894-908.
- Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), 112-119.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84: 377.
- Ferrand, M. P. (2014). Interacting Effects of Multiple Roles on women's Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 216-239.
- Glasser, W. (2006). *Choice Theory*, New York: HarperCollins.
- Glasser, N. F., & Gudmundsson, G.H., (2012). Longitudinal surface structures (flowstripes) on Antarctic glaciers. *The Cryosphere*, 6, 383-391.
- Jin, K., Simpkins, J.W., Ji, X., Leis, M., & Stambler, I. (2015). The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-Related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population. *Aging and Disease*, 6, 1-5.
- Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma, N. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology*, 10(1), 43-45.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121- 140.
- Keyes, C.L.M (2006). Mental health in adolescents: is Americas youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76: 395-402.
- زکی، م. ع. (۱۳۹۱). آزمون و اعتباریابی پرسشنامه خودارزشمندی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستان‌های شهر اصفهان. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۷)، ۶۳-۸۵.
- سیف‌زاده، ع. (۱۳۹۴). بررسی سلامت اجتماعی سالمندان و عوامل مرتبط با آن. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۱(۴)، ۹۵-۱۰۶.
- شریتیان، م. ح.، و طوافی، پ. (۱۳۹۵). مطالعه جامعه‌شناختی شاخص‌های احساس بهزیستی اجتماعی شهروندان شهر مشهد. *فصلنامه علمی ترویجی مطالعات فرهنگی-اجتماعی خراسان*، ۱۰(۴)، ۱۱۵-۱۳۷.
- شفیع‌آبادی، ع.، و نصری، غ. (۱۳۹۵). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- صاحبدل، حسین، خوش‌کنش، ابوالقاسم و پورابراهیم، تقی. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت روانی سالمندان مقیم آسایشگاه شهید هاشمی‌نژاد کهریزک، *فصلنامه سالمند*، ۷(۲۴)، ۱۶-۲۴.
- صدری‌دمیرچی، ا.، و رضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۱-۱۲.
- صیادی‌سیرینی، م.، حجت‌خواه، س. م.، و رشیدی، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و احساس تنهایی زنان سالمند. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۶۱-۷۱.
- غلامی‌حیدرآبادی، ز.، نوابی‌نژاد، ش.، شفیع‌آبادی، ع.، دلاور، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌نگری در افزایش سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا. *فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی*، ۴(۳)، ۵۷-۷۶.
- قاضی‌اف، ب. (۱۳۹۵). *بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت جسمانی و سلامت روانی سالمندان شهر اصفهان*. مجموعه مقالات سومین کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روان‌شناسی و علوم اجتماعی. برلین آلمان.
- گل‌پرور، م.، و مصاحبی، م. ر. (۱۳۹۴). پیش‌بینی بهزیستی معنوی سالمندان از طریق مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۳)، ۴-۱۲.
- مؤمنی، خ.، امانی، ر.، مجذوبی، م. ر.، و محبی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر افسردگی و عزت‌نفس زنان سالمند. *مجله علوم رفتاری*، ۸(۳)، ۲۹۴-۲۸۷.
- Avey, J.B., Reichard, R.J., Luthans, F., & Mhatre, K.H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on

- Kim, J. (2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(8), 1485-1492.
- Kumar, K. (2013). *The Role of Social Rituals in Well-being*. In: Morandi A, Nambi N, editors. *Integrated View of Health and Well-being: Bridging Indian and Western Knowledge*. New York: Springer.
- Law, F.M., & Guo, G. J. (2014). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58, 672-696.
- Ljunggren, M. (2012). *Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion /spirituality matter?* (Unpublished Bachelor dissertation). University of Gävle.
- Luthans, F., & Avolio, B. J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction, *Personnel Psychology*, 6, 138-146.
- MacRae, H. (2011). Self and other: The importance of social interaction and social relationships in shaping the experience of early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 445-456.
- Pampel, F. C. (2008). *Rights of the elderly*: Infobase Publishing
- McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, J.B., McNair, S., Donner, A., & Desal, K. (1999). Home-based health promotion for chronically ill older persons: Results of a randomized controlled trail of a critical reflection approach. *Journal Health Promotion Int*, 14(1), 27-41.
- Schwartz, K. (2007). Remembering the forgotten: psychotherapy groups for the nursing home. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(4), 497-514.
- Siedlecki, K.L., Salthouse, T.A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.
- Wubbolding, R. E., Brickell, J., Imhof, L., InzaKim, R., Lojk, I., & Al-Rashidi, B. (2004). Reality Therapy: A Global Perspective. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26 (3), 219-228.