

Research Paper



The Effectiveness of Resilience Training on Quality of Life, Coping Strategies and Mental Health of the Elderly Living in Mehr Tabriz Nursing Home



Leyla Shahabifam<sup>\*1</sup>, Hosein Lotfinia<sup>2</sup>

1. M. Sc in Clinical Psychology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
2. Associate Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.3.1](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.3.1)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_13061.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13061.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
resiliency education,  
quality of life, coping  
strategies, mental  
health

Received: 2020/09/12  
Accepted: 2020/12/04  
Available: 2022/06/10

The present study aimed to examine the effectiveness of resilience training on the quality of life, coping strategies, and mental health of the elderly living in Mehr Tabriz nursing home. This semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test with the control group. Using Critical sampling, 50 people were selected as a sample among the elderly living in the Mehr nursing home in Tabriz and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group had seven weeks of resilience training, while the control group did not receive any intervention. Data were collected through Andler and Parker's (1990) coping strategies, the World Health Organization's (1996) quality of life, and mental health Goldberg and Hiller's (1979) questionnaires in the pre-post test. The results of data analysis by multivariate covariance showed that resilience training was effective in increasing the quality of life, adjusting coping strategies, and promoting the mental health of the elderly living in the Mehr Tabriz nursing home. There is a significant difference in the quality of life, coping strategies, and mental health between the two groups ( $P < 0.05$ ). Therefore, the findings of this study have practical implications for the clinical situations that have been discussed.



\* Corresponding Author: Leyla Shahabifam

E-mail: [Leyla.Shahabifam@gmail.com](mailto:Leyla.Shahabifam@gmail.com)

## مقاله پژوهشی



## اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان مهر تبریز

لیلا شهابی‌فام<sup>۱\*</sup>، حسین لطفی‌نیا<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.3.1](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.3.1)URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_13061.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13061.html)

## چکیده

## مشخصات مقاله

هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان مهر تبریز بود. این مطالعه نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان مهر تبریز بود. تعداد ۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۷ هفته تحت آموزش تاب‌آوری قرار گرفت و در این مدت بر گروه گواه مداخله‌ای انجام نگرفت. پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) به عنوان ابزارهای ارزشیابی مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها به روش کوواریانس چند متغیره، نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر افزایش کیفیت زندگی، تعدیل راهبردهای مقابله‌ای و ارتقاء سلامت روان سالمندان تأثیرگذار بود. دو گروه شرکت‌کننده در کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان تفاوت معنی‌داری داشتند ( $P < 0/05$ ). یافته‌های این پژوهش، تلویحات عملی در موقعیت‌های بالینی دارد که مورد بحث واقع شده است.

## کلیدواژه‌ها:

تاب‌آوری؛ کیفیت زندگی؛  
راهبردهای مقابله‌ای؛  
سلامت روان

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۶/۲۲

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۰۹/۱۴

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

\* نویسنده مسئول: لیلا شهابی‌فام

رایانامه: Leyla.Shahabifam@gmail.com

مقدمه

سلامت روان<sup>۱</sup> یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه مؤثر می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) سلامت روان را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی‌های خود را شناخته و از آن‌ها به نحو مؤثر و مولد استفاده کرده، تعریف می‌کند. به‌طور کلی بهداشت روانی، ایجاد سلامت روان به‌وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است. در دوران سالمندی نیز سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان و هم‌این‌که از افشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند بایستی تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی مورد ارزیابی قرار گیرد. بیماری، ناتوانی، اختلالات ذهنی، فوت همسر، فقر و بسیاری عوامل اجتماعی دیگر باعث می‌شوند تا نیازهای سالمندان در پاره‌ای موارد، متفاوت با نیازهای سایر اقشار جامعه باشد که توجه به آن‌ها حائز اهمیت است؛ از نظر بیرز<sup>۳</sup>، سالمندی نتیجه یک سیر و روند کند بیولوژیک است که علائم ظاهری آن شامل سپید شدن مو، چین‌وچروک در پوست، پیرچشمی، کاهش شنوایی، کندی در تحرک، خمیدگی، کاهش قدرت عضلات، مشکلات تنفسی و امثال آن است (دوزیس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). این مسائل می‌توانند بر جنبه‌های مختلف سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان تأثیر بگذارند.

کیفیت زندگی<sup>۵</sup> یکی از مهم‌ترین مسائل پیش روی جهان امروز و از مباحث اساسی در تکوین سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقاء کیفیت زندگی سلامت‌محور، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش، نوع‌دوستی و از خودگذشتگی در میان جوامع را در برمی‌گیرد. کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه‌هایی از زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشد. در یک تعریف کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی مربوط به سلامت، بستگی به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد (پارک، پوستون و تامبل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). در این تعریف بر ذهنیت فرد و چندبعدی بودن کیفیت زندگی تأکید می‌شود (بارمستون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی مربوط به سلامت، معرف نوعی برداشت ذهنی از بیماری یا درمان آن است. به همین دلیل، بیماران با وضعیت سلامت مشابه، به علت تفاوت‌های فردی مربوط به توقعات و راهبردهای مقابله‌ای، ممکن است کیفیت زندگی همسانی نداشته باشند. در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند از

1. Mental Health
2. World Health Organization
3. Birez
4. Dozois
5. Quality of Life
6. Park, Poston and Tumbel
7. Barmeston

اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات، این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، ادراک ذهنی از سلامتی و توانایی کار کردن است (فسینو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). سالمندان نیز به دلیل برخی محدودیت‌های جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار نیستند (حمیدی زاده و صالحی، ۱۳۹۰). با این حال، برخی متغیرهای روان‌شناختی همچون تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند بر کیفیت زندگی و سلامت روانی سالمندان اثر مثبتی داشته باشند (هوس و تانگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲).

افراد برای مقابله با استرس از سبک‌های مقابله‌ای مختلفی استفاده می‌کنند. انتخاب سبک‌های مقابله‌ای مناسب در برابر فشار روانی می‌تواند از تأثیر فشارها بر سلامت روان کاسته و در نتیجه به سازگاری هرچه بیشتر فرد منجر شود؛ بنابراین مدیریت کردن استرس بسیار حیاتی و مهم است که اگر مقابله صورت نگیرد، استرس شدیدتر می‌شود (تووی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ شهبازی و همکاران، ۱۳۹۰). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود (فرزین راد و همکاران، ۱۳۸۹). توانایی مقابله فرد با عوامل تنیدگی‌زا را از سه جنبه می‌توان مورد بررسی قرار داد. راهبردهای مقابله مسئله مدار شامل اقداماتی است که فرد در رابطه با شرایط استرس‌زا، کارهای مفید و سازنده‌ای انجام می‌دهد و دربرگیرنده راهبردهای رویارویی فعال، برنامه‌ریزی، خودداری از انجام فعالیت‌های رقابتی، خودداری از انجام اعمال عجولانه و جستجوی حمایت‌های اجتماعی می‌باشد. راهبردهای مقابله هیجان مدار مثبت، کوشش‌هایی را شامل می‌شود که برای تنظیم پاسخ‌های هیجانی واقعه استرس‌زا به کار می‌رود و دربرگیرنده راهبرد جست‌وجوی حمایت اجتماعی مبتنی بر هیجان، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش و شوخی می‌باشد. راهبرد مقابله هیجان مدار منفی یا غیر مؤثر که دربرگیرنده عدم درگیری ذهنی با مسئله، انکار، عدم درگیری رفتاری در جهت مسئله، تمرکز بر هیجان و استفاده از داروها و الکل می‌باشد (لازاروس و فولکمن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۶؛ به نقل از نصیر، ۱۳۹۰). نتایج برخی تحقیقات (زاهد نژاد و همکاران، ۱۳۹۴؛ هوس و تانگ، ۲۰۱۲؛ دوبکین<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) نشان داده است که راهبردهای مقابله‌ای سهم بسزایی در افزایش سلامت روانی سالمندان دارد.

تاب‌آوری<sup>۱۳</sup> نیز از سازه‌های بنیادی شخصیت است که دربرگیرنده قابلیت‌های بنیادی فرد در رویارویی، عقب‌نشینی و از سرگیری دوباره تلاش و مقابله با مشکلات می‌باشد (نادری و همکاران، ۱۳۸۷). تحقیقات نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکانه نیستند، از نظر عاطفی آرام‌اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند (لترینگ<sup>۱۴</sup> و

8. Fisinio
9. House & Tang
10. Tui
11. Lazarus and Folkman
12. Dobkin
13. Resilience
14. Lettersing

(۱۳۸۴)، پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و مقیاس کلی سلامت روانی عبارت از ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۴۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ بوده است. اعتباریابی این پرسش‌نامه نیز توسط حقیقی و همکارانش (۱۳۷۸)؛ به نقل از احمدیان، (۱۳۸۴) با استفاده از نمره‌ی کل فهرست تجدیدنظر شده‌ی علائم روانی (SCL-90-R) انجام شد که ضرایب اعتبار برای حیطه‌های چهارگانه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ بوده است.

**پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای:** این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر<sup>۷</sup> (۱۹۹۰) ساخته شده و شامل ۴۸ سؤال است که هر ۱۶ سؤال به یکی از ابعاد مربوط می‌شود. پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می‌شود (شکری و همکاران، ۱۳۸۷). اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند، همچنین این ضریب برای سبک مقابله‌ی مسئله‌دار برای پسران و دختران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲، برای سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲، برای سبک مقابله‌ی اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و برای دو مقیاس فرعی سردرگمی و روی آوردن به اجتماع به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است. قریشی راد (۱۳۸۹) پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ در مقیاس مسئله‌مدار به ترتیب ۰/۸۶؛ هیجان‌مدار ۰/۸۱ و در مقیاس اجتناب مدار ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس سلامت جسمی (۷ آیتم)، سلامت روان (۶ آیتم)، روابط اجتماعی (۳ آیتم)، سلامت محیط اطراف (۳ آیتم) و نمره کلی است. نمره دهی بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. نمره بالاتر، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش نجات و همکاران، (۱۳۸۵) به روش آزمون-بازآزمون برای زیرمقیاس سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ و به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ به دست آمده است. جلسات آموزش تاب‌آوری گروهی: برنامه تاب‌آوری پس‌لوانیا (اقتباس از پوررحیمی مرنی و همکاران، ۱۳۹۴) طی ۷ جلسه یک و نیم‌ساعته اجرا شد. در جدول (۱) خلاصه جلسات آموزش تاب‌آوری ارائه شده است:

همکاران، ۲۰۰۵). به علاوه، تاب‌آوری می‌تواند بر روی کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیرگذار باشد (توگاد و فردریکسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). شواهد تجربی نشان می‌دهند که عدم برخورداری از تاب‌آوری روان‌شناختی، پایین بودن وضعیت سلامت رفتاری همراه با عدم کنترل دقیق و مداوم متابولیک از طریق انجام رفتارهای خود مراقبتی توسط سالمندان می‌تواند به طور معناداری خطر بروز بسیاری از بیماری‌ها را افزایش دهد (استون و فلمینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). برخی از محققان به عنوان یک تبیین احتمالی گفته‌اند تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (بونانو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، از آنجایی که تاب‌آوری قابل آموزش می‌باشد، لذا می‌توان بیان داشت که با آموزش تاب‌آوری می‌توان میزان سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان را ارتقاء بخشید. این در حالی است که تحقیقات گذشته در راستای افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان به درمان‌های شناختی (ولایی و زالی پور، ۱۳۹۴، برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴)، شناختی رفتاری (ی هو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ کزابلینا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، درمان‌های دارویی (ون مالدرن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، توجه کرده‌اند و نقش مؤثر تاب‌آوری کمتر مورد توجه واقع شده است. لذا مطالعه حاضر درصدد می‌باشد به این سؤال پاسخ دهد که آیا آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان مؤثر می‌باشد؟

## روش

پژوهش حاضر به لحاظ روش، نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و به لحاظ هدف، کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی سالمندان ساکن در سرای مهر تبریز بود. در روش نیمه آزمایشی حداقل هرکدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود (دلور، ۱۳۹۶). به این جهت از بین جامعه فوق تعداد ۵۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک ورود شامل رضایتمندی برای شرکت در جلسات گروهی و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش، عدم مشارکت و همکاری در طول جلسات بود.

## ابزارها

پرسشنامه سلامت روانی: این پرسشنامه که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده است، دارای چهار زیر مقیاس وضعیت جسمانی (تحرک، درد، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و نگرانی)، کارکردهای اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی و مشکلات زناشویی) و افسردگی و خیم است. فرم مورد استفاده در تحقیق حاضر، نسخه ۲۸ سؤالی است. گلدبرگ میزان همبستگی نمرات این پرسشنامه و ارزیابی بالینی را ۰/۸۰ گزارش نموده است. در تحقیق احمدیان

5. Kraepeliena  
6. Van Maldren  
7. Endler & Parke

1. Togad and Frederickson  
2. Stone and Fleming  
3. Bonano  
4. Ye Ho

**جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش تاب‌آوری پسنلووانیا**

**جلسه اول:** آشنایی اعضا با یکدیگر و مدرس، تشریح برنامه آموزشی پسنلووانیا، بیان تعارف و تاریخچه و اعتبار و تأثیرات مثبت این آموزش در مدیریت تجارب هیجانی از طریق ایجاد باورهای سازنده که در نهایت منجر به ارتقای سطح سازگاری فرد و موجب رشد روان‌شناختی او می‌گردد.

**جلسه دوم:** آموزش الگوی رابطه بین حالات هیجان متعاقب رویارویی با رخداد‌های منفی با نظام باورهای فرد بر اساس مدل پیشنهادی آلپس

**جلسه سوم:** ارزیابی الگوی اسنادی افراد در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، بیان تفاوت بین تمایلات و نیازهای واقعی و نقش باورهای مربوط (چگونگی تفسیر) رویدادها

**جلسه چهارم:** مجادله و مقابله با نگرش‌ها و باورهای فاجعه‌پندارانه، بر اساس الگوی آلپس دو عامل مجادله و انرژی دهنده‌گی به کمک چهار اصل، ۱- گردآوری شواهد، ۲- مطرح کردن تفسیرهای جایگزین، ۳- اجتناب از فاجعه‌پنداری، ۴- تدوین نقشه حمله (فن مجادله با افکار منفی) را می‌آموزند.

**جلسه پنجم:** تشخیص سبک‌های رفتاری افراد، آموزش برقراری ارتباط پویا به کمک مدل Disc

**جلسه ششم:** آموزش مراحل مهارت‌های حل مسئله شامل ۱- درنگ کردن و اندیشیدن، ۲- از دیدگاه دیگران به امور نگریستن (احترام به تفاوت‌ها و نگاه از بیرون)، ۳- تعیین اهداف، ۴- انتخاب شیوه‌ای برای عمل پس از تعیین موارد مثبت و منفی، ۵- آزمون اثربخشی را حل انتخابی برای مهارت یافتن در حل مسائل باید از تفکر منطقی که ریشه در باورهای کارآمد دارد بهره جست که متعاقب آن کنترل پیامدها به طریق سازنده و کاهش آسیب خواهد بود.

**جلسه هفتم:** آموزش مهارت‌های اجتماعی ابراز وجود (جرئت‌ورزی) و مذاکره، جمع‌بندی و نظرسنجی کلی از دوره

**نتایج**

در بخش اول تجزیه و تحلیل، شاخص‌های توصیفی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان داده شده است.

**جدول ۲: شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون - پس‌آزمون به تفکیک گروه**

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایشی	جسمانی	۱۸/۰۸	۳/۷۲	۲۰/۲۸	۲/۷۱
	اضطراب	۱۶/۹۶	۴/۳۵	۱۹/۴۴	۲/۹۸
	کارکرد اجتماعی	۱۷/۴۸	۳/۹۰	۲۱/۴۰	۲/۷۰
	افسردگی	۱۷/۹۲	۵/۰۵	۱۹/۱۶	۲/۴۴

۱۱/۸۸	۷۷/۵۲	۸/۹۷	۷۲/۸۴	سلامت عمومی
۷/۰۷	۸۷/۵۶	۱۰/۹۳	۷۸/۶۸	کیفیت زندگی
۴/۲۷	۲۴/۷۶	۶/۲۶	۲۳/۷۶	هیجان مدار
۷/۰۰	۲۹/۶۴	۳/۸۵	۲۶/۳۶	مسئله مدار
۸/۴۸	۳۰/۸۰	۷/۷۴	۲۶/۲۴	اجتنابی
۲/۸۱	۱۹/۰۰	۲/۰۰	۱۷/۰۰	جسمانی
۲/۱۲	۱۷/۵۶	۲/۳۶	۱۷/۶۴	اضطراب
۳/۱۲	۱۹/۲۴	۲/۲۳	۱۶/۶۰	کارکرد اجتماعی
۲/۹۱	۱۶/۸۴	۲/۸۷	۱۸/۰۴	افسردگی
۵/۵۰	۶۹/۵۲	۵/۹۵	۶۸/۹۲	سلامت عمومی
۶/۹۵	۷۳/۶۰	۱۷/۱۲	۷۶/۸۰	کیفیت زندگی
۵/۲۰	۲۲/۰۰	۸/۹۲	۲۱/۶۴	هیجان مدار
۵/۹۰	۲۶/۵۶	۵/۰	۲۶/۶۸	مسئله مدار
۶/۳۷	۳۵/۴۰	۷/۲۳	۲۴/۶۰	اجتنابی

۳

شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱ نشانگر پراکندگی مناسب داده‌ها می‌باشد.

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. از این‌رو، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون ام باکس به منظور بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته و آزمون بارتلت به منظور بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس باقیمانده متغیرهای وابسته استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد مفروضه برقرار است. از آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد، که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد. از این‌رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش مورد تأیید است. با تأیید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم گردید. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره ارائه شده است.

## جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری متغیرهای تحقیق

در بین گروه کنترل و آزمایش						
متغیر وابسته	آزمون	مقدار	F	Df1	Df2	p
سلامت عمومی	لامبدای ویلکز	۰/۷۵	۳/۳۵	۴	۴۱	۰/۰۱
راهبردهای مقابله‌ای	لامبدای ویلکز	۰/۶۴	۷/۸۹	۳	۴۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد، لامبدای ویلکز برای مؤلفه‌های سلامت عمومی ( $F=۳/۳۵$ ;  $P<۰/۰۵$ ) و راهبردهای مقابله‌ای ( $F=۷/۸۹$ ;  $P<۰/۰۵$ ) معنادار است؛ بنابراین ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $P<۰/۰۵$ ). در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت مقایسه مؤلفه‌های سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای و همچنین مقایسه نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل آورده شده است.

## جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره تفاوت گروه آزمایش و

کنترل در سلامت عمومی						
منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات میانگین	مقدار F	معنی داری سطح
عضویت گروهی (مداخله)	جسمانی	۱۹/۳۶	۱	۱۹/۳۶	۲/۴۹	۰/۰۵
	اضطراب	۴۵/۴۰	۱	۴۵/۴۰	۶/۶۰	۰/۰۱
	کارکرد اجتماعی	۴۴/۳۳	۱	۴۴/۳۳	۵/۹۳	۰/۰۱
	افسردگی	۶۹/۸۵	۱	۶۹/۸۵	۹/۰۹	۰/۰۱
	راهبرد مسئله محور	۱۰۸/۱۱	۱	۱۰۸/۱۱	۴/۷۳	۰/۰۳
	راهبرد هیجانی	۱۱۶/۷۹	۱	۱۱۶/۷۹	۳/۱۹	۰/۰۸
	راهبرد اجتنابی	۲۸۸/۸۲	۱	۲۸۸/۸۲	۷/۷۵	۰/۰۱
	کیفیت زندگی	۲۳۴۵/۷۳	۱	۲۳۴۵/۷۳	۴۹/۸۶	۰/۰۰۱

$$p = 0/05$$

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد بین نمرات پس‌آزمون اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P<۰/۰۵$ ) که حاکی از

1. Dobkin
2. Mealer, Conrad, Evans, Jooste, Solyntjes, Rothbaum, and Moss

اثربخشی معنادار آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی سالمندان در پس‌آزمون گروه مورد مداخله است. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد بین نمرات پس‌آزمون راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و راهبرد اجتنابی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P<۰/۰۵$ ) که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار آموزش تاب‌آوری بر افزایش راهبرد مسئله مدار و تعدیل راهبرد مقابله‌ای اجتنابی سالمندان در پس‌آزمون گروه مورد مداخله است. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید است. همچنین نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، بین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P<۰/۰۵$ ) که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار آموزش تاب‌آوری بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان در پس‌آزمون گروه مورد مداخله است. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر تبریز بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان مؤثر می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۴)، ولایی و زالی پور (۱۳۹۴)، پروانه و همکاران (۱۳۹۴)، دوبکین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، هوس و تانگ (۲۰۱۲)، یامانیسی و همکاران (۲۰۱۳)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، آموزش تاب‌آوری اعتقاد به توانایی و یک فلسفه خوش‌بینانه به زندگی را ارائه می‌کند و یکی از عناصر سازنده عملی است که کمک می‌کند تا فرد فاصله بین نیروهای خود و محدودیت‌های خود را پر کند (مالر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). به دیگر سخن، موجب بازیابی اعتقاد خود بوده، جرئت انجام کار را به افراد می‌دهد و از طریق دلگرمی، فرد به ارزش‌های خودآگاهی می‌یابد و به نقاط قوت و داشته‌های خود واقف می‌شود (واتر و گارزا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، آموزش تاب‌آوری افزایش همدلی افراد را موجب می‌شود که در نتیجه سطح کیفیت زندگی افراد بالا می‌رود، افرادی که از کیفیت زندگی بالا برخوردارند، رفتارهای انعطاف‌پذیری بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری را با دیگران ایجاد می‌کنند. این رفتارهای انعطاف‌پذیری باعث حل بهتر مسئله و درک بهتر شرایط می‌شوند. از سوی دیگر کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی شاید به این دلیل باشد که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه‌حل به‌شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های سالمندان تشویق شده است.

همچنین نتایج داد آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان سالمندان مؤثر می‌باشد. این نتیجه با یافته‌های شریفی راد و همکاران (۱۳۹۰)، ولایی و زالی پور (۱۳۹۴)، پروانه و همکاران (۱۳۹۴)، پوررحیمی و همکاران (۱۳۹۴)، سرتیپ زاده، علی‌اکبری و همکاران (۱۳۹۵)، هسو و همکاران (۲۰۱۵)، یه و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد.

## 3. Watts &amp; Garza

## منابع

- احمدیان، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی رابطه‌ی شیوه‌های فرزندپروری با خودکارآمدی و سلامت روانی دانش‌آموزان، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- برقی ایرانی، زیبا؛ دهکردی، مهناز؛ علی‌اکبری و بگیان کوله مرز، محمد جواد. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت رفتار درمانگری بر وضعیت حافظه و خواب سالمندان، مجله روان‌شناسی پیری، (۱)، ۱۹-۳۰.
- پروانه، الهام؛ عزیزی، کبری و کریمی، پروانه. (۱۳۹۴). اثربخشی امیددرمانی بر افزایش شادکامی سالمندان، نشریه روان‌شناسی پیری، (۱)، ۴۱-۴۷.
- پوررحیمی مرئی، مریم؛ احدی، حسن؛ عسگری، پرویز و بختیار پور، سعید. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه تاب‌آوری پنسلوانیا بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خوش بینی دانش‌جویان، مجله دست‌آورد های روان‌شناسی بالینی، (۱)، ۲۵-۴۰.
- حمیدی زاده، صالح؛ صالحی، کنایون. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در شهر تهران. همایش سراسری سالمندی و پزشکی سالمندان، اصفهان، ۲۳ دی.
- دلاور، علی. (۱۳۹۶). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: رشد.
- زاهد نژاد، شهلا؛ فاضلی، یاسین؛ رضایی، حسین؛ حقیقی زاده، محمد حسین. (۱۳۹۴). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و مذهب گرایبی با رضایت مندی زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان اهواز، مجله سالمندی ایرانیان، (۴)، ۲۳-۳۹.
- سرتیپ زاده، افسانه؛ علی‌اکبری، مهناز و طبائیان، سیده راضیه. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان شهر اصفهان، تحقیقات علوم رفتاری، (۱)، ۲۳-۳۹.
- شریفی راد، غلامرضا؛ غفاری، محتشم؛ زنجانی، سمانه و حسن زاده، اکبر. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید بر سطح استرس (تنش) سالمندان مراجعه‌کننده به کانون های جهان دیدگان شهر تهران، مجله تحقیقاتی نظام سلامت، (۵)، ۷-۵۸۹-۵۶۷.
- شهبازی، سارا؛ حیدری، محمد؛ علی شیخی، رحیم. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر میزان تحمل استرس در دانشجویان پرستاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، (۲)، ۱۳-۳۲.
- فرزین راد، بنفشه؛ اصغرزاد فرید، علی اصغر؛ یکه یزدان دوست، رخساره؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۹). مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های شخصیتی در دانشجویان افسرده، مجله علوم رفتاری، (۱)، ۴-۲۱.
- قریشی راد، فخرالسادات. (۱۳۸۹). اعتبار یابی مقیاس مقابله با موقعیتهای استرس‌زای اندلر و پارکر. مجله علوم رفتاری، (۱)، ۴-۷.
- معمدی شلمزاری، عبدالله. (۱۳۸۱). رابطه بین هوش نگرشهای مذهبی و رویدادهای زندگی با سالمندی موفق در شهر کرد، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- نادری، فرح؛ حیدری، علی رضا؛ مشعل پور، مرضیه. (۱۳۸۷). رابطه انعطاف‌پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی و رضایت شغلی در کارکنان شهرداری اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی، (۹)، ۳-۲۴.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش، کاظم، محمد؛ مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۴ (۴)، ۱-۱۲.
- نصیر، مرضیه (۱۳۹۰). رابطه راهبردهای مقابله با استرس و تاب‌آوری با خوش بینی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان دزفول. یافته‌های نو در روانشناسی (۶)، ۵۶-۶۸.
- ولایی، ناصر و زالی پور، سمیه (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ سالمندان، روان‌شناسی پیری، (۱)، ۴۴-۵۵.

دلیل این امر می‌تواند ناشی از بهبود توانمندی‌هایی باشد که شاید در برنامه‌های آموزش تاب‌آوری بیشتر به آن‌ها توجه شده است. این توانمندی‌ها شامل افزایش خودآگاهی، عزت‌نفس، پیوندجویی، هدفمندی، خودکارآمدی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری، کنترل هیجانات و معناداری می‌شود؛ زیرا تاب‌آوری، به عنوان فرایند توانایی سازگاری مثبت با موقعیت‌های ناگوار عمل می‌کند (گارمزی و ماستن<sup>۱</sup> ۱۹۹۱) و در برداشت‌های جدیدتر آن را به عنوان توانایی نظامی پویا برای مقاومت یا بهبود در برابر چالش‌های مهمی که ثبات، حیات و رشد را تهدید می‌کند، تلقی می‌کنند (ماستن، ۲۰۱۲). صاحب‌نظران معتقدند، افراد تاب آور، انعطاف‌پذیر بوده و خود را با تغییرات محیطی وفق می‌دهند و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردند؛ اما افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند، به مقدار اندکی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند، آن‌ها به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت عادی و بهبود برمی‌گردند (شی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). تاب‌آوری مهارتی قابل توسعه است که بر اساس آن فرد می‌تواند در رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و تعارض‌های زندگی و حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت‌ها و مسئولیت‌ها بر میزان تلاش خود برای دستیابی به موفقیت بیشتر بیفزاید. اعتقاد بر این است که تاب‌آوری توانایی سازگاری موفق با چالش‌ها و شرایط تهدیدکننده را بهبود می‌بخشد (اوشیو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

آخرین نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر راهبردهای مقابله‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندان مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های زاهد نژاد و همکاران (۱۳۹۴)، پوررحیمی و همکاران (۱۳۹۴)، دوبکین و همکاران (۲۰۰۹)، یامائیشی و همکاران (۲۰۱۳) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان گفت، مؤلفه‌های موجود در برنامه تاب‌آوری باعث می‌شود، افراد بتوانند رابطه اجتماعی بهتری را با اطرافیان برقرار کنند و بنابراین مهارت‌های مقابله با استرس و مهارت‌های اجتماعی آنان بهبود می‌یابد و بهتر می‌توانند زندگی خود را مدیریت کنند و بر مشکلات فائق آیند. تاب‌آوری نقش محافظتی دارد زیرا ویژگی استرس‌زایی حوادث را کاهش داده و توان مقابله و کنار آمدن افزایش می‌یابد.

پژوهش حاضر بر روی سالمندان ساکن در سرای سالمندان مهر تبریز انجام شده و در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. همچنین انتخاب نمونه در مرحله اول به صورت غیر تصادفی بوده است که نتایج را با محدودیت روبرو کرده است. برای رفع محدودیتها پیشنهاد می‌گردد، پژوهشی بر روی سالمندان سایر شهرها و سایر خانه سالمندان شهر تبریز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های آتی نتخاب نمونه به یکی از روشهای تصادفی انجام گیرد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود برای افزایش کیفیت زندگی، تعدیل راهبردهای مقابله‌ای و افزایش سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان از آموزش تاب‌آوری استفاده گردد.

1. Garmezly & Masten
2. Shi

- Bramston, P., Pretty, G., & Chipuer, H. (2002). Unravelling subjective quality of life: An investigation of individual and community determinants. *Social Indicators Research*, 59(3), 261-274. <https://doi.org/10.1023/A:1019617921082>
- Dobkin, R. D., Menza, M., & Bienfait, K. L. (2008). CBT for the treatment of depression in Parkinson's disease: a promising nonpharmacological approach. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(1), 27-35. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.1.27>
- Dozois, D. J. A. (2013). *Beck Depression Inventory-II*. In: Weiner IB, Craighead WE, editors. *The Corsini Encyclopedia of psychology*. 4th ed. New York: John Wiley & Sons, 2(8), 1-10.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G. A., Brustolin, A., Rovera, G. G., & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of gerontology and geriatrics*, 35(1), 9-20. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(01\)00210-2](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(01)00210-2)
- Garnezy, N., & Masten, A. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*. In E.M. Cummings, A. L. Green, K. H. & Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (: pp 151-174. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Hsu, H. C., & Tung, H. J. (2011). Coping strategies and adaptation for the disabled elderly in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(4), 488-495. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00701.x>
- Kraepeliena, M., Svenningsson, P., Lindeforsa, N., Kaldoa, V. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease: A pilot study. *Internet Interventions*, 2(1), 1-6.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of research in personality*, 39(4), 395-422. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003>
- Masten, A. S. (2012). *Risk and resilience in development*. In P. D. Zelazo (Ed.), *Oxford handbook of developmental psychology*. New York: Oxford University Press.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Moonen, A. J. H., Wijers, A., Leentjens, A. F. G., Christine, C. W., Factor, S. A., Juncos, J., ... & Richard, I. H. (2014). Severity of depression and anxiety are predictors of response to antidepressant treatment in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 20(6), 644-646. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.02.025>
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological reports*, 93(3\_suppl), 1217-1222. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.2003.93.3f.1217>
- Park, J. Poston, D. Turnbual, A. (2010). Family Quality of life. Aqualitive Inquiry, *Journal of American association of mental retardation*, 41(5). 313-328.
- Shi, M., Wang, X., Bian, Y., & Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0297-2>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/00223514.86.2.320>
- Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251-260. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2007.00222.x>
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 141-150. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007>
- Watts, R. E & Garza, Y. (2008). Using Children's drawings to facilitate the acting "as if" technique, *The journal of Individual Psychology*, 64(1): 113-118.
- World health organization (2017), *Mental health: a state of well-being*, available at: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Yamanishi, T., Tachibana, H., Oguru, M., et al. (2013). Training programs and quality of life among elderly. *International Medicines*. 52(5), 539-545.
- Ye, H. I., Hou, K. L. Yona, K., Mecsa, L. P. (2016). Effectiveness of a Hardness Treatment Program on Mental Health and well-being in Older Adults. *International Medicines*, 22(7), 212-345.