AGING PSYCHOLOGY
Jangi Jahantigh et al., Aging Psychology, 2021, 7(4), 345-359
DOI: 10.22126/JAP.2021.6911.1561

Research Article

The Effectiveness of Self-Healing Education on the Quality of Life in the Elderly

Laleh Jangi Jahantigh [1], Zohreh Latifi [1*], Mohammad Soltanizadeh [1]

[1] Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

Article Info

Article History
Received: 08.09.2021
Accepted: 30.12.2021
ePublished: 31.12.2021

Kyewords
Self-healing, quality of life, elderly

How to cite this article
Jangi Jahantigh, L., Latifi, Z., & Soltanizadeh, M. (2021). The Effectiveness of self-healing education on the quality of life in the elderly. *Aging Psychology, 7*(4), 345-359.

***Corresponding Author**
Zohreh Latifi

Email
z_yalatif@yahoo.com

© The Author(s)
Publisher: Razi University

Abstract

The successful elderly seems to be one of the main concepts in gerontology. The elderly is a biological process experienced by all living beings, including humans. The quality of life may affect the elderly's health. Accordingly, the current study was to determine the effectiveness of self-healing training on the quality of life among the elderly in 2020. The method of the present study was quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population included all women living in a nursing homes in Isfahan, Iran, among whom 40 were selected using convenience sampling and according to the inclusion criteria, by a public call in the mentioned boarding nursing homes, and assigned randomely into two groups (20 members each). The measure applied in the present study was Ware and Sherbourne's quality of life questionnaire. Latifi and Marvi's self-healing training was performed for the experimental group during twelve 60-minute sessions. Data were analyzed by univariate analysis of covariance (ANCOVA) by using SPSS-24 software. The results demonstrated that self-healing training had positive effects on the components of quality of life (including physical function, role limitation due to physical reasons, energy and vitality, emotional well-being, physical pain and general health) in the experimental group compared to the control group significantly in the post-test ($p<0.05$) and these effects had remained significantly constant in the follow-up phase ($p<0.05$). However, there was found no significant difference in the other components of quality of life (including limitation of role playing due to emotional reasons and social functioning), both in the posttest and follow-up stages ($p>0.05$). According to the results of the present study, it can be mentioned that the self-healing approach improves the quality of life and increases the elderly's general health by reducing the physiological stress through methods of treating destructive cellular memories, improving lifestyle and teaching relaxation techniques.

روان‌شناسی پیری
جنگی جهان‌تیغ و همکاران، روان‌شناسی پیری، ۱۴۰۰، ۷(۴)، ۳۵۹-۳۴۵
شناسه دیجیتال: 10.22126/JAP.2021.6911.1561

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان

لاله جنگی جهان تیغ [۱]، زهره لطیفی [۱*]، محمد سلطانی‌زاده [۱]

[۱] گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۹

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۰/۱۰/۱۰

کلیدواژه‌ها

خودشفابخشی، کیفیت زندگی، سالمندان

نحوه ارجاع به مقاله

جنگی جهان‌تیغ، ل.، لطیفی، ز.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۴)، ۳۵۹-۳۴۵.

*** نویسنده مسئول**

زهره لطیفی

پست الکترونیکی

z_yalatif@yahoo.com

چکیده

سالمندی موفق یکی از مفاهیم اصلی در پیری‌شناسی است. سالمندی فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند. کیفیت زندگی می‌تواند بر سلامت سالمندان اثر بگذارد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مقیم آسایشگاه سالمندان شهر اصفهان بودند که طی فراخوان عمومی در آسایشگاه سالمندان شبانه‌روزی، تعداد ۴۰ نفر از زنان سالمند از طریق نمونه‌گیری در دسترس و رعایت معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفری گمارش شدند. ابزار این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شربورن بود. آموزش خودشفابخشی لطیفی و مروی به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش خودشفابخشی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (شامل عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، انرژی و شادابی، بهزیستی هیجانی، درد بدنی و سلامت عمومی) را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری در مرحله پس‌آزمون ارتقاء بخشیده است ($P<۰/۰۵$) و این اثرات به میزان قابل توجهی در مرحله پیگیری ثابت باقی مانده‌اند ($P<۰/۰۵$). ولی در مابقی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (شامل محدودیت ایفای نقش به دلایل هیجانی و عملکرد اجتماعی) تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری یافت نشد ($P>۰/۰۵$). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت رویکرد خودشفابخشی با کاهش استرس فیزیولوژیک از طریق روش‌های درمان خاطرات سلولی مخرب، اصلاح سبک زندگی و آموزش فنون آرام‌سازی موجب بهبود کیفیت زندگی و افزایش سلامت عمومی سالمندان می‌شود.

سالمندی دوران پختگی، زمانی برای احساس بی‌نیازی، فرصت سیر به سوی کمال و رسیدگی به خویشتن و مرحله‌ای مؤثر و گرانقدر در زندگی (اینته و همکاران، ۲۰۱۷) و یکی از پیچیده‌ترین ساز و کارهایی است که تا به حال شناخته شده و دربردارنده اتفاقاتی است که در طول زندگی افراد از تولد تا پایان زندگی اتفاق می‌افتد (گارانگ، ۲۰۱۴). در این دوره افراد در معرض مشکلات و تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند (اسماعیلی‌شاد، ۱۳۹۹)، مشکلاتی مانند احساس تنهایی، کم‌حوصلگی، دلهره و نگرانی، از دست دادن همسر و دوستان، بازنشستگی، کاهش توانایی‌های عملکردی، مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن مختلف، تغییرات ظاهری، کاهش درآمد و نگرش‌های منفی اجتماعی (مرسا و همکاران، ۱۳۹۸) که هر کدام به نحوی زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سالمندان به علت داشتن شرایط خاص، مثل سن بالاتر، کسب تجارب و مهارت‌های خاص، نسبت به گروه‌های سنی دیگر، دارای کیفیت زندگی منحصر به فردی هستند (اسمعیلی و اسماعیلی، ۱۳۹۷) و یکی از مسائل شایان توجه در سالمندان کاهش کیفیت زندگی است.

کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی به معنای ارزیابی ذهنی از وضعیت زندگی (کیم و همکاران، ۲۰۱۹) و درک فرد از میزان خوب بودن جسمی، ذهنی، هیجانی و اجتماعی زندگی است (زحمت‌کشان و همکاران، ۱۳۹۱) که سلامت و عملکرد خانواده، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، روانی، جنبه‌های هیجانی و معنوی را در بر می‌گیرد (حبیب‌زاده، ۱۳۸۸؛ یوسفی‌افراشته و رضایی، ۱۴۰۰). بنابراین دانستن عوامل تأثیرپذیر از کیفیت زندگی در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای می‌باشد (تسای و همکاران، ۲۰۰۴). کیفیت زندگی را می‌توان به عنوان یک شاخص کلیدی و یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه عمومی در نظر گرفت (تسدال، ۲۰۱۶). مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون سرزندگی (مختاری‌دیزجی و سهرابی، ۱۳۹۷)، عواطف مثبت (ضابط و همکاران، ۱۳۹۴)، شادکامی (حمید و همکاران، ۱۳۹۲)، رابطه مثبت معنادار، و با اضطراب مرگ (شمس، ۱۳۹۸)، عواطف منفی (ضابط و همکاران، ۱۳۹۴)، افسردگی (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۶) رابطه منفی معناداری دارد.

در میان درمان‌های مؤثر مختلف، خاطره‌پردازی (مجذوبی و همکاران، ۱۳۹۱)، امیددرمانی گروهی (معتمدی و همکاران، ۱۳۹۶)، ذهن‌آگاهی (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۶)، خودمراقبتی (اسماعیلی‌شاد، ۱۳۹۹)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (احمدی و ولی‌زاده، ۱۴۰۰)، درخصوص افزایش کیفیت زندگی برای سالمندان بکار رفته‌اند. یکی از این درمان‌ها که به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی داشته باشد، خودشفابخشی[1] است.

شفا به عنوان اثری از یک کل متعالی یا فراگیر در نظر گرفته می‌شود که شامل جنبه‌های جسمی، روحی، هیجانی، اجتماعی و معنوی تجربه بشری است که در آن تمامیت در زندگی بشر پایه‌ریزی شده‌است (وو و همکاران، ۲۰۲۱). خودشفابخشی یکی از رویکردهای جدید مثبت‌نگر است که به طور رسمی توسط لوید و جانسون (۲۰۱۱) تحت عنوان کدهای شفابخش ارائه شده است و شامل مهارت‌های خودیاری، خودآرامبخشی و کدهای شفابخش برای کاهش استرس فیزیولوژیک، افزایش سیستم ایمنی بدن و افزایش آرامش و رفتارهای خردمندانه می‌باشد (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹). لوید و جانسون معتقدند ۹۵ درصد از تمام مشکلات جسمانی و روانی از استرس (موقعیتی و فیزیولوژیک) سرچشمه می‌گیرد. استرس موقعیتی منبع مشخصی دارد و به‌طور عمده بیرونی و قابل تشخیص است، ولی استرس فیزیولوژیک، استرس درونی و مخفی است که توسط خاطرات سلولی مخرب ایجاد و برانگیخته می‌شود (لوید و جانسون، ۱۳۹۷). خاطره سلولی مخرب، خاطره‌ای است که در تمام سلول‌های بدن ذخیره شده و هر بار که یک خاطره سلولی مخرب ناخواسته فعال می‌شود، یک سیگنال دروغ و غیرواقعی به هیپوتالاموس در مغز فرستاده می‌شود و استرس را فعال می‌کند (لینگ و همکاران، ۲۰۲۱). ریشه خاطرات سلولی مخرب در دوازده گروه قابل شناسایی هستند که عبارت از (۱) کینه‌جویی، (۲) اقدامات زیان‌بخش، (۳) باورهای غلط و احساسات منفی، (۴) خودخواهی، (۵) غمگینی و پریشانی، (۶) اضطراب و ترس، (۷) خشم و نابردباری (بی‌صبری)، (۸) طرد کردن و خشونت، (۹) احساس به اندازه کافی خوب نبودن، (۱۰) تحت کنترل درآوردن (محدودیت)، (۱۱) غرور ناسالم، تکبر و تصور بازدارنده و (۱۲) ناتوانی برای کنترل خود هستند. باور رویکرد خودشفابخشی این است که این

[1] Self-healing

دوازده کد موجب برانگیختگی سیستم جنگ و گریز در مغز افراد شده و موجب دردهای روانی برای فرد می‌شود (لطیفی و مروی، ۱۳۹۹).

تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد جهت درمان خاطرات مخرب یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک در ویژگی‌های شخصیتی علاوه بر شرایط محیطی است. در این درمان بر تعالی روان‌شناختی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفت‌وگوهای درونی و ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفابخش تأکید شده‌است (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۸). در ایران لطیفی و مروی (۱۳۹۷) این رویکرد را مبتنی بر دین مبین اسلام و آموزه‌های ابوعلی‌سینا بومی‌سازی کرده‌اند و پروتکل مربوطه را تهیه و با تأیید لوید مورد استفاده قرار داده‌اند.

اگرچه در سنین غیر از سالمندی، این روش برای متغیر کیفیت زندگی (لطیفی و همکاران، ۱۴۰۰؛ زارعان و لطیفی، ۲۰۲۱) و دیگر متغیرهای پژوهشی از جمله توانمندسازی روانی (ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹)، استرس، اضطراب مرگ (زمانی و همکاران، ۱۴۰۰)، حس انسجام (ایرانی و همکاران، ۱۴۰۰)، افسردگی (شهبازی و لطیفی، ۱۳۹۹)، سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی (زارعان و لطیفی، ۲۰۲۰؛ زارعان و همکاران، ۱۳۹۹؛ ضرابی و همکاران، ۱۴۰۰)، و آرامش (لطیفی و همکاران، ۱۳۹۹)، به کار رفته است اما تا به حال در سنین سالمندی به کار گرفته نشده است.

بنابراین با توجه به کاهش و زوال فرایندهای جسمانی و روان‌شناختی در میان سالمندان، انجام مداخلات خودمراقبتی و مثبت‌نگر با اثرات پایدار که به حفظ و ثبات این عوامل کمک کند (شریفی‌فرشاد و همکاران، ۱۴۰۰) ضرورت دارد. از طرف دیگر، کیفیت زندگی سازه‌ای چندبعدی است که بر بیشتر ابعاد زندگی سالمندان تأثیرگذار می‌باشد. با آغاز پژوهش در این زمینه و اشاعه آن در کارکردهای روان‌شناختی دیگر، می‌توان به نتایج مفیدی برای بهبودی کیفیت زندگی و عملکردهای تحلیل‌رفته سالمندان دست یافت. با توجه به مباحث مطرح شده هدف محقق تعیین اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان است. فرضیه پژوهش نیز در راستای هدف بیان‌شده عبارت است از اینکه آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان اثربخشی معناداری دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مقیم آسایشگاه سالمندان شهر اصفهان بودند که طی فراخوان عمومی در آسایشگاه سالمندان شبانه‌روزی، تعداد ۴۰ نفر از زنان سالمند داوطلب از طریق نمونه‌گیری دردسترس و رعایت معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفری گمارش شدند. ملاک‌های ورود به طرح عبارت بود از (۱) دامنه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، (۲) دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشن، (۳) کسب نمره برابر یا پایین‌تر از نقطه برش در پرسش‌نامه کیفیت زندگی، (۴) رضایت سالمندان برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل، (۱) ابتلاء به بیماری سخت یا مزمن، (۲) اختلالات روانی، (۳) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، (۴) استفاده از هر نوع مداخله روان‌شناختی دیگر بود. پس از انتخاب نمونه، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مرکز سالمندان صادقیه شهر اصفهان به صورت مجازی طی دو ماه تحت آموزش بر اساس برنامه خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) قرار گرفت در حالی‌که گروه کنترل در لیست انتظار قرار داده شدند. جهت ملاحظات اخلاقی، شرط گمنامی برای تمام شرکت‌کنندگان به منظور جلوگیری از پیامدهای احتمالی منفی برای آنها، محرمانه بودن نتایج به دست‌آمده، آگاهی شرکت‌کنندگان از هدف اجرای پژوهش و پاسخ‌گویی به آزمون‌ها و رضایت برای شرکت در پژوهش مد نظر قرار گرفت. همچنین غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در طول جلسات آموزش و عدم انجام تکالیف ارائه شده درجلسات مواردی بودن که به‌عنوان معیارهای حذف شرکت‌کننده در طول جلسات مدنظر پژوهشگر قرار گرفته بود. در ادامه جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و در نهایت پس از ۴۵ روز پیگیری به عمل آمد. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بدین صورت بود که میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۷/۱±۹۷/۴۵ محاسبه شد. ۳/۷۳ درصد شرکت‌کنندگان ۶۰ تا ۶۴ سال، ۶۳/۳ درصد ۶۴ تا ۶۸ سال و ۳۳/۳ درصد ۷۰ سال سن داشتند. اکثر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات رسمی و مدارک آکادمیک بودند. از نظر تعداد فرزند، ۱۰ درصد بدون فرزند، ۲۶/۷ درصد یک فرزند، ۶۳/۳ درصد

دارای دو فرزند بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان به لحاظ مالی وضعیت متوسط (۵۰٪) داشتند و تنها ۲۰ درصد وضعیت خود را خوب گزارش کردند. از بین همسران در قید حیات اعضای شرکت‌کننده، ۶۳/۳ درصد بالای ۷۵ سال سن داشته‌اند.

ابزار

پرسش‌نامه کیفیت زندگی وار و شربون[1]. این پرسش‌نامه جهت بررسی کیفیت زندگی توسط وار و شربورن (۱۹۹۲) در ۳۶ گویه طراحی شده است. هشت زیرمقیاس این پرسش‌نامه عبارت از عملکرد جسمانی (PF)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (RP)، محدودیت ایفای نقش به دلایل هیجانی (RE)، انرژی و شادابی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، عملکرد اجتماعی (SF)، درد بدنی (P) و سلامت عمومی (GH) هستند. همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و روانی به دست می‌آید. که براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. نمره این گویه‌ها به ترتیب از عالی (۵)، خیلی‌خوب (۴)، خوب (۳)، متوسط (۲)، ضعیف (۱) تشکیل می‌گردد. نمره کسب شده در هر یک از این زیرمقیاس‌ها بین صفر تا صد متغیر است. در این پرسش‌نامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. سازنده ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۸ برآورد کرده است (وار و شربورن، ۱۹۹۲). پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵)، و ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های هشت‌گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسش‌نامه می‌تواند در تمامی شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری، ۱۳۸۰، به نقل از کریم‌پور، ۱۳۹۳). در پژوهش کریم‌پور (۱۳۹۳) اعتبار محتوای این پرسش‌نامه توسط اساتید راهنما، مشاور و چند تن از افراد صاحب‌نظر مورد تأیید قرار گرفته‌است و از اعتبار لازم برخوردار می‌باشد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۶ به دست آمد.

پروتکل آموزشی. پروتکل مورد استفاده در پژوهش حاضر، رویکرد آموزشی خودشفابخشی لطیفی و مروی با اقتباس از روش لوید و جانسون (۲۰۱۱) می‌باشد (لطیفی و مروی، ۱۳۹۷). خلاصه محتوا و تکالیف جلسات آموزشی در جدول ۱ به تفکیک جلسات آمده است.

روش اجرا

بعد از کسب کد اخلاق از کمیته پژوهشی دانشگاه پیام‌نور واحد اصفهان با شناسه مصوبه اخلاق IR.PNU.REC.1400.151 جهت دسترسی به اعضای نمونه که شامل زنان سالمند در رده سنی ۶۰ تا ۷۰ سال ساکن آسایشگاه شبانه‌روزی بودند، پس از تعیین یکی از مراکز سالمندان شهر اصفهان به صورت دردسترس و انجام هماهنگی‌های لازم، ابتدا پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط کلیه سالمندان تکمیل گردید. قبل از شروع به جمع‌آوری داده‌ها، اهداف پژوهش، زمان برگزاری و تعداد جلسات به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین قبل از شروع پژوهش از تمامی سالمندان خواسته شد که یک رضایت‌نامه کتبی تکمیل کنند و به آنان این اطمینان داده شد که اطلاعات آنان ضمن این‌که به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند، در هیچ کجا نشر نخواهد شد و در صورت عدم رضایت، به هر دو صورت شفاهی و کتبی می‌توانند از مشارکت در جلسات انصراف دهند. سپس برای سالمندان توضیح داده شد که شرکت در طرح ضمن داوطلبانه بودن برای آنان هیچ گونه هزینه‌ای در بر نخواهد داشت و در صورت بروز هرگونه مشکل می‌توانند با پژوهشگر تماس حاصل نمایند. در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پژوهشگر به صورت فعال جهت پاسخ‌گویی به سؤال‌ها حضور داشت. همچنین پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها بررسی کاملی توسط دستیار پژوهشگر جهت کامل بودن پرسش‌نامه‌ها انجام شد (سالمندانی که به سختی قادر به خواندن و نوشتن بودند به کمک پژوهشگر یا دستیار آن و به صورت انفرادی مورد آزمون قرار گرفتند) و از بین سالمندانی که نمره برابر یا پایین‌تر از نقطه برش در پرسش‌نامه کیفیت زندگی (۵۰) کسب کرده بودند، ۴۰ نفر به‌طور تصادفی ساده انتخاب و به نسبت مساوی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگزین گردیدند. سپس گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله خودشفابخشی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. سالمندانی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند، و یا به دلیل عدم همکاری و انجام ناقص تکالیف ارائه شده در جلسات، از شرکت در پژوهش

[1] short-form health survey questionnaire (SF-36)

حذف شدند. پس از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های ازمایش و گواه در شرایط یکسان، مجدد پس‌آزمون گرفته شد. پس از گذشت یک ماه و نیم نیز، برای سومین مرحله سنجش، پیگیری روی دو گروه انجام شد؛ تا تفاوت‌های احتمالی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات اموزشی و اجرای مرحله پیگیری، خلاصه جلسات آموزش خودشفابخشی برای گروه گواه نیز اجرا شد. زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه ۳۵ تا ۴۵ دقیقه بود. پس از تکمیل اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ شد و در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف‌معیار استفاده شد و در بخش استنباطی، جهت بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنف و جهت برقراری تساوی واریانس‌ها از آزمون F لوین استفاده شد. پس از آن با استفاده از روش آمار استنباطی تحلیل کواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) تفاوت موجود بین گروه‌ها بررسی گردید.

جدول ۱

پروتکل آموزش خودشفابخشی (لطیفی و مروی، ۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۱)

جلسات	محورها
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص کردن هدف‌ها و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی، توضیح سیستم ایمنی بدن و نقش استرس بر عملکرد سیستم ایمنی بدن و توضیح اثر استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان با خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب. تکلیف ۱. بررسی حالات و تهیه کامل‌تر لیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه و مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای عملی تنفس صحیح و آرام شدن حداقل یک بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضا داده شد).
دوم	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، آموزش روش تفکر واقع‌بینانه و مسئله‌مدار، آموزش خاطره‌یابی با توجه به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد در زندگی، انجام آزمون آنلاین خاطره‌یابی[الف] (فایل صوتی گل سرخ به اعضا داده شد). تکلیف ۲. بررسی مشکلات واقعی و ساختگی در زندگی خود توسط مراجع، شروع خاطره‌یابی تمرین عملی مراقبه با گل سرخ.
سوم	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی، معرفی سه گروه کینه جویی، باورهای غلط و احساسات منفی مثلثی، اقدامات زیان‌بخش (فایل صوتی خاطره‌یابی به اعضای گروه داده شد). تکلیف ۴. شناخت دقیق‌تر در مورد کینه‌جویی، برررسی ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلولی، خاطره‌یابی یا فایل خاطره‌یابی با تمرکز بر گروه کینه‌جویی، یافتن مشکلات بدنی مرتبط، اجرای مراقبه یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
چهارم	اجرای فن آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی در مورد آسیب‌ها و حوادث بسیار اثرگذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک و استرس پس از سانحه با توجه به نگرش فرد، آموزش و اجرای فن صندلی خالی، گفت و گو در مورد اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه، تحلیل آزمون برخط خاطره‌یابی. اجرای مراقبه معبد (فایل صوتی مراقبه معبد به اعضای گروه داده شد). تکلیف۵. اجرای فن صندلی خالی در منزل یا سایر خاطرات مخرب سلولی و بررسی سالم یا ناسالم بودن احساس‌ها و باورهای ناشی از آن، مطالعه مطالب بخشش و تفکر در مورد انتخاب بخشش، بررسی اقدامات زیان‌بخش خود، اجرای مراقبه‌ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
پنجم	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش، تغییر تمرکز اعضای گروه از گذشته به آینده، معرفی باورهای ناسالم ۹ گانه و احساسات منفی، معرفی سندرم من بیچاره، آموزش ابراز احساسات به شیوه مؤثر، آموزش دوری زیبا، تحلیل اقدامات زیان‌بخش اعضای گروه و اجرای مراقبه اسکم نورانی بدن (فایل صوتی اسکن نورانی بدن به اعضای گروه داده شد). تکلیف۶. ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام، خودکاوی برای شناخت سندرم من بیچاره، بررسی افکار ناسالم و دروغ‌های باور شده و شناخت احساسات مشکل‌آفرین (خشم، شهوت، غرور، ترس، غم، شرم) و تقویت قدرت اراده، آزادی، اختیار و قبول مسئولیت پیامد رفتارهای خود، اجرای مراقبه اسکن نورانی بدن.
ششم	درمان اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب با آموزش روش‌های تقویت اراده، برنامه چهار عاملی، آموزش حل مسئله و تغییر شرایط و محیط، آموزش فن خاطره‌یابی معکوس. تکلیف ۷. بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب، ثبت

	موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده، اجرای فن خاطره‌یابی معکوس، اجرای مراقبه‌ها یا تن آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
هفتم	تقویت کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل عشق، شادی، آرامش و بردباری. آموزش درمان خودخواهی (کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی)، تفهیم شادی واقعی (توجه به تفاوت‌های فردی، افزایش ارتباطات و فعالیت‌های لذت‌بخش)، آموزش آرامش (تربیت خویشتن، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعدیل کامل‌گرایی) آموزش بردباری (مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب‌آوری و امید). تکلیف ۸. شروع ایجاد و تقویت چهارکد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها، اجرای مراقبه‌ها یا تن‌آرامی عضلانی تنفسی به انتخاب اعضای گروه.
هشتم	تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتن‌داری. آموزش بهبود ارتباط (باخود، خدا، دیگران و طبیعت). افزایش عزت نفس (توجه به شاخص مهرطلبی، ابراز وجود مؤثر، افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی) درمان کنترل‌گری (کاهش لجبازی، پرورش مهارت‌های ارتباطی و مثبت اندیشی)، درمان غرور ناسالم مراقبت از خود و دیگران، تقویت معنویت) درمان از دست دادن کنترل (افزایش خویشتن‌داری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندرم فردا). تکلیف۹. ایجاد و تقویت نه کد شفابخش در زندگی روزانه، شناخت موانع و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت.
نهم	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خودشفابخشی، آموزش تجسم خلاق، آموزش نحوه انجام تمرینات خاص کدهای شفابخش در جلسه (فایل صوتی دعا و فایل صوتی نحوه اجرای تمرینات خاص کدهای شفابخش به اعضای گروه داده شد). تکلیف۱۰. صرف وقت خاص تنهایی برای نیایش و برقراری ارتباط با خدا و سپاس‌گزاری (تقویت معنویت) تمرینات سکوت و خلوت و ذهن آگاهی فکری و بدنی، شفاف سازی سیستم ارزشی خود، اجرای تجسم خلاق (مثبت‌نگری به آینده).
دهم	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن، نوشیدن و تفریح، مسافرت، ورزش، نظافت و بهداشت. تکلیف۱۰. اجرای عملی تمرینات شفابخشی کد همراه با دعا و تهیه جملات تمرکزی حقیقی، شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط.
یازدهم	آموزش بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت، صمیمیت و ارتباطات (والدین، همسر، فرزندان، بستگان و دیگران)، رشد علمی، رشد مالی، پیشرفت شغلی، فعالیت مفید اجتماعی و بهبود خانه، محله و جامعه. تکلیف ۱۱. ادامه تمرینات تعالی معنوی، شناخت نارضایتی از حیطه‌های خاص و اقدام برای کاهش نارضایتی.
دوازدهم	اصلاح گفت‌وگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس‌های فردی، تأکید بر خود مراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات. آموزش فنون تعالی معنوی، اعتماد و واگذاری، توضیح رابطه مثلثی، هدفمندی معنوی زندگی و افزایش توانمندی درونی، لزوم درون‌نگری و داشتن ساعاتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود، توکل، برنامه‌ریزی برای ابدیت. مرور کل جلسات آموزشی و تأکید بر تداوم انجام تمرینات کدهای شفابخش. تکلیف ۱۲. ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفت‌وگوی درونی و خودمراقبتی و شناخت میانبرهای آرامش و معنویت برای خود.

الف. آزمون خاطره‌یابی برخط و دیگر محتواهای آموزشی و فایل‌های صوتی و تصویری در مورد پروتکل خودشفابخشی در سایت Marvi5.ir موجود و قابل دسترسی می‌باشد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف‌معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری مقیاس کیفیت زندگی سالمندان و مؤلفه‌های مربوطه، به صورت تفکیک‌شده برای دو گروه آزمایش و گواه در جداول شماره ۲ آورده شده است. بر اساس جدول ۲، در گروه آزمایش میانگین کیفیت زندگی در پیش‌آزمون برابر با ۱۷/۲۳±۶۰/۷۹ و در پس‌آزمون به ۱۹/۴۹±۷۸/۹۵ تغییر یافته‌است و در پیگیری به ۲۰/۹۸±۷۸/۹۳ رسیده است. در خصوص زیرمقیاس‌ها نیز در گروه گواه بین سه مرحله سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر چشمگیری دیده نمی‌شود؛ ولی در گروه آزمایش همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته‌اند و بیشترین تغییر مربوط به مؤلفه سلامت عمومی و درد بدنی است و کمترین تغییر مربوط به محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت هیجانی و عملکرد اجتماعی است. بنابراین، چنانچه ملاحظه

جدول۲

اطلاعات توصیفی مربوط به کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش			گروه گواه		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)
کیفیت زندگی	۶۰/۷۹(۱۷/۲۳)	۷۸/۹۵(۱۹/۴۹)	۷۸/۹۳(۲۰/۹۸)	۶۰/۸۸(۱۵/۲۳)	۶۰/۹۷(۱۷/۴۹)	۶۰/۹۹(۱۹/۰۱)
عملکرد جسمانی	۶۲/۱۳(۲۲/۴۷)	۶۶/۵(۲۹/۴۰)	۶۵/۰۳(۲۴/۲۳)	۶۲/۲۰(۲۳/۶۴)	۶۲/۰۱(۲۳/۴۸)	۶۲/۱۰(۲۳/۵۰)
محدودیت ایفای نقش الف	۵۶/۲۷(۱۲/۶۰)	۷۶/۴(۱۷/۳۲)	۷۵/۲۲(۱۴/۵۱)	۵۶/۰۷(۱۲/۳۳)	۵۶/۵۷(۱۶/۵۴)	۵۶/۷۸(۱۳/۰۴)
محدودیت ایفای نقش ب	۶۳/۴۴(۲۰/۱۴)	۶۵/۲۷(۲۰/۳۲)	۶۴/۲۲(۲۱/۵۱)	۶۳/۰۷(۲۰/۱۲)	۶۳/۵۷(۲۱/۵۴)	۶۳/۷۸(۱۸/۰۴)
انرژی و شادابی	۵۶/۲۰(۱۳/۱۲)	۶۵/۱۰(۱۲/۰۳)	۶۳/۱۷(۱۷/۳۳)	۵۶/۳۳(۱۶/۱۰)	۵۶/۱۵(۱۲/۰۹)	۵۶/۹۰(۱۸/۲۳)
بهزیستی هیجانی	۶۱/۴(۲۰/۵۱)	۶۶/۷۵(۲۳/۱۱)	۶۵/۸۰(۲۴/۱۱)	۶۱/۰۹(۲۳/۰۴)	۶۰/۹۸(۱۸/۱۲)	۶۱/۱۰(۲۰/۴۴)
عملکرد اجتماعی	۶۲/۵۱(۱۷/۲۲)	۶۴/۳۴(۱۹/۸۷)	۶۴/۲۳(۲۲/۳۴)	۶۲/۵۹(۱۶/۱۰)	۶۲/۱۰(۱۹/۴۴)	۶۲/۵۴(۲۰/۱۰)
درد بدنی	۵۸/۶۶(۱۸/۰۸)	۷۴/۲(۱۹/۰۱)	۴/۱۲(۱۷/۹)	۵۸/۳۳(۱۷/۰۰)	۵۸/۰۲(۱۳/۱۲)	۵۷/۸۹(۱۵/۳۰)
سلامت عمومی	۶۲/۱۹(۲۰/۰۶)	۸۲/۱۳(۱۹/۰۸)	۸۰/۱۴(۳۲/۹۹)	۶۲/۲۰(۲۲/۱۰)	۶۲/۳۲(۲۰/۱۰)	۶۲/۰۲(۲۲/۸۹)

الف. به دلایل جسمانی، ب . به دلایل هیجانی

می‌شود، تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده در مورد متغیر کیفیت زندگی [$F_{(۱،۳۸)}$=۰/۸۹ P=۰/۳۹>۰/۰۵]، به لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پیگیری، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر کیفیت زندگی [$F_{(۱،۳۸)}$=۲/۳۳ P=۰/۰۹>۰/۰۵]، به لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگراف اسمیرنف استفاده شد که برای متغیر کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش به ترتیب ۱/۳۴ (P=۰/۰۵۲)، ۱/۲۴ (P=۰/۰۸۸) و ۱/۲۹ (P=۰/۰۷)، در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه گواه به ترتیب ۱/۴۰ (P=۰/۶۰)، ۱/۱۶ (P=۰/۰۶۸) و ۱/۱۴ (P=۰/۱۴۵) بود. در آزمون انجام شده سطح معناداری P>۰/۰۱ در نظر گرفته‌شد که نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه است (بریس و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است. بنابراین، برای بررسی فرضیه پژوهش از این تحلیل استفاده شد.

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی به غیر از محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت هیجانی و عملکرد اجتماعی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته نشان‌دهنده این است که بین دو گروه پژوهش، در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بیشترین اندازه اثر (مجذور ضریب سهمی اتا) مربوط به مؤلفه درد بدنی است که برابر با ۰/۶۷۴ با توان آزمون ۰/۹۹۹ است. به این معنی که ۶۷/۴ درصد تفاوت با ۹۹/۹ درصد توان به اجرای آموزش خودشفابخشی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بستگی داشته‌است.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت دو گروه در نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در مرحله پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۲۰۳/۲۹۰	۱	۱۲۰۳/۲۹۰	۵۴/۷۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۹۷	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۲۶۹/۹۴۰	۱	۲۶۹/۹۴۰	۱۲/۲۷۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹	۰/۹۲۷
	خطا	۸۱۳/۸۶۰	۳۷	۲۱/۹۹۶				
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰۳/۱۱۹	۱	۱۰۳/۱۱۹	۶/۲۹	۰/۰۱۷	۰/۱۴۵	۰/۶۸۹
	عضویت گروهی	۱۰۴۸/۴۶۳	۱	۱۰۴۸/۴۶۳	۶۳/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۴	۰/۹۹۹
	خطا	۶۰۶/۳۵۸	۳۷	۱۶/۳۸۸				
محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۲۴۶/۲	۱	۲۴۶/۲	۲/۵۳۱	۰/۰۵۳	۰/۰۶۴	۰/۳۴۱
	عضویت گروهی	۰۱۹/۵	۱	۰۱۹/۵	۵/۶۵۶	۰/۰۲۳	۰/۱۳۳	۰/۶۳۹
	خطا	۸۳۱/۳۲	۳۷	/۸۸۷				
محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۴/۴۷۷	۱	۱۴/۴۷۷	۰/۶۰۰	۰/۴۴۳	۰/۰۱۶	۰/۱۱۷
	عضویت گروهی	۱/۴۲۸	۱	۱/۴۲۸	۰/۰۵۹	۰/۸۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۶
	خطا	۸۹۲/۵۰۵	۳۷	۲۴/۱۲۲				
انرژی و شادابی	پیش‌آزمون	۶۲۰/۸۳۱	۱	۶۲۰/۹۳۱	۲۶۶/۱۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۷۸	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱۹/۰۹۶	۱	۱۹/۰۹۶	۸/۱۸۷	۰/۰۰۷	۰/۱۸۱	۰/۷۹۶
	خطا	۸۶/۳۰۲	۳۷	۲/۳۳۲				
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۵۰۴/۱۸۰	۱	۵۰۴/۱۸۰	۲۶/۵۲۵	۰/۰۰۰	۰/۴۱۸	۰/۹۹۹
	عضویت گروهی	۸۹/۰۳۹	۱	۸۹/۰۳۹	۴/۶۸۴	۰/۰۳۷	۰/۱۱۲	۰/۵۵۹
	خطا	۷۰۳/۲۸۰	۳۷	۱۹/۰۰۸				
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱/۲۵۶	۱	۱/۲۵۶	۰/۰۵۱	۰/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵۶
	عضویت گروهی	۵/۵۴۶	۱	۵/۵۴۶	۰/۲۲۷	۰/۶۳۷	۰/۰۰۶	۰/۰۷۵
	خطا	۹۰۵/۷۲۶	۳۷	۲۴/۴۷۹				
درد بدنی	پیش‌آزمون	۳۲/۸۵۲	۱	۳۲/۸۵۲	۱/۳۹۱	۰/۰۴۶	۰/۰۳۶	۰/۲۱۰
	عضویت گروهی	۱۸۰۹/۰۳۴	۱	۱۸۰۹/۰۳۴	۷۶/۵۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴	۰/۹۹۹
	خطا	۸۷۴/۱۳۰	۳۷	۲۳/۶۲۵				
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۱۴/۴۷۷	۱	۱۴/۴۷۷	۰/۶۰۰	۰/۰۴۳	۰/۰۱۶	۰/۱۱۷
	عضویت گروهی	۴۲۶/۲۵۹	۱	۴۲۶/۲۵۹	۱۷/۶۷۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲۳	۰/۹۸۴
	خطا	۸۹۲/۵۰۵	۳۷	۲۴/۱۲۲				

طبق جدول ۴، در مرحله پیگیری، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی به غیر از محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت هیجانی و عملکرد اجتماعی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین بین دو گروه پژوهش، در کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بیشترین اندازه اثر (مجذور ضریب سهمی اتا) مربوط به مؤلفه درد بدنی است که برابر با ۰/۳۳۴ با توان آزمون ۰/۹۸۵ است. یعنی ۳۳/۴ درصد تفاوت با ۹۸/۵ درصد توان به اجرای آموزش در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بستگی داشته است. بنابراین آموزش خودشفابخشی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی مؤثر بوده است.

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت دو گروه در نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در مرحله پیگیری

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۷۷۹/۳۴۲	۱	۷۷۹/۳۴۲	۲۲۸/۵۵۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۴	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱۹/۵۹۳	۱	۱۹/۵۹۳	۵/۷۴۶	۰/۰۲۲	۰/۱۳۸	۰/۶۴۵
	خطا	۱۲۲/۷۵۴	۳۶	۳/۴۱۰				
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۰/۴۸۶	۱	۰/۴۸۶	۰/۲۴۰	۰/۰۴۶	۰/۰۷۰	۰/۰۷۶
	عضویت گروهی	۹/۰۷۰	۱	۹/۰۷۰	۴/۴۷۳	۰/۰۴۱	۰/۱۱۱	۰/۵۳۹
	خطا	۷۳/۰۰۱	۳۶	۰/۰۲۸				
محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۷۷۴/۹۷۷	۱	۷۷۴/۹۷۷	۲۲۸/۵۵۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۴	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱۵/۴۷۰	۱	۱۵/۴۷۰	۴/۵۶۲	۰/۰۴۰	۰/۱۱۲	۰/۵۴۷
	خطا	۱۲۲/۰۶۷	۳۶	۳/۳۹۱				
محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۸۱۸	۱	۰/۸۱۸	۰/۲۴۱	۰/۶۲۷	۰/۰۰۷	۰/۰۷۷
	عضویت گروهی	۶/۴۶۸	۱	۶/۴۶۸	۱/۹۰۲	۰/۱۷۶	۰/۰۵۰	۰/۲۶۹
	خطا	۱۲۲/۴۳۴	۳۶	۳/۴۰۱				
انرژی و شادابی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۳۳	۱	۱۰/۳۳۳	۱۵/۱۳۹	۰/۰۰۰	۰/۲۹۶	۰/۹۶۶
	عضویت گروهی	۶/۷۸۲	۱	۶/۷۸۲	۹/۹۳۷	۰/۰۰۳	۰/۲۱۶	۰/۸۶۶
	خطا	۲۴/۵۷۲	۳۶	۰/۶۸۳				
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۴۱/۷۶۲	۱	۴۱/۷۶۲	۷/۱۹۲	۰/۰۱۱	۰/۰۱۶۷	۰/۷۴۲
	عضویت گروهی	۴۴/۲۲۷	۱	۴۴/۲۲۷	۷/۶۱۷	۰/۰۰۹	۰/۱۷۵	۰/۷۶۶
	خطا	۲۰۹/۰۳۷	۳۶	۵/۸۰۷				
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۱۴۱	۱	۰/۱۴۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۷
	عضویت گروهی	۷۵/۳۷۷	۱	۷۵/۳۷۷	۳/۸۶۵	۰/۰۵۷	۰/۰۹۷	۳/۸۶۵
	خطا	۷۰۲/۱۵۷	۳۶	۱۹/۵۰۴				
درد بدنی	پیش‌آزمون	۲/۸۱۱	۱	۲/۸۱۱	۱/۰۹۲	۰/۰۳۰	۰/۲۹۰	۰/۱۷۴
	عضویت گروهی	۴۶/۴۱۰	۱	۴۶/۴۱۰	۱۸/۰۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۳۴	۰/۹۸۵
	خطا	۹۲/۶۷۵	۳۶	۲/۵۷۴				
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۷/۳۲۰	۱	۷/۳۲۰	۰/۳۸۱	۰/۵۴۱	۰/۰۱۰	۰/۰۹۲
	عضویت گروهی	۷۵/۶۰۱	۱	۷۵/۶۰۱	۳/۹۳۳	۰/۰۴۵	۰/۱۱۲	۰/۴۸۸
	خطا	۶۹۲/۰۶۴	۳۶	۱۹/۲۲۴				

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش تعیین اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی زنان سالمند شهر اصفهان بود. به منظور تحلیل یافته‌های پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده گردید. طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گواه از لحاظ کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن (شامل عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، انرژی و شادابی، بهزیستی هیجانی، درد بدنی و سلامت عمومی) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش خودشفابخشی موجب

بهبود کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمایش نسبت به گواه شده است.

فرضیه پژوهشی این مطالعه مبنی بر اینکه آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان اثربخشی معناداری دارد تأیید شد، که این یافته با مطالعات لطیفی و همکاران، (۱۴۰۰)، زارعان و لطیفی، (۲۰۲۱)، در خصوص ارتقاء کیفیت زندگی و در مورد متغیرهای تقریباً مشابه، با پژوهش‌های ایرانی و همکاران (۱۳۹۹) در توانمندسازی روانی، لطیفی و همکاران (۱۳۹۹) در افزایش آرامش، همسو و با مطالعه زحمت‌کشان و همکاران (۱۳۹۱) که ارتباط معناداری بین انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در سالمندان شهر بوشهر پیدا نکردند غیرهمسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بواسطه اصلاح سبک زندگی (شامل الگوی خواب، تنظیم خوراک و نحوه خوردن و نوشیدن، تفریح، مسافرت، ورزش، نظافت و اموزش بهداشت)، شناخت عادات و اقدامات زیان‌بخش، این آموزش توانسته بر عملکرد جسمانی اثر قابل توجهی بگذارد و با توجه به آموزش سبک زندگی آرامش‌مدار که شامل خویشتن‌داری، مدیریت زمان و ارتباط صحیح با ذهن است، و با یادگیری و به‌کارگیری این آموزش‌ها، آگاهی فرد نسبت به اهمیت سلامتی جسمانی افزایش یافته و عوامل دیگر باعث محدودیت در ایفای نقش او برای حفظ سلامت جسمی‌اش نشده است. در تأیید اثربخشی خودشفابخشی بر مؤلفه خستگی، به نظر می‌رسد، انجام و تقویت تمرینات کدهای شفابخش و تن‌آرامی عضلانی–تنفسی توسط سالمندان باعث شده که آنها نسبت به قبل از آموزش‌ها، احساس خستگی کمتری ادراک داشته باشند. همچنین به این دلیل که کدهای شفابخش نه‌گانه از طریق آموزش کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه، افزایش ارتباطات و فعالیت‌های لذت‌بخش، مدیریت خشم، مدیریت زمان، ارتباط با خدا، دیگران و طبیعت تقویت می‌شوند، میزان افکار، احساسات و هیجانات مثبت در سالمندان افزایش یافته و به‌تدریج با تجربه عمیق و گسترده آرامش درونی به بهزیستی هیجانی دست می‌یابند و شاید در اثر آموزش و اجرای تمرینات خودشفابخشی و مراقبه و اثرات دعا، توانایی سالمند در مدیریت، کنترل و پذیرش احساسات، آلام و رنج‌ها بالارفته و دردهای روحی و جسمی کاهش یافته و می‌توان گفت با تمرکز بر گروه نه‌گانه و درمان کینه جویی، اقدامات زیان بخش و باورهای غلط شخص در زمینه روحی و جسمی به سلامتی لازم دست می‌یابد و باعث ارتقای سلامت عمومی شده است.

از علل ناهمسویی نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش زحمت‌کشان و همکاران (۱۳۹۱) می‌توان اظهار داشت که سالمندان شهر بوشهر به علت سبک زندگی که دارند، اغلب با خانواده زندگی می‌کنند و از حمایت‌های افراد خانواده بهره‌مند می‌شوند و نیاز به استقلال در انجام فعالیت‌های روزانه، ممکن است تحت تأثیر این عوامل قرار گرفته باشد.

در تبیین عدم تأیید مؤلفه محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت هیجانی، شاید بدین خاطر که شرایط سنی و جسمی و تجربیات دوران زندگی سالمندان در مقایسه با گروه‌های سنی پایین‌تر در کنترل هیجانات و عدم بروز رفتارهای تکانشی به شدت دخیل است، بنابراین خشم و ناراحتی قبل از آموزش‌ها هم نمی‌توانست اختلالی در فعالیت‌هایشان به وجود بیاورد.

همچنین در تبیین عدم تأیید مؤلفه عملکرد اجتماعی نیز شاید بتوان این‌گونه استنباط کرد که امکان عملکرد اجتماعی مؤثر در حال حاضر به دلیل شرایط سنی و جسمی آنان فراهم نیست، به طور قطعی آموزش رویکرد خودشفابخشی بر زنان سالمند نتوانسته بر میزان عملکرد اجتماعی آنها اثرگذار باشد.

اگر چه کلیات رویکرد خودشفابخشی توسط دکتر لوید که یک فرد مسیحی است ارائه شده است ولی راهکارهای درمانی در پروتکل خودشفابخشی که توسط لطیفی و مروی تهیه، اعتبار و روایی آن نیز توسط مشاوران و پژوهشگران متفاوت سنجیده و تأیید شده است. آنچه مسلم است تمام رویکردهای ارائه شده تا کنون حالت درمانی داشته و به‌صورت الزامی توسط درمانگر اجرا شده و در واقع از بیرون سعی در بهبود افراد بیمار داشته‌اند ولی در این رویکرد به جای درمان از بیرون به یک تحول درونی روانی در خود فرد یا همان شفابخشی آلام روانی و دردها از درون توجه شده است، این یک رویکرد جدید در دنیای روان‌شناسی بر اساس آموزه‌های معنوی است که برای اولین بار به صراحت بیان می‌کند که مشکلات روان‌شناختی انسان‌ها یعنی دردهای درونی که در طول زمان بوجود آمده‌اند را نمی‌توان به طور کامل درمان کرد، بلکه می‌توان شفا داد، شفا یک فرایند تحول درونی، تدریجی و دائمی با درک عواطف خود و التیام دردهای

درونی توسط خود فرد است. در حقیقت در رویکرد خودشفابخشی فرد ملزم است که سکوت و خلوتی در جهت درون‌نگری خود داشته باشد تا در جریان انجام مستمر مراقبه‌های معنوی به کشف آلام و دردهای خود برسد.

در نهایت در پژوهش حاضر باید به چند محدودیت توجه داشت. با توجه به اینکه این پژوهش روی سالمندان ساکن آسایشگاه صادقیه شهر اصفهان انجام شد، و در شرایط همه‌گیری بیماری ویروس کووید ۱۹، دسترسی به افراد بیشتری ممکن نبود، در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت‌هایی دارد. هم‌چنین این پژوهش برروی زنان سالمند ۶۰ تا ۷۰ ساله شهر اصفهان انجام گرفت. با توجه به اینکه سالمندان در سنین مختلف و جنسیت مرد در شهر اصفهان و شهرهای دیگر کشور در نظر گرفته نشده است، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را تا حدودی کاهش می‌دهد.

بر مبنای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در حوزه‌های گسترده‌تر و با نمونه‌های دیگر نیز انجام پذیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود در شرایط مساعد در زمینه مشابه با پژوهش حاضر، تکرار پژوهش در همه مراکز سالمندان و یا همه مناطق شهر اصفهان و شهرهای دیگر در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن صورت پذیرد.

سپاس‌گزاری

از تمامی سالمندان گرامی که در این پژوهش صمیمانه همکاری کردند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

احمدی، و.، و ولی‌زاده، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، *۷*(۲)، ۱۶۶-۱۵۳.

اسکندری، ح.، گاطع‌زاده، ع. ا.، برجعلی، ا.، سهرابی، ف.، و فرخی، ن. ع. (۱۳۹۶). تبیین افسردگی براساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در افراد بزرگسال شهر اهواز. *مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، *۸*(۳۱)، ۲۱-۱.

اسماعیلی‌شاد، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در سالمندان فاقد رفتارهای خودمراقبتی. *روانشناسی پیری*، *۶*(۱)، ۱۱-۱.

اسمعیلی، ر.، و اسماعیلی، م. (۱۳۹۷). کیفیت زندگی سالمندان: مطالعه‌ی فراترکیب. *پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۲)، ۱۱۶-۱۰۵.

ایرانی، ز.، لطیفی، ز.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش خودشفابخشی بر توانمند سازی روانی مردان وابسته به مواد مخدر. *مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، *۱۲*(۴۷)، ۵۸-۳۷.

ایرانی، ز.، لطیفی، ز.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر حس انسجام در مردان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، *۱۵*(۶۱)، ۲۸۲-۲۶۱.

حبیب‌زاده، ح.، جعفری‌زاده، ح.، محمدپور، ی.، کیانی، پ.، لک، خ.، و بهره‌چی، آ. (۱۳۸۸). بررسی سطح کیفیت زندگی مراقبین بیماران همودیالیزی شهرستان خوی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، *۷*(۳)، ۱۳۵-۱۲۸.

حمید، ن.، وطن‌خواه، م.، و مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفت زندگی به شیوه گروهی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد شهر اهواز. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، *۲۴*(۱۰)، ۸۱۱-۸۰۰.

زارعان، ف.، لطیفی، ز.، و میرمهدی، س. ر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، *۱۴*(۵۵)، ۲۱۲-۱۹۴.

زحمت‌کشان، ن.، باقرزاده، ر.، اکابریان، ش.، یزدان‌خواه فرد، م.، میرزایی، ک.، یزدان‌پناه، س.، خرم‌رودی، ر.، غریبی، ط.، کمالی‌دشت‌ارژنی، ف.، و وجمند، ط. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، *۲*(۱)، ۵۸-۵۳.

زمانی‌قراقوش، ف.، لطیفی، ز.، و شریفی‌اصفهانی، م. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش خود شفابخشی بر میزان استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله روان پرستاری*، ۹(۳)، ۹۵-۸۳.

سلطانی، م.، لطیفی، ز.، و موسوی، ش. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش خودشفابخشی بر شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و روند بهبود بیماری در زنان مبتلا به سرطان پوست. *نشریه پوست و زیبایی*، *۱۰*(۴)، ۲۳۴-۲۲۲.

شریفی‌فردشاد، م.، بهرامی‌هیدجی، م.، سوداگر، ش.، حسنی‌ابهریان، پ.، و ملیحی‌الذاکرینی، س. (۱۴۰۰). مدل علّی پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس فعالیت روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی در سالمندان: نقش میانجی خودمراقبتی. *روان‌شناسی پیری*، *۷*(۳)، ۳۱۵-۳۰۱.

شمس، ن. (۱۳۹۸). بررسی رابطه سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی و علوم رفتاری ایران*، *۱۷*، ۲۱-۱۵.

شهبازی، ن.، و لطیفی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*، ۹(۳)، ۱۳۲-۱۱۳.

ضابط، م.، مؤمنی، خ.، و کرمی، ج. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان بر اساس بهبود کیفیت حیطه‌های زندگی بر عواطف مثبت و منفی زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۲)، ۸۰-۷۳.

ضرابی، ش.، طباطبایی‌نژاد، ف. س.، و لطیفی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۳۸۰-۳۶۹.

قدم‌پور، ع.، مرادی‌زاده، س.، و شاهکرمی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۴(۱)، ۳۸-۲۷.

کریم پور، ج. (۱۳۹۳). *اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی-عروقی*. پایان کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی پردیس علوم و تحقیقات (هرمزگان).

لطیفی، ز، شفیعی، ل.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش خودشفابخشی بر فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی کارکنان اورژانس اجتماعی، *مجله ابن سینا*، ۲۳(۲)، ۴۷-۳۶.

لطیفی، ز.، قرقانی، ر.، و مردانی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سبک زندگی و مدیریت نشانه‌ها در زنان مبتلا به پرفشاری خون. *مجله پژوهش سلامت*، ۶(۱)، ۶۶- ۷۷.

لطیفی، ز.، و مروی، م. (۱۳۹۹). *شفا در اتاق درمان: راهنمای روان‌شناسان و مشاوران برای کاربرد رویکرد کدهای شفابخش برای آموزش*. تهران: دانشگاه پیام‌نور.

لوید، الف.، و جانسون، ب. (۲۰۱۰). *راهنمای کدهای شفابخش*. ترجمه مهدی مروی و زهره لطیفی (۱۳۹۷). اصفهان، انتشارات عروج.

مجذوبی، م.، مؤمنی، خ.، امانی، ر.، و حجت‌خواه، س. (۱۳۹۱). اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۹(۳۴)، ۲۰۲-۱۸۹.

مختاری‌دیزجی، ف.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر سرزندگی سالمندان. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۸(۳۲)، ۴۷-۲۹.

مرسا، ر.، بهمنی، ب.، و برکتی، س. (۱۳۹۸). نشانگان افت روحیه در سالمندان ساکن آسایشگاه، ساکن منزل و بهره‌مند از خدمات مرکز توانبخشی روزانه. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۴(۴)، ۴۴۹-۴۳۶.

معتمدی، ع.، مصطفی‌پور، و.، و فرخی، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند. *روانشناسی پیری*، ۳(۴)، ۲۵۲-۲۴۳.

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی‌نایینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

یوسفی‌افراشته، م.، و رضایی، ش. (۱۴۰۰). معنویت و کیفیت زندگی در سالمندان: نقش میانجی خودشفقت‌ورزی و احساس انسجام. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۵۱-۱۳۷.

References

Ahmadi, V., Valizadeh, H. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the quality of life and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology, 7*(2), 153-166. [Persian]

Enette, L., Vogel, T., Fanon, J. L., & Lang, P. O. (2017). Effect of interval and continuous aerobic training on basal serum and plasma brain-derived neurotrophic factor values in seniors: a systematic review of intervention studies. *Rejuvenation Research, 20*(6), 473-483.

Esmaeilishad, B. (2020). The effectiveness of self-care training on quality of life, self-care behaviors and blood sugar in elderly without self-care behaviors. *Aging Psychology*, *6*(1), 1-11. [Persian]

Esmaeili, R., & Esmaeili, M. (2018). Quality of life in the elderly: A meta-synthesis. *Journal of Pizhūhish Dar dīn Va Salāmat (i.E., Research on Religion & Health)*, *4*(2), 105-116. [Persian]

Ghadampour, E., & Moshrefi, S. (2017). Relationship between spiritual health, mental well-being and quality of life with death anxiety in the elderly. *Aging Psychology, 3*(2), 97-106. [Persian]

Gurung, S., & Ghimire, S. (2014). *Role of family in elderly care.* Jones & Bartlett Publishers.

Habibzadeh, H., Jafarizadeh, H., Mohammadpoor, Y., Kiani, P., Lak, K., & Bahrechi, A. A. (2009). Survey on quality of life in hemodialysis patient care givers. *Nursing & Midwifery Journal, 7*(3), 128-135.

Hamid, N., Vatankhah, M., & Mehrabizadeh-Honarmad, M. (2013). The efficacy of quality-of-life group training on happiness and vitality of aged men. *Studies in Medical Sciences Journal, Urmia University of Medical Sciences, 24*(10), 800-811. [Persian]

Irani, Z., latifi, Z., & Soltanizadeh, M. (2021). The effectiveness of self-healing training (the healing codes) on the sense of cohesion in substance-dependent males. Journal of Etiadpajohi, 15(61), 261-282. [Persian]

Irani, Z., Latifi, Z., & Soltanizadeh, M. (2020). The effect of self-healing training on psychological empowerment of drug-addicted men. Journal of Counter-Narcotics Studies, *12*(47), 37-58. [Persian]

Karimpour, J. (2014). *The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on quality of life, perceived stress and psychological well-being of cardiovascular patients.* Completion of Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Campus (Hormozgan). [Persian]

Kim, C., Park, H., Schlenk, E. A., Kang, S., & Seo, E. J. (2019). The moderating role of acculturation mode on the relationship between depressive symptoms and health related quality of life among international students in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing, 33*(6), 192-197.

Latifi, Z., Gharaghani, R., & Mardani, Z. (2020). The effectiveness of self-healing training on lifestyle and symptom management in women with hypertension. *Health Research Journal, 6*(1), 66-77. [Persian]

Latifi, Z., Shafie, L., & Soltanizadeh, M. (2021). The effectiveness of self-healing training on job burnout, quality of life, and emotional flexibility in Isfahan's social emergency personnel. *Journal of Ebnesina, 23*(2), 36-47. [Persian]

Latifi, Z., & Marvi, M. (2020). *Healing in the treatment room: A guide for psychologists and counselors to apply the healing code approach to education.* Tehran: Payam-e-Noor University. [Persian]

Linge, A. D., Bjørkly, S. K., Jensen, C., & Hasle, B. (2021). Bandura's self-efficacy model used to explore participants' experiences of health, lifestyle, and work after attending a vocational rehabilitation program with lifestyle intervention-A focus group study. *Journal of Multidiscipline Health care, 14*, 3533-3548.

Loyd, A. & Johnson, B. (2011). *The healing codes.* Grand central life & style. Hachette book group.

Loyd, A., & Johnson, B. (2010). *Healing codes guide: unlocking the cellular chain of life.* Translated by Mahdi Marvi & Zohreh Latifi, Isfahan, Publication: Orouj. [Persian]

Majzoobi, M., Momeni, K., Amani, R., & Hojjat Khah, M. (2012). The effectiveness of structured group reminiscence on the enhancement of the elders' life quality and happiness. *Journal of Developmental Psychology, 9*(34), 182-202. [Persian]

Marsa, R., Bahmani, B., & Barekati, S. (2020). Demoralization syndrome in elderly people living in nursing homes, community-dwelling elderly people and those receiving day care services from rehabilitation centers. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 14*(4), 436-449. [Persian]

Mokhtari Dizaji, F., & Sohrabi, F. (2018). The efficacy of quality-of-life group training on vitality of aged. *Clinical Psychology Studies*, *8*(32), 29-47. [Persian]

Motamedi, A., Mostafapour, V., & Farokhi, H. (2018). The effectiveness of hope group therapy on enhancement of happiness and quality of life in elderly women. *Aging Psychology, 3*(4), 243-252. [Persian]

Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie-Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire:

properties of the self-healing assessment scale for community-dwelling older adults. *Healthcare, 9*, 484.

Yousefi Afrashteh, M., & Rezaei, S. (2021). The spirituality and quality of life in the elderly: the mediating role of self-compassion and sense of cohesion. *Aging Psychology, 7*(2), 137-151. [Persian]

Zabet, M., Momeni, K., & Karami, J. (2015). The effectiveness of quality of life therapy on positive and negative affect in elderly women. *Aging Psychology, 1*(2), 73-80. [Persian]

Zahmatkeshan, N., Bagherzadeh, R., Akaberian, S. H., Yazdankhah Fard, M., Mirzaei, K., Yazdanpanah, S., Khorram Roudi, R., Gharibi, T., Kamali Dasharzhani, F., & Vajmand, T. (2012). Study of quality of life and related aspects of it in the elderly in Boushehr. *Journal of Fasa University of Medical Sciences, 2*(1), 53-58. [Persian]

Zamanigharaghoosh, F., Latifi, Z., & Sharifi Isfahani, M. (2021). The effect of self-healing training on stress, death anxiety and depression in breast cancer patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 9*(3), 83-95. [Persian]

Zarabi, S., Tabatabaei-Nejad, F. S., & Latifi, Z. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and self-healing therapy on the distress tolerance of women with bulimia nervosa. *Journal of Research in Behavioural Sciences, 19*(2), 369-380. [Persian]

Zarean, F., & Latifi, Z. (2021). Effects of self-healing intervention on quality of life and mother-child interaction among female breadwinners. *Journal of Complementary Therapies in Clinical Practice, 43*, 101334.

Zarean, F., & Latifi, Z. (2020). The effectiveness of self-healing (the healing codes) training on psychological capital and distress tolerance in women with addicted husbands. *Current Psychology, 39*(3), 1936-4733.

Zarean, F., Latifi, Z., & Mirmahdi, S. R. (2020). The effectiveness of self-healing training on psychological capital, distress tolerance, and headache of addicts' spouses. *Journal of Etiadpajohi, 14*(55), 193-212. [Persian]

Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 4*(4), 1-12. [Persian]

Shahbazi, N., & Latifi, Z. (2020). Effectiveness of training of self-healing (healing codes) on depression, severity of pain perception & pain-related anxiety in chronic headache patients. *Qquarterly Journal of Health Psychology, 9*(35), 113-132. [Persian]

Shamsi, N. (2019). The relationship between psychological toughness and quality of life with death anxiety in the elderly. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences, 17*, 21-15. [Persian]

Sharifi Fardshad, M., Bahrami Hidaji, M., Sodagar, S., Hassani Abharian, P., & Malihialzackerini, S. (2021). Causal model of the anticipation of quality of life based on activity of daily living and social capital in the elderly: The mediating role of self-care. *Aging Psychology*, *7*(3), 301-315. [Persian]

Skandari, H., Gatezadeh, A., Borjali, A., Sohrabi, F. N. (2017). Explanation of depression on lifestyle through the mediation of social health and quality of life in adults of Ahwaz. *Counseling Culture and Psycotherapy, 8*(31), 1-21. [Persian]

Soltani, M., Latifi, Z., & Moosavi, S. (2020). The efect of self-healing education on self-compassion, body image concern and improvement of disease process in suffering from skin cancers. *Journal of Dermatology & Cosmetic, 10*(4), 222-234. [Persian]

Teasdale, M. R. (2016). Quality of life and mission. *Missiology: An International Review, 44*(3), 269-280.

Tsai, S. Y., Chi, L. Y., Lee, L. S., & Chou, P. (2004). Health related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association, 3*, 196-204.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care, 30*, 473-483.

Wu, Y. C., Hsu, H. I., Tung, H. H., Pan, S. J., & Lin, S. W. (2021). Psychometric