

## اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی زنان سالمند

دکتر سید محسن حجت‌خواه  
دانشگاه رازی

مهوش صیادی سربینی  
دانشگاه رازی

دکتر علیرضا رشیدی  
دانشگاه رازی

پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۲۲

دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۰۷

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی زنان سالمند شهر کرمانشاه بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۳۰ زن سالمند با حداقل سن ۵۸ سال بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. سالمندانی که در گروه آزمایش قرار داشتند به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو بار تحت آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف فرم کوتاه و پرسش‌نامه‌ی احساس تنهایی راسل بود. داده‌های پژوهش به وسیله نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی زنان سالمند مؤثر است. یافته‌های این پژوهش ضرورت کاربرد برنامه‌های آموزش مثبت‌اندیشی در راستای بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی سالمندان را خاطر نشان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: زنان سالمند، آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی، بهزیستی روان‌شناختی، احساس تنهایی

باقرزاده و اکابریان، ۱۳۹۱). پیشرفت چشم‌گیر در علوم پزشکی، بالارفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ و میر میانگین عمر بشر را بالا برده است. امروزه جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در جهان تقریباً با جمعیت کودکان زیر ۶ سال برابری می‌کند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ از حدود ۶۰ میلیون کنونی به ۲ میلیارد نفر برسد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹). در ایران نیز میانگین عمر افراد به ۶۷ سال رسیده است و بر اساس آخرین آمار منتشر شده در سال ۱۳۹۰ جمعیت ۶۰ سال و بیشتر ایران ۸/۲ درصد معادل ۶/۲ میلیون نفر می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). افزایش جمعیت سالمندی سبب شده است محققان و متخصصان رفته رفته بر اهمیت توجه

سالمندی فرایندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می‌گیرد. سالمندی، بالا رفتن سن بیماری نیست بلکه یک پدیده‌ی حیاتی است که همگان را شامل می‌شود و در واقع یک سیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد (زحمتکشان،

مهوش صیادی سربینی، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ سید محسن حجت‌خواه، استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ علیرضا رشیدی، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به مهوش صیادی سربینی، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران باشد.

پست الکترونیکی: mahvashsayadi1366@gmail.com

افکار منفی قوی‌تر می‌شوند و جای بیشتری در ذهن به خود اختصاص می‌دهند، در نهایت تمام بخش تولید فکر را تحت نظارت خود می‌گیرند و به مجموعه افکارمان ماهیت منفی می‌دهند (لیوبو مرسکی و لایوس، ۲۰۱۳). معتقدند که مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شوند. فورستر (۱۹۹۱) در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که اگر ارزیابی افراد از خودشان و ذهنیتی که نسبت به خود دارند، مثبت باشد از سلامت و سازگاری بیشتری برخوردار خواهند بود. تایلر و براون (۱۹۸۸) نیز در پژوهش خود بدین نتیجه رسیدند که گرایش و پرداختن به جنبه‌های مثبت وجود خود، با بهداشت روانی و سلامت شخص سازگارتر است. فردریکسون (۲۰۰۹) بیان می‌کند که داشتن هیجانات مثبت نه تنها به مردم کمک می‌کند تا به خوبی با تحولات و استرس‌های اقتصادی کنار بیایند بلکه با گشودن قلب‌ها و افکار انسان‌ها باعث می‌شود آنها مسئول، پربار و خلاق‌تر شوند. تأثیر مثبت‌اندیشی می‌تواند بلند مدت باشد همچنین ممکن است اتخاذ نگرش مثبت کمک زیادی به سلامت انسان‌ها کند. شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند. از طرفی اکثریت افراد مایل به کسب شادی یا بهزیستی روانی در تمام زمینه‌های زندگی هستند. بدین منظور سعی می‌کنند بر سختی‌ها و مشکلات غلبه کنند (افکلایدس، ۲۰۱۳). بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup> فرایندی همه جانبه است که در طول عمر گسترده شده است بهزیستی به معنای کسب لذت نیست بلکه تلاشی برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (میکائیلی، ۱۳۸۹). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند مؤلفه‌ای در برگیرنده: (۱) پذیرش خود<sup>۳</sup>، (۲) روابط مثبت با دیگران<sup>۴</sup>، (۳) خودمختاری<sup>۵</sup>، (۴) تسلط

به سالمندان صحنه گذاشته و فراهم آوردن امکانات لازم را برای خدمات ویژه در این زمینه توصیه کنند. در سال ۱۹۹۸ رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا توسط سلیگمن پیشنهاد شد. این حوزه تمرکز روان‌شناسی بالینی را فراتر از علائم بالینی ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید. و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳).

روان‌شناسی مثبت<sup>۱</sup> اصطلاحی است که مطالعه‌ی هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی مثبت و سازمان سالم و قوی از جمله خانواده را در بر می‌گیرد (سلیگمن، استن، پارک و پترسون، ۲۰۰۵). اگرچه همان‌طور که مارتین سلیگمن (۱۹۹۸) می‌گوید، می‌شود ریشه‌ی روان‌شناسی مثبت را در اظهارات روان‌شناسی‌های قرن بیستم هم می‌توان دید، اما اولین کسی که این مباحث را به شیوه علمی مطرح کرد «سلیگمن» بود. پیش از او روان‌شناسان انسان‌گرایی مثل راجرز و مزلو چنین دیدی به انسان داشتند حتی قبل از انسان‌گراها یک روان‌شناس آمریکایی به نام ویلیام جیمز، نگرانی اصلی روان‌شناسی را شادی و بهزیستی انسان‌ها می‌دانست. سلیگمن معتقد است اکنون در روان‌شناسی هنگام آن رسیده است که به جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت را دریابیم و به جای انگشت گذاشتن روی نقاط ضعف انسان، به توانمندی‌های انسان توجه کنیم. سلیگمن شادی را حق طبیعی هر انسانی می‌داند که برای دستیابی به آن باید برنامه‌ریزی و تلاش کرد. او شادی واقعی را غیر قابل حصول و دست‌نیافتنی نمی‌داند بلکه آن را واقعیتی می‌داند که زندگی را شیرین‌تر و روابط انسانی را سرشار و غنی می‌کند. عموم مردم خوش‌بینی را به صورت در نظر گرفتن نیمه‌ی پر لیوان، یا دیدن لایه‌ای براق در هر پدیده یا عادت به استفاده پایانی خوش برای هر درد سر واقعی در نظر می‌گیرند. زاویه‌ی تفکر مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی بیانگر آن است که خوش‌بینی مستلزم تکرار عبارت‌های تقویت‌کننده با خود است (سلیگمن، ۲۰۰۵). در زمینه‌ی مثبت‌اندیشی مطالعات زیادی صورت گرفته است. قویدل (۱۳۹۰) معتقد است وقتی اندیشه‌های منفی را در سر داریم آنها را خواسته یا ناخواسته و هر روز چند هزار مرتبه تکرار می‌کنیم، در نتیجه

<sup>2</sup> psychological well-being

<sup>3</sup> self-acceptance

<sup>4</sup> positive relation with others

<sup>5</sup> autonomy

<sup>1</sup> positive psychology

صاحب‌نظران معتقدند هر کوششی که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان شود، سدی در برابر موج مشکلات پیچیده‌ی روانی افراد سالمند و از طرف دیگر باعث بهبود عزت نفس آنان می‌شود (ویکس، ۱۹۹۴). جولینگ، کرومپوت، جوهانا، جلینسی و اریک (۲۰۱۶) در پژوهشی که تحت عنوان «ارتباط بین احساس تنهایی و علل مرگ در بیماران قلبی عروقی در مردان سالمند» انجام شد نتایج نشان داد دوران پیری که در بین سالمندان مشترک است به دلیل افزایش تنهایی در طول زمان ریسک خطر افزایش مرگ و میر بر اثر بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد. هولواست، بورگر، ماروییک و درهاک (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که در مورد احساس تنهایی در ارتباط با پیش‌آگهی ضعیف و افسردگی در اواخر عمر انجام دادند دریافتند که تنهایی به طور مستقل با نشانه‌های افسردگی شدید در ارتباط است. در پژوهش پیرنیوم، کولارد، و ناردینگ (۲۰۱۵) با هدف «ارتباط بین افسردگی و احساس تنهایی در افراد مسن و تأثیر حمایت اجتماعی بر آن» به این نتیجه دست یافتند که افسردگی با تنهایی به شدت همراه است اما با انزوای اجتماعی مرتبط نیست.

جرست، امرسون، و تمار (۲۰۱۴) به مطالعه‌ی احساس تنهایی در میان افراد سالمند ساکن مکزیک پرداختند نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان دهند ارتباط بین احساس تنهایی و سطح بالای افسردگی در زندگی افراد سالمند است. از آنجا که سالمندی دوره‌ی حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا و نداشتن حمایت اجتماعی قرار گرفته و این ناتوانی‌ها استقلال فردی آنها را تهدید می‌کند، به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل کهولت سن و کاهش توانایی‌هایشان و همچنین آسیب‌پذیر بودن و همچنین به دلیل باطنی بودن منفی‌اندیشی در میان آنها، باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند بدین منظور چون در کشور ما تا کنون مطالعه‌ای درباره‌ی اثرات مثبت‌اندیشی روی سالمندان صورت نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف آزمون این فرضیه که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی زنان سالمند اثر مثبت دارد طراحی و اجرا شد.

بر محیط<sup>۱</sup>، (۵) زندگی هدفمند، (۶) رشد شخصی است (ریف و کیز، ۱۹۹۵؛ ریف‌وسینگر، ۱۹۹۸). بنابراین بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و در این رویکرد تمرکز بر سلامتی و بهزیستی از جنبه‌ی مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است (ریف‌وسینگر، ۱۹۹۸). به عبارتی دیگر بهزیستی روان‌شناختی از جمله مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه‌ی روان‌شناختی مثبت است (قاسم‌پور، جودت، سلیمانی و شعبانلو، ۱۳۹۳). فراند (۲۰۱۴) نشان داد سالمندانی که دارای رضایت بالایی از نیازی‌های روانی خود هستند، در مقایسه با شرکت‌کنندگان با رضایت کم، به طور قابل توجهی دارای سطوح بالاتری در مؤلفه‌های هدف در زندگی و رشد شخصی بودند و احساس افسردگی پایین‌تری گزارش داده بودند. به علاوه، شواهد نشان می‌دهد که بین سن، استقلال و شاخص‌های رضایت روانی از جمله رفاه و عملکرد مطلوب رابطه‌ی مثبتی وجود دارد. یکی از مهم‌ترین مشکلات رنج بار که کمتر به آن توجه شده است، مسأله احساس تنهایی<sup>۲</sup> در سالمندان است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند. زیرا به دلیل کاهش تعاملات ناشی از نقصان سلامت جسمی و فوت نزدیکان در معرض خطر انزوا و تنهایی هستند. بسیاری از سالمندان دوران پیری را به عنوان دوران تنهایی توصیف کرده و به عنوان یک تجربه ناخوشایند از آن هراس دارند. بنابراین همان‌گونه که یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد احساس تنهایی یک سبب‌شناسی در سلامت و بهزیستی است و پیامدهای آنی و دراز مدت جدی در بهداشت روانی دارد و اگر سالمندی احساس تنهایی نداشته باشد، عملکرد جسمانی و روانی بهتری خواهد داشت (ولامینگ، هاومن‌نیس، وارنور، و دی‌گروت، ۲۰۱۰). پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت خانواده، با احساس تنهایی در ارتباط هستند (تسای، تسای، وانگ، چانگ، و چونگ، ۲۰۱۰). شواهد نشان می‌دهد احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و سالمندان، در معرض خطر بالاتری از احساس تنهایی هستند (ولامینگ و همکاران ۲۰۱۰).

<sup>1</sup> environmental mastery

<sup>2</sup> loneliness

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر جزء طرح‌های نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل تمامی زنان عضو مرکز روزانه‌ی شهر کرمانشاه می‌شد. نمونه‌ی مورد نظر با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از میان ۱۱۰ نفر از زنان سالمندی که در مرکز روزانه مهرگان کرمانشاه عضویت داشتند انتخاب شد. ۳۰ زن سالمند واجد شرکت در این مطالعه بودند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۵۵ تا ۶۹ سال و میانگین سن برای گروه آزمایش ۶۳/۷۳ و برای گروه کنترل ۶۲/۵۳ بود.

**پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی.** این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل می‌شود ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی تهیه شده است در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده گردید که توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است (عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی) در این مقیاس پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف شش درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) مشخص می‌شود روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد گزارش گردیده است. دایرونک (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی و پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷٪ و ۰/۵۸٪ و ۰/۴۶٪ به دست آمد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). ضریب پایایی به دست آمده در پژوهش زنجانی طبسی (۱۳۸۳) با روش همسانی درونی برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۹۴٪ و برای آزمون‌های فرعی ۰/۶۳٪ و ۰/۸۹٪ بوده است ضریب همبستگی به دست آمده بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۶٪ در آزمون‌های فرعی بین ۰/۶۷٪ تا ۰/۷۲٪ بود که در سطح ( $p < 0/001$ ) معنی‌دار است (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳). همچنین در پژوهش خانجانی (۱۳۹۳) همسانی

درونی مقیاس با توجه به ضریب آلفای کرونباخ در نمره‌ی کل مقیاس تقریباً بالا به دست آمده است ضرایب به دست آمده برای ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمده است بنابراین الگوی شش عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است.

**پرسش‌نامه احساس تنهایی.**<sup>۱</sup> پرسش‌نامه احساس تنهایی توسط (راسل، پیلوا و کورتونا) در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سؤال و به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. هرگز امتیاز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی (۳) و همیشه (۴) می‌گیرد. از دو دهه‌ی پیش اکثر تحقیقات بر اساس این آزمون، نشان دهنده‌ی قدرت تشخیص بوده است. دامنه‌ی نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است؛ بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره‌ی بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه‌ی جدید تجدید نظر شده ۰/۷۸٪ گزارش شده است. این مقیاس توسط شکرکن و میردریکوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد. مقیاس راسل با یک گویه برداری هر بعد، ساده‌ترین ابزار اندازه‌گیری احساس تنهایی است. همچنین این آزمون همبستگی بالایی با سایر تست‌های تنهایی، حمایت اجتماعی، شخصیت، خلق و غیره دارد. پروتکل درمانی این مطالعه بر گرفته از نظریه سلیگمن (۲۰۰۵) و کتاب سوزان کویلیام (۲۰۰۳/۱۳۸۶) است که در جدول شماره‌ی ۱ دستورالعمل‌های مربوط به هر جلسه بیان شده است.

### روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش، نمونه مورد پژوهش براساس نمره‌ی دریافتی از پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی و با توجه به معیارهای ورود و خروج به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان عضو مرکز روزانه مهرگان شهر کرمانشاه ۳۰ زن سالمند که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در این مطالعه شرایط ورود شامل موافقت

<sup>۱</sup> UCLA

مداخله براساس پروتکل درمان مثبت‌اندیشی برای گروه آزمایش اجرا گردید و گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مداخلات توسط خود پژوهشگر در قالب هشت جلسه هفتگی یک و نیم ساعتی اجرا شد. داده‌های حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره و در نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

سالمند برای شرکت در پژوهش، طبق برنامه به صورت یک و نیم ساعت و هفته‌ای دو بار، گذشت حداقل یک سال از ثبت نام در سرای سالمندان و شرایط خروج از مطالعه نیز شامل وجود بیماری یا اختلال بسیار شدید ذهن (دمانس، آلزایمر، اسکیزوفرنی، افسردگی شدید) بر اساس پرونده‌ی پزشکی و عدم تجربه‌ی سوگ (مرگ بستگان نزدیک) در شش ماه گذشته می‌شد. سپس هشت جلسه

## جدول ۱

پروتکل مثبت‌اندیشی بر گرفته از نظریه سلینگمن (۲۰۰۵)

جلسه	موضوع	شرح مختصر	تکلیف
۱	ایجاد ارتباط اولیه	ایجاد ارتباط اولیه، معارفه و مصاحبه، بیان قوانین جلسات بیان اهداف، بحث کلی در مورد خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی با هدف ایجاد آمادگی ذهنی برای تقویت تفکر سالم و مثبت در آزمون‌ها	یادداشت نقاط قوتی که در خود سراغ دارند
۲	بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم	بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی) احترام به خود و حرمت خود و بحث گروهی	یادداشت نقاط قوت خود از دید دیگران
۳	بازسازی شناختی	بازسازی شناختی یا جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی	جایگزین نمودن افکار منطقی و مثبت به جای افکار غیر منطقی و منفی
۴	آموزش مثبت‌نگری	آموزش مثبت‌نگری و کشف ویژگی‌های مثبت، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی	ثبت تجارب شیرین خود در هفته اخیر
۵	افزایش افکار و خود گوویی‌های مثبت	تمرکز بر نقاط قوت خود و آگاه شدن از نکات مثبت دیگران بیان حداقل ۵ تجربه مثبت خود و صحبت درباره آن‌ها در گروه	شناسایی و نگارش حداقل سه مورد از افکار منفی خود و سه فکر مثبت متضاد آن
۶	بازخوردهای مثبت	ارائه‌ی بازخوردهای مثبت به افراد با توجه به فعالیت‌های انجام شده در جلسه پنجم؛ به این صورت که هر فرد نوبت می‌گیرد تا نکات مثبتی که درباره دیگری تشخیص داده است را به او بگوید و فهرست مربوط به هر شخص به او داده می‌شود	توانایی‌هایی که در طول هفته به آن دست می‌یابند به لیست خود اضافه کنید.
۷	بیان اهمیت نسبی نقاط قوت	بیان اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح شده در مراحل قبل به ترتیب اولویت آنها، بیان نقاط قابل اتکایی که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده‌اند و ارائه شواهد و معیارهایی دال بر اینکه با ارزش‌ترین و معتبرترین آنها قابل اتکا هستند	گزارش هر ویژگی مثبتی که تاکنون در مورد خود به آن پی برده‌اند با ذکر دلیل
۸	جمع‌بندی و بیان احساسات	بحث اختتامیه، مرور جلسات و گرفتن بازخوردها و تمرین توانایی اعتقاد به توانمندی‌های خود	تعیین زمان اجرای پس آزمون، تقدیر و تشکر از اعضا

**یافته‌ها**

در جدول ۲ شاخص‌های روان‌سنجی دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲  
شاخص‌های روان‌سنجی دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
استقلال	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۰۰	۲/۲۰
		کنترل	۱۲/۰۷	۱/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۰۷	۲/۲۵
		کنترل	۱۱/۸۷	۲/۶۱
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۲۰	۲/۴۵
		کنترل	۸/۳۳	۲/۵۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۱۳	۱/۶۴
		کنترل	۸/۶۷	۱/۷۱
رشد شخصی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۰۷	۱/۹۰
		کنترل	۱۰/۲۰	۲/۵۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۳/۰۰	۱/۵۵
		کنترل	۹/۲۷	۱/۸۷
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۶/۲۰	۲/۳۳
		کنترل	۵/۸۰	۱/۹۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۴۷	۱/۸۸
		کنترل	۶/۲۷	۲/۱۲
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۱۳	۲/۲۳
		کنترل	۹/۰۷	۱/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۲۰	۱/۴۷
		کنترل	۹/۲۰	۱/۶۵
پذیرش خود	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۰۰	۱/۶۹
		کنترل	۷/۸۷	۲/۸۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۰۷	۱/۹۸
		کنترل	۷/۷۳	۲/۲۱
بهبودی روان‌شناختی کل	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۲/۴۰	۶/۹۱
		کنترل	۵۳/۳۳	۴/۷۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۱/۹۳	۴/۰۶
		کنترل	۵۳/۰۰	۵/۸۱
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۵/۲۰	۱۰/۲۸
		کنترل	۵۴/۳۳	۹/۴۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۱/۰۷	۴/۳۰
		کنترل	۵۵/۴۷	۷/۰۷

کل  $F(1,28) = 0.01, P = 0.91 > 0.05$  و احساس تنهایی  $F(1,28) = 2.30, P = 0.14 > 0.05$  بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد.

مفروضه‌ی مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد [پس‌آزمون Wilkes lambda = 0.69 و  $F = 1.17, P = 0.37 > 0.05$ ]. همانطور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدا و ویلکس معنی‌دار نمی‌باشند ( $P > 0.05$ ). بنابراین مفروضه‌ی همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد و نیز آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون احساس تنهایی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله‌ی پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج همگنی نشان داد که  $F$  محاسبه شده ( $F = 1.55, p = 0.22 > 0.05$ ) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح  $0.05$  معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه‌ی 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 نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن توزیع جامعه است (بریس، کمپ و سنلگار، ۱۳۹۱/۱۹۹۱). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون نمره کل بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش  $52/40$  و گروه کنترل  $53/33$  و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب  $71/93$  و  $53$  می‌باشد. میانگین پیش‌آزمون نمره کل احساس تنهایی گروه آزمایش  $55/20$  و گروه کنترل  $54/33$  و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب  $41/07$  و  $55/47$  می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس می‌باشد لذا از آزمون باکس استفاده گردید [برای پیش‌آزمون ( $\text{Box's } M = 17/58, F = 0.64, P = 0.89 > 0.05$ ) و برای پس‌آزمون ( $\text{Box's } M = 18/47, F = 0.67, P = 0.86 > 0.05$ )]. میزان معناداری آزمون باکس از  $0.05$  بیشتر است لذا نتیجه گرفته شد که در ماتریس‌های واریانس و کوواریانس، 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 معنی‌دار نبود [استقلال؛  $F(1,28) = 0.40, P = 0.40 > 0.05$ ؛ تسلط بر محیط؛  $F(1,28) = 1.54, P = 0.22 > 0.05$ ؛ رشد شخصی؛  $F(1,28) = 1.60, P = 0.21 > 0.05$ ؛ ارتباط مثبت با دیگران؛  $F(1,28) = 1.34, P = 0.25 > 0.05$ ؛ هدفمندی در زندگی؛  $F(1,28) = 0.04, P = 0.84 > 0.05$ ؛ پذیرش خود؛  $F(1,28) = 0.06, P = 0.79 > 0.05$ ].

### جدول ۳

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
لامبدا و ویلکس	0/12	18/15	6	16	0/001	0/87	1

متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. جدول ۳ صرفاً بیان می‌دارد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۷ درصد از کل واریانس‌های گروه نیمه‌آزمایشی و گواه ناشی از اثر

آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در متن مانکواوا استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از

## جدول ۴

تحلیل کوواریانس چند متغیری میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی در دو گروه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذورات اتا	توان آماری
استقلال	۸۷/۲۵	۱	۱۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۸
تسلط بر محیط	۷۵/۷۵	۱	۳۰/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
رشد شخصی	۸۶/۳۸	۱	۲۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
ارتباط مثبت با دیگران	۴۹/۱۴	۱	۹/۹۷	۰/۰۰۵	۰/۳۲	۰/۸۵
هدفمندی در زندگی	۳۳/۰۹	۱	۱۲/۷۴	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۲
پذیرش خود	۷۴/۹۲	۱	۱۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۷
بهزیستی روان‌شناختی کل	۲۳۷۷/۳۸	۱	۱۰۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
احساس تنهایی	۱۵۷۲/۷۰	۱	۴۵/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثر بخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی زنان سالمند انجام گرفت. فرضیه اول این مطالعه مبنی بر این که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در زنان سالمند می‌شود تأیید شده است. این یافته‌ی پژوهشی با نتایج پژوهش‌های، درگاهی اودلو (۱۳۹۴)، صرامی (۱۳۹۴) غیائی، طباطبایی و نصری (۱۳۹۴) نوفرستی و همکاران (۱۳۹۴)، مجیدی و همکاران (۲۰۱۵) نیلسون، لوبنرگ و هدبرگ (۲۰۱۱)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۹) همسو می‌باشد. نتایج این مطالعات حاکی از اثر بخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که چگونگی واکنش فرد در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی از جمله عواملی است که به طور مستقیم بر سلامتی فرد اثر می‌گذارد بهزیستی روانی در سالمندان به دلیل کهولت سن و کاهش توانایی‌هایشان و همچنین آسیب‌پذیر بودن دستخوش تغییر می‌شود مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تمهید برنامه‌های حمایتی که بتوان توانایی‌های سازگارانه و مهارت‌های زندگی را در این قشر تقویت کرد دارای اهمیت است. با توجه با تأثیر مثبت این‌گونه برنامه‌ها، در جهت

با توجه به مندرجات جدول ۴ مقدار F برای مؤلفه‌ی استقلال ۱۸/۴۷ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/001$ )، برای مؤلفه‌ی تسلط بر محیط ۳۰/۶۵ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/001$ )، برای مؤلفه‌ی رشد شخصی ۲۳/۸۵ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/001$ )، برای ارتباط مثبت با دیگران ۹/۹۷ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/005$ )، برای مؤلفه‌ی هدفمندی در زندگی ۱۲/۷۴ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/002$ )، برای پذیرش خود ۱۶/۹۳ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/001$ )، برای بهزیستی روان‌شناختی کل ۱۰۶/۷۶ به دست آمد که در سطح ( $P < 0/001$ ) و برای احساس تنهایی ۴۵/۸۹ که در سطح ( $P < 0/001$ ) معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۴۶ درصد تغییر در مؤلفه‌ی استقلال، ۵۹ درصد تغییر در مؤلفه‌ی تسلط بر محیط، ۵۳ درصد تغییر در مؤلفه‌ی رشد شخصی، ۳۲ درصد تغییر در مؤلفه‌ی ارتباط مثبت با دیگران، ۳۷ درصد تغییر در مؤلفه‌ی هدفمندی در زندگی، ۴۴ درصد تغییر در مؤلفه‌ی پذیرش خود و نیز ۸۳ درصد تغییر بهزیستی روان‌شناختی کل و نیز ۶۳ درصد تغییر احساس تنهایی ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مثبت‌اندیشی) بوده است.



پاو لکسی و سلیگمن (۲۰۰۸)، رشید (۲۰۰۸)، همسو است. سلیگمن و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه دریافتند که روان‌درمانی مثبت نشانه‌های افسردگی را کاهش داد و در بسیاری از موارد در مقایسه با درمان‌های رایج همراه با داروهای ضد افسردگی باعث بهبودی کامل شد. فردریکسون (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که تجربه هیجان‌های مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌نگر به آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند. روان‌شناسی مثبت‌نگر در پی آن است که از نقاط قوت انسان به عنوان سپری در برابر بیماری‌های روانی بهره‌گیرد به این منظور عواملی که سبب سازگاری و رضایت هر چه بیشتر آدمی در مواجهه با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد مطالعه در این رویکرد هستند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت روان‌شناسی مثبت به جای تمرکز بر آسیب‌شناسی، بر این عقیده است که با تأکید بر مقاومت درونی، مکانیسم‌های مقابله‌ای و مثبت‌اندیشی می‌توانند به انسان‌ها کمک کرد تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس‌آمیز و با فقدان‌ها و دردها سازگار شوند و از آنها نجات یابند. روان‌شناسی مثبت به جای تأکید بر درد و رنج می‌آموزد که چگونه می‌توان شاد بود و چگونه می‌توان به امیدواری دست یافت مروری بر شواهد موجود در خصوص احساس تنهایی سالمندان نشان می‌دهد که منشأ بسیاری از حالات نامتعادل روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، یأس، احساس تنهایی است و همچنین درمان موفقیت‌آمیز احساس تنهایی ممکن است خطر عوارض جدی همچون افسردگی را کاهش دهد. در حرکت از سوی دیدگاه‌های بیماری‌محور به سوی دیدگاه‌های سلامت‌محور، روان‌شناسی مثبت با شعار تمرکز و پرورش توانمندی‌ها، فضیلت‌ها و هیجان‌های مثبت نقش بسزایی در پژوهش‌های مختلف داشته است. بر اساس پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است هیجان‌های مثبت سپری در برابر بیماری‌ها و عامل مهمی برای کاهش احساس تنهایی افراد و رفع افسردگی است در این پژوهش نیز برای کاهش تنهایی سالمندان و بالابردن توانمندی‌ها از روان‌درمانی مثبت استفاده شد.

در پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی وجود داشت. اجرای پروتکل توسط خود پژوهشگر،

سازش با موقعیت و کاهش فشارهای روانی می‌تواند مفید واقع شود. روان‌شناسی مثبت‌نگر عمدتاً به تقویت کردن توانایی‌ها و شایستگی‌های فرد توجه دارد. افراد برای جلوگیری از بیماری باید از توانایی‌هایی چون امید، خوش‌بینی، مهارت، پشتکار، انگیزش درونی و قابلیت روانی برخوردار باشند. مسأله این نیست که چگونه می‌توانیم ضعف‌های افراد را اصلاح کنیم بلکه این است که چگونه می‌توانیم توانایی‌های افراد را پرورش دهیم و تقویت کنیم. روان‌شناسی مثبت‌نگر در پی آن است که افراد را نیرومندتر و پربارتر کند و استعداد‌های آنان را شکوفا کند. روان‌شناسی مثبت‌نگر مطالعه‌ی علمی کارکردهای بهینه و مطلوب انسانی است این رویکرد بر نقاط قوت، استعداد‌های بالقوه و شکوفایی این استعدادها تکیه دارد و با این هدف موجب می‌گردد از عواملی که به افراد کمک می‌کند چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی به رشد و بالندگی برسند، شناخت بیشتری پیدا کنیم. با پدیدآیی روان‌شناسی مثبت‌نگر در چند دهه‌ی اخیر توانمندی‌ها و ارتقای سطح سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد همواره تأکید بر بالفعل نمودن استعداد‌های وی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. به گونه‌ای که علم روان‌شناسی دستخوش تغییر بنیادی از پرداختن صرف به ترمیم آسیب‌ها در جهت بهینه‌سازی کیفیت زندگی شد (رابینس، ۲۰۰۸). روان‌شناسی مثبت‌نگر، که روی نقاط قوت و احساسات مثبت تمرکز دارد، نه تنها به افراد ابزاری می‌دهد تا بتوانند به سطح مطلوب رفاه بدون در نظر گرفتن شرایط خود برسند بلکه ما را قادر می‌کند تا به این درک برسیم که چگونه با بهره‌گیری از امید، خوشبینی، انعطاف‌پذیری، علاقه، حکمت، نوع‌دوستی، مذهب معنویت به بهترین وجه از پس مشکلات برآیم (افکلایدس، ۲۰۱۳). فرضیه‌ی دوم این مطالعه مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی موجب کاهش احساس تنهایی در زنان سالمند می‌شود، نیز تأیید شد. برای مقایسه‌ی نتیجه‌ی به دست آمده، بررسی‌هایی که دقیقاً تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی در احساس تنهایی را نشان دهد وجود نداشت. لذا نتیجه‌ی این یافته پژوهش با متغیرهایی که دارای همپوشی با احساس تنهایی هستند مقایسه شده است. این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های، خدابخش (۱۳۹۴) سلیگمن، ارنست، و گیلهام (۲۰۰۹)، فردریکسون (۲۰۰۹)،

غیائی، ا.، طباطبایی، ت.، و نصری، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه بیرجند. اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی.

قوبدل، س. (۱۳۹۰). بررسی مهارت‌های مثبت‌اندیشی در بین کتابداران کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های زیر پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.

قاسم‌پور، ع.، جودت، ح.، و سلیمانی، م. (۱۳۹۳). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان ورزشکار و غیر ورزشکار. مجله دانشکده پزشکی رفسنجان، ۱۳(۲)، ۲۰۴-۱۹۳.

میکائیلی‌منیع، ف. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه. نشریه افق دانش، ۱۶(۴)، ۷۲-۶۵.

نوفرستی، ا.، روشن، ر.، و فتی، ل. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی. پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، ۱(۱)، ۱۸-۱.

مرکز آمار ایران، سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰، [Http:// www.amar.org.ir](http://www.amar.org.ir)

کوبلیام، س. (۱۳۸۶). مثبت‌اندیشی و مثبت‌گرایی کاربردی (ترجمه ف. براتی‌سده و ا. صادقی). تهران: رشد. انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳

زنجانی‌طیسی، ا. (۱۳۸۶). ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی چاپ نشده). دانشگاه تهران.

De Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Van't Veer, P., & De Groot, L. C. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in no institutionalized elderly Dutch people. *BMC public Health*, 10, 552- 569.

Efkides, A., & Moraitou, D. (Eds.) (2013). A positive psychology perspective on Quality of life. New York: Springer.

Fredrickson, B. L. (2009). *positivity*. New York: Crownpu Blishers.

Ferrand, M. P. (2014). Interacting Effects of Multiple Roles on women's Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 216-239.

عدم مرحله پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این نکات مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اثر بخشی مثبت‌اندیشی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی زنان سالمند به روان‌شناسان بالینی توصیه می‌گردد. از این روش در کار با سالمندان که دچار ناراحتی، افسردگی و خودپنداره منفی و امثال آن هستند استفاده کنند و پیشنهاد می‌شود این پژوهش علاوه بر سالمندان بر جمعیت‌های مختلف دیگر انجام گیرد.

**سپاسگزاری.** در پایان از مسئولین و کلیه‌ی زنان سالمند مرکز روزانه مهرگان شهر کرمانشاه که در اجرای پژوهش حاضر همکاری داشته تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

بریس، ن.، کمپ، ر.، و سنگار، ر. (۱۳۹۱). تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه SPSS. (ترجمه خ. علی‌آبادی و س. ع. صمدی) تهران: نشر دوران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۱) بیانی، ع. ا.، کوچکی، ع. م.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۱۵۱-۱۴۱.

خانجانی، م. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی خرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. مجله اندیشه و رفتار، ۸(۳۲)، ۳-۲۷.

خدابخش، ا.، خسروی، ز.، و شاهنگیان، ش. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان. پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، ۱(۱)، ۵۵-۳۵.

درگاهی اودلو، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مبتنی بر مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تربیت معلم تهران.

زحمتکشان، ن.، باقرزاده، ب.، و اکابریان، ش. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۱(۲)، ۵۸-۵۳.

صرامی، م. (۱۳۹۴). تأثیر گروه‌درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی فرزندان طلاق (پایان‌نامه کارشناسی ارشد پایان‌نامه) دانشگاه خوارزمی، تهران.

- Forster, J. R. (1991). Facilitating positive changes in self-construction. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 281-292.
- Gerst-Emerson, k., & Tamar, E. (2014). Loneliness among very old Mexican Americans: findings from the Hispanic established populations. *Epidemiologic Studies of the Elderly*, 59(1), 145-149.
- Holvast, F., Burger, H., Marwijk, V., & Verhaak, M. (2015). Loneliness in associated with poor prognosis in late-life depression: longitudinal analysis of the netherl and study of depression in older persons. *Journal Affect Disorder*, 185(1), 1-7.
- Jolieng, E., Kromhout, D., Geleijnse, M., & Evik, J. (2016). Loneliness and all-cause cardiovascular, and Nohcardiovascular Mortality in older men. *The Zutphen Elderly Study*, 24(6), 425-484.
- Nilsson, G., lonnberg, I., Hedberg, P., & Ohrvike, G. (2011). Low psychological General well-Being (PGWB) is associated with deteriorated 10-year survival in men but not in women among the elderly. *Archives Gerontology Geriatrics*, 52(2), 167-171.
- Pawelski, J., & Seligman, M. E. P. (2008). *Virtues and vices in positive psychology*. New York: Combridge University Press.
- Peerenioom, L., Collard, R. M., & Naarding, P. (2015). The association between depression and emotionai and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal Affect Disorder*, 182(15), 26-31.
- Rashid, T. (2008). positive psychotherapy. In S. J. Lopez (Ed). *positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Greenwood publishing company.
- Ryff, C. D., singer. B. H., & love, G. D. (1998). Positive health: Connection well-being with Biology. *Phitosophical Transaetion of The Royal Society of London*, 359,1383-1394.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. M. (1995). The structure of psychological well-being vivisected. *journal of personality and social psychology*, 9, 716-727.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. (2013). Positive psychotherapy. In D. wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current Psychotherapies* (PP. 461-498). Belmont, CA: cengage
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *sciences Research*, 35(4), 1103-1119.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness scale: concurrent and discriminate, Validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychologist*, 39, 427-480.
- Seligman, M.E. P., Ernest, R., Gillham, J., peivich, k & linkins, M. (2009). positive education: positive psychology and classrom intervention. *Oxford Review of Education*, 35, 293-311.
- Seligman, M. E. D., steen, T. A., park, N. & Peterson, C. (2005). positive psychology progress. *Journal of American psychologist*, 5, 410-421.
- Tsai, H. H., Tsai, Y. F., Wang, H. H., Chang, Y. C., & Chu, H. H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14(8) 947-954.
- Taylor, S., & Byown, J. (1988). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *psychological Bulletin*, 116, 7-21.
- Weeks, D. (1994). A review of loneliness with particular reference to old age. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 5, 345-355.
- Word health organization. (2009). *Facts about ageing*. Retrieved from who website: <http://www.who.int/ageing>