CC BY NC

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری بر رضایت از زندگی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روان

مهدیه هادیان[1]، مالک فریدونی مقدم[2*]، جهانگیر مقصودی[1]

۱- مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های روان جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.12, No.3&4, Fall & Winter 2023

چکیده:

مقدمه: اختلالات روانی، از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی می‌باشد که فشار بالایی را بر مراقبت‌کنندگان خانوادگی این بیماران تحمیل کرده است، که در نهایت رضایت از زندگی آن‌ها را متأثر می سازد. یکی از مداخلات، در جهت ارتقای سطح رضایت‌مندی از زندگی، روانشناسی مثبت‌نگر می‌باشد. پژوهش حاضر، با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری، بر رضایت از زندگی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روان، انجام شد.

روش‌کار: تحقیق حاضر از نوع شبه تجربی است، که بر روی خانوادهٔ بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در مراکز درمانی شهر اصفهان(۱۳۹۹)، انجام گرفت. شرکت‌کنندگان ۶۰ نفر از خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی بودند، که با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و سپس به روش تخصیص تصادفی ساده، در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر)، قرار گرفتند؛ آن‌گونه‌که گروه مداخله، ۶ جلسه را تحت عنوان آموزش‌های مثبت‌نگری، در این حیطه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای دو قسمتی که شامل؛ خصوصیات دموگرافیک و رضایت‌مندی از زندگی (SWLS) بود، که تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS 22، انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرهٔ رضایت از زندگی، در گروه مداخله بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، افزایش داشته است؛(P<۰/۰۰۱) اما در گروه کنترل، این افزایش مشاهده نشد.(P> ۰/۰۵)

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش، حاکی از تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری بر رضایت از زندگی، در میان اعضای خانوادهٔ بیماران، به اختلالات روان می‌باشد؛ به‌طوری‌که آموزش مهارت‌های مثبت نگری، به عنوان یک روش ساده، در افزایش رضایت از زندگی این گروه از مددجویان، توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: مثبت‌نگری، آموزش، رضایت از زندگی، اختلالات روانی

J Educ Ethics Nurs 2023; 12(3&4):31-39

مقدمه

اختلالات روانی، از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی است که فشار بالایی را بر سیستم های ارائه خدمات مراقبت بهداشتی، در جوامع امروزی اعمال می‌کند. این اختلالات، به طور شایع و جدی در سراسر جهان به وجود می‌آیند[۱]. بر طبق شواهد، گروه زیادی از افراد در آمریکا و اروپا، اختلالات روانی را در طول زندگی تجربه می‌کنند[۲ و ۳] و نتایج به‌دست آمده از تحقیقات، حاکی از ابتلای تعداد زیادی از افراد در جهان، به اختلالات روانی است و در این زمینه، تعداد مبتلایان به بیماری‌های اعصاب و روان (۲۰۱۶) را ۱/۱ میلیارد نفر در جهان برشمرده‌اند[۴]. در ایران، طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۲ تا ۳۰٪ افراد جامعه، به درجاتی از اختلال روان مبتلا هستند[۵].

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، امروزه از هر ۴ خانواده یک خانواده، درگیر مراقبت از بیماران روانی می‌باشد. این در حالی است کـه عموماً خانواده‌های بیماران روانی، آمادگی و یا آموزش خاصی برای مراقبت از بیمارانشان را ندارند. به عبارتی دیگر، هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال روانی می‌شوند، همهٔ اعضای خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌گردند [۶] و در این خانواده‌ها که دارای یک عضو مبتلا به

*نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات مراقبت های روان جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
تلفن تماس: 07136474254 پست الکترونیک:fereidooni_moghadam@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱/۲۵

اختلال روانی هستند، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای بر اعضای خانواده (به خصوص افرادی که نقش مراقبتی بر عهده دارند) تحمیل می‌شود[۷]؛ چنانچه امروزه، عواقب اقتصادی مرتبط با اختلالات روانپزشکی و رفتاری برخانواده نیز مطرح می‌باشند [۸] که در مجموع با تهدید سلامت روانی و کاهش رضایت‌مندی خانواده از زندگی، همراه می‌گردد[۹].

رضایت از زندگی، یک مفهوم ذهنی و منحصر به فرد برای هر انسان است که جزء اساسی بهزیستی را تشکیل می‌دهد و عموماً به ارزیابی‌های شناختی از زندگی خود اشاره دارد؛ به‌گونه‌ای‌که مراقبت از فرد مبتلا به اختلالات روانی، هم از لحاظ جسمی و هم از نظر عاطفی، بسیار طاقت فرسا می‌باشد و معمولاً به دلیل تنیدگی ایجاد شده در زندگی، میزان بهزیستی روانی و رضایت‌مندی از زندگی آنان کاهش می‌یابد[۱۰]؛ بنابراین از آنجا که خانواده، با ارزش‌ترین و آسیب پذیرترین منبع برای مبتلایان به اختلالات روانپزشکی می‌باشد، پرداختن به موضوع آموزش در زمینهٔ کسب مهارت‌های لازم، جهت ارتقای تاب‌آوری و رضایت از زندگی خانواده‌های این افراد، بسیار حائز اهمیت می‌باشد [۹ و ۱۰]؛ بنابراین این خانواده‌ها نیازمند برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی در حیطه‌های مختلف، جهت ارتقای سطح تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی می‌باشند؛ بدین منظور، یکی از مداخلات روانشناختی که اخیراً به آن توجه شده است، روانشناسی مثبت‌نگر (Positive psychotherapy) می‌باشد[۱۱ و ۱۲ و ۱۳].

روانشناسی مثبت‌نگر، که توسط سلیگمن در اواخر دهه ۱۹۹۰و آغاز قرن بیست و یکم ارائه شد، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات و ضعف‌ها است؛ بیشتر بر روی افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی تأکید می‌کند[۱۴]. مداخلات مثبت‌نگری، به افراد کمک می‌کنند تا مهارت‌هایی را بیاموزند، که خُلق آن‌ها را بهبود بخشد و بدین طریق، سطح رضایت از زندگی را در آن‌ها افزایش دهد[۱۲]. طی سال‌های اخیر، روانشناسی مثبت‌نگر، با تأکید بر توانمندی‌ها و فضیلت‌های آدمی، به بررسی عواملی در انسان پرداخته است که سلامت روان، شادکامی و خشنودی از زندگی را حتی در شرایط خطر، به دنبال دارد. محققان در زمینهٔ روانشناسی مثبت، سعی در تمرکز و بررسی وضعیت‌های مثبت روانی مانند: امید، تندرستی، تاب‌آوری، مقاومت، حس انسجام و سازه‌هایی مشابه دارند که به عنوان عوامل میانجی و تعدیل کننده، در برابر شرایط استرس‌زا عمل می‌کنند[۱۳]. Cohn & Fredrickson (۲۰۱۰)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر، موجب ارتقای احساس مثبت بیشتر و ارزش مهمی در زندگی واقعی فرد دارد[۱۲]. براین اساس مطالعات نشان داده‌اند که خودپذیری در سلامت روانی، از اهمیت اساسی برخوردار است و شادی حاصل از مثبت‌نگری، فعالیت‌های اجتماعی افراد را بیشتر می‌کند[۱۴].

ابتلا به اختلالات روانی، دارای آسیب‌ها و اثرات منفی زیادی در زمینه‌های مختلف می‌باشد. بر این اساس پرستاران بهداشت روان، نقش مهمی در ارتقای سلامت روان افراد، با اختلالات روان و خانواده‌های آنان دارند و با کنار هم قراردادن هدفمندی علم و هنر، به بهبود و درمان آن‌ها کمک کرد و در این راستا، مکانیسمی که پتانسیل رسیدگی به این نیازها را دارد و رایج‌ترین عنصر تشکیل دهنده در سراسر مداخلات خانوادگی است، آموزش روانشناختی خانواده می‌باشد[۱۴و ۱۵]؛ زیرا در بحث بیماری روانی، خانواده‌ای که بیمار روانی در آن زندگی می‌کند، بیشتر به عنوان نظام مراقبت بهداشتی پنهان، به موازات نظام سلامت روان قرار دارد. نقش مراقبت از بیماران در خانواده، چالش‌های بزرگی را برای خانواده‌ها به دنبال دارد[۱۷].

در این میان، آموزش چنین مهارت‌هایی، به خانواده‌های مبتلایان به اختلالات روانپزشکی، به عنوان یک مسأله پویا در حیطهٔ عملکرد پرستاری است و با توجه به اینکه پرستار به عنوان مراقبت کنندهٔ کل نگر، با تلاش در جهت مشارکت در شناخت نیازهای خانوادهٔ بیماران، ارتقای سطح اطلاعات آنان در مورد بیماری، کمک به آن‌ها در مقابله با استرس به وجود آمده، می‌تواند نقش بسیار مؤثری در افزایش رضایت از زندگی این خانواده‌ها ایفا کند؛ بنابراین هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مهارت‌های مثبت‌نگری، بر رضایت از زندگی خانواده‌های مبتلایان به اختلالات روان، می‌باشد.

روش‌کار

این پژوهش، از نوع شبه تجربی سه مرحله‌ای (قبل از مداخله، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله) و دو گروهی است، که در آن تأثیر متغیّر مستقل آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری، بر تاب‌آوری خانواده‌های مبتلایان به اختلالات روانپزشکی(۱۳۹۹)، مورد بررسی قرار گرفت. محیط پژوهش در این مطالعه، بخش‌های روانپزشکی مراکز درمانی فارابی و نور شهر اصفهان می‌باشد. جامعهٔ مورد پژوهش، شامل تمامی مراقبت‌کنندگان خانوادگی مبتلایان به اختلالات روانپزشکی بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان بوده، که با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و سپس به روش تخصیص تصادفی ساده، در دو گروه آزمون و کنترل، قرار گرفتند؛ به همین دلیل پژوهشگر در روزهای متوالی، به مراکز درمانی منتخب مراجعه و از بین خانواده‌های مبتلایان به اختلالات روانپزشکی، داوطلبِ مراجعه کننده به این مراکز، که دارای معیارهای قابل قبول جهت ورود به پژوهش بوده‌اند، لیستی تهیه کرده است و سپس جایگزینی

نمونه‌ها در گروه‌ها به صورت تصادفی، با استفاده از روش قرعه کشی انجام گردید و هر یک از نمونه‌ها، در هنگام ورود به مطالعه به نسبت ۱:۱ در گروه کنترل و آزمون، تقسیم شدند؛ بدین ترتیب، شرکت کنندگان در این پژوهش، ۶۰ نفر از خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روانی (۳۰ نفر گروه آزمون و ۳۰ نفر گروه کنترل با احتمال ریزش۲۰٪) بوده است، که از مشخصات واحد پژوهش برخوردار بودند. برای محاسبهٔ حجم نمونه، از فرمول حجم نمونه برای مقایسهٔ دو نمونهٔ مستقل استفاده شد. بر اساس فرمول مورد استفاده، حجم نمونه ۲۵/۰۸٪ به دست آمد که با توجه به احتمال ریزش، ۲۰ ٪ به آن اضافه شده و در نهایت تعداد۳۰ نمونه برای هر گروه، در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2 \ (s_1^2 + s_2^2)}{d^2} = 25.08$$

$$\alpha = 0.05$$
$$\beta = 0.20$$
$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$$
$$Z_{1-\beta} = 0.84$$
$$s_1^2 = 19.44$$
$$s_2^2 = 18.47$$
$$d = 15$$

معیارهای ورود به مطالعه

۱- عدم وابستگی به مواد؛ ۲- قادر به برقراری ارتباط؛ ۳- داشتن سن بالای ۱۸ سال؛ ۴- داشتن توانایی خواندن و نوشتن؛ ۵- داشتن رضایت به شرکت در مطالعه؛ ۶- عدم وجود اختلالات شناختی و یا جسمی مانع از حضور در جلسات و عدم شرکت در برنامه‌های آموزشی دیگر به طور هم‌زمان.

معیارهای خروج از مطالعه

۱- عدم تمایل به ادامهٔ شرکت در مطالعه؛ ۲- وقوع حادثهٔ استرس زا مثل طلاق، فوت بستگان درجه یک برای هریک از افراد شرکت کننده در مطالعه؛ ۳- شرکت هم‌زمان در یک مطالعهٔ دیگر؛ ۴- غیبت بیش از ۲ جلسه.

پژوهشگر، با اخذ معرفی‌نامه از دانشکدهٔ پرستاری و مامایی اصفهان و هماهنگی با بیمارستان‌های فارابی و نور اصفهان، طی مراحل قانونی و ضمن معرفی خود و توضیح در رابطه با اهداف پژوهش، به مسئولان مربوطه، همکاری آن‌ها را جهت انجام پژوهش جلب کرده است. در این تحقیق، پژوهشگر با مراجعه به واحدهای مربوطه در ساعات مشخصی از روز، در آنجا حاضر شده و از میان خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی، مراجعه کننده به این مراکز، که دارای معیارهای ورود به مطالعه بوده را انتخاب کرده و ضمن توضیح اهداف و روش انجام پژوهش، از افراد درخواست شده تا در مطالعه شرکت کنند؛ سپس مداخلهٔ مورد نظر، بر اساس دستورالعمل های ارائه شده [۱۱]، طی ۶ جلسهٔ ۶۰ دقیقه ای در طول ۳ هفته (هر هفته دو جلسه) در گروه‌های ۱۵ نفره و با استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، نمایش فیلم، اسلاید و ایفای نقش در کلاس آموزشی واقع در بیمارستان‌های فارابی و نور، انجام گرفت. خلاصهٔ محتوای ارائه شده در جلسات آموزشی، در جدول شمارهٔ ۱ ارائه شده است[۱۱]. گروه کنترل، مداخلهٔ آموزشی مبتنی بر مهارت‌های مثبت نگری در این مطالعه را دریافت نکرده و صرفاً در دو جلسهٔ آموزش گروهی، در ارتباط با کلیاتی از اختلالات روانی، شرکت کردند؛ پس از پایان مداخله، در هفتهٔ ششم محقق مجددا بین هر دو گروه، پرسشنامه‌های پس آزمون دموگرافیک و تاب‌آوری را توزیع و نمونه‌ها، آن‌ها را تکمیل کردند. این پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده، در یک پاکت قرار داده و به پژوهشگر تحویل داده شد؛ بنابراین با توجه به مؤثر بودن برنامهٔ مبتنی بر مهارت‌های مثبت نگری بر تاب‌آوری گروه آزمایش، محقق جهت رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام مطالعه، مطالب آموزش داده شده را در برنامهٔ مهارت‌های مثبت نگری، به صورت CD در اختیار خانواده‌های مبتلایان به اختلالات روانپزشکی گروه کنترل قرار داد. ضمناً در رابطه با اصل محرمانه بودن اطلاعات، به افراد توضیحات لازم داده شد و با اخذ رضایت نامهٔ کتبی آگاهانه از تمام افراد، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل: الف) خصوصیات دموگرافیک نمونه‌ها و ب) پرسشنامهٔ رضایت‌مندی از زندگی (Satisfaction With Life Scale (SWLS) جهت بررسی نمرهٔ رضایت از زندگی خانواده‌های مبتلایان به اختلالات روانپزشکی، می باشد.

الف) پرسشنامهٔ خصوصیات دموگرافیک شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، مدت ابتلای بیمارشان به اختلال روانی، می‌باشد.

ب) پرسشنامهٔ رضایت از زندگی (SWLS)، توسط Diner و همکاران (۱۹۸۵)، ساخته شد[۱۸]. این پرسشنامه، دارای ۵ ماده است که هر ماده در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۷ نمره گذاری می‌گردد. پاسخ‌های این مقیاس، در یک طیف هفت درجه ای از کاملاً راضی‌ام (۷) تا کاملاً ناراضی‌ام (۱) قرار دارد. در نهایت، فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۷ تا ۳۵ کسب کند، که نمرهٔ بالاتر، نشانهٔ رضایت از زندگی بیشتر است؛ آن‌گونه‌که کسب نمرهٔ ۵ تا ۹ به شدت ناراضی، نمرهٔ ۱۰ تا ۱۴ ناراضی، نمرهٔ ۱۵ تا ۱۹ اندکی

ناراضی، نمرهٔ ۲۰ خنثی، نمرهٔ ۲۱ تا ۲۵ اندکی ناراضی، نمرهٔ ۲۶ تا ۳۰ راضی، نمرهٔ ۳۱ تا ۳۵ به شدت راضی می‌باشد[۱۸ و ۱۹]. پایایی پرسشنامه، به روش آزمون–بازآزمون ۸۲٪ و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۸۷٪ ، به‌دست آمد. در نمونهٔ ایرانی، اعتبار مقیاس رضایت از زندگی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۳٪ و با روش بازآزمایی ۶۹٪ به دست آمده و روایی سازهٔ این پرسشنامه، با استفاده از دو پرسشنامهٔ دیگر، که مناسب بود گزارش شده است و در مطالعهٔ دیگری پایایی این پرسشنامه، با روش آزمون ۹۷٪ و با روش آلفای کرونباخ ۸۵٪، به‌دست آمده است[۲۰].

پس از جمع آوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS 22 و شاخص‌های آمار توصیفی و همچنین با استفاده از آزمون‌های آماری T، من ویتنی، کای اسکوایر و آزمون اندازه‌های تکراری، داده‌ها آنالیز شدند.

جدول ۱: خلاصهٔ جلسات آموزش مهارت‌های مثبت نگری

جلسه	عنوان/شرح جلسه/تکلیف
جلسهٔ اول	عنوان: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه. شرح جلسه: ۱- خوش آمد گویی به اعضا؛ ۲- اعضا خود را معرفی می‌کنند؛ ۳- برقراری ارتباط و تأکید بر جنبه‌های مثبت مداخله؛۴- قوانین گروه مبتنی بر محرمانه ماندن؛ ۵- احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه‌های متفاوت؛ ۶- تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم تا انتهای درمان؛ ۷- جمع بندی و خلاصه کردن مباحث به کمک خود مراجعان و گرفتن بازخورد. موضوع بحث: فقدان منابع مثبت، افسردگی را تداوم می‌بخشد. در مورد نقش غیبت یا فقدان هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا در زندگی بحث می‌شود. تکلیف: در مورد نقش اهمیت مثبت نگری در زندگی، تفکر شود.
جلسهٔ دوم	عنوان: پرورش توانمندی خاص و هیجانات مثبت. شرح جلسه: مراجعان، توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمهٔ مثبت، تعیین و موقعیت‌هایی را که این توانمندی‌های خاص، در گذشته به آن‌ها کمک کرده است را بحث می‌کنند. در مورد رشد توانمندی های خاص بحث می‌شود؛ همچنین مراجعان برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به منظور پرورش توانمندی‌های خاص، آماده می‌شوند. تکلیف: در طول هفته، مراجعان با بازیابی توانایی‌های خود در زمینه‌های مختلف و شناسایی آن‌ها در جهت پرورش توانمندی‌های خاص و هیجانات مثبت، تلاش کنند.
جلسهٔ سوم	عنوان: خاطرات خوب در برابر خاطرات بد. شرح جلسه: در مورد نقش خاطرات خوب و بد، بر حسب نقش آن‌ها در حفظ تاب‌آوری بحث می‌شود. تکلیف: تمرین تفکرات مثبت و خوش‌بینی در طول روز است؛ به‌طوری‌که در پایان هر روز، مروری بر خاطرات خوب زندگی داشته باشند و از یادآوری مجدد آن‌ها لذت ببرند.
جلسهٔ چهارم	عنوان: تفاوت خوش‌بینی و بدبینی و مثال‌های عملی از تأثیر خوش‌بینی و بدبینی. شرح جلسه: خاطرات خوب و بد، مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند و در مورد به کارگیری راهبردهای کنار آمدن مؤثر با مسایل، بحث می‌شود. تکلیف: تمرین جایگزینی خوش‌بینی، به جای بدبینی و امید داشتن برای آینده‌ای بهتر بر مبنای بخشش و قدردانی در منزل.
جلسهٔ پنجم	عنوان: خوش‌بینی و امید. شرح جلسه: مراجعان هدایت به فکر کردن دربارهٔ زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند، هنگامی که یک برنامهٔ بزرگ مضمحل می‌شود و زمانی که توسط یک شخص پذیرفته نمی‌شوند. تکلیف: از مراجعان خواسته می‌شود روی این موضوع فکر کنند، که وقتی یک در بسته می‌شود چه درهای دیگری باز می‌شود.
جلسهٔ ششم	عنوان: جمع بندی تمام مطالب. شرح جلسه: بیان خلاصه‌ای از تمام جلسات، گرفتن بازخورد، بحث درمورد تکالیف، پیشرفت مرور شده، منافع، ماندگاری توانمندی‌های خوداگاهی، آسیب پرهیزی و شیوهٔ زندگی، بحث می‌شود.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که در هر دو گروه مداخله و کنترل ۷۶/۷ ٪ نمونه‌ها را زنان و ۲۳/۳٪ نمونه‌ها را مردان، تشکیل دادند؛ همچنین میانگین سنی نمونه‌ها در گروه مداخله، برابر با ۳۸/۷٪ و در گروه کنترل برابر با ۳۷/۱ ٪، بوده است. سایر خصوصیات دموگرافیک نمونه‌ها، در جدول ۲، آورده شده است. مقایسهٔ خصوصیات دموگرافیک، حاکی از آن است که خصوصیات دموگرافیک نمونه‌ها، در هر دو گروه، تفاوت آماری معناداری نداشت (p>۰/۰۵) (جدول ۲).

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرهٔ رضایت از زندگی، قبل از مداخله در گروه مداخله ۴/۷ ± ۱۸/۲ و

در گروه کنترل ۳/۶ ± ۱۷/۶، بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنادار نشان نداد؛ (P=۰/۲۴۴) چنانچه بلافاصله بعد از مداخله، نمرهٔ میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی در گروه مداخله ۴/۷ ± ۲۵/۵ و در گروه کنترل ۳/۵ ± ۱۹/۱، بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنادار نشان داد (P<۰/۰۰۱) و یک ماه بعد از مداخلهٔ میانگین و انحراف معیار، نمرهٔ رضایت از زندگی در گروه مداخله ۳/۱ ± ۲۲/۰ و در گروه کنترل ۲/۹ ± ۱۹/۹، بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنادار نشان داد.(P=۰/۰۰۵) (جدول شمارهٔ ۲۲-۴) (جدول ۳) به علاوه، مقایسهٔ میانگین نمرات در دو گروه و در سه مدت زمانی مختلف، در جدول ۴، آورده شده است.

جدول ۲: مقایسهٔ خصوصیات جمعیت شناختی نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل

متغیّر		گروه: مداخله(۳۰نفر) تعداد (درصد)	گروه: کنترل(۳۰نفر) تعداد (درصد)	نتیجهٔ آزمون
جنس	زن	۲۳ (۷۶/۷)	۲۳ (۷۶/۷)	Chi2=۰/۰ ، df=۱ P=۱/۰۰۰
	مرد	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	
شغل	آزاد	۳ (۱۰/۰)	۴ (۱۳/۳)	Chi2=۰/۷ ، df=۴ P=۰/۹۶۲
	بازنشسته	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	
	بیکار	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	
	خانه دار	۱۱ (۳۶/۷)	۹ (۳۰/۰)	
	سایر	۸ (۲۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۶ (۵۳/۳)	۱۵ (۵۰/۰)	Chi2=۰/۱ ، df=۳ P=۱/۰۰۰
	مجرد	۹ (۳۰/۰)	۱۰ (۳۳/۳)	
	مطلقه	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	
	همسر فوت شده	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۹ (۳۰/۰)٪	۱۰ (۳۳/۳)	Z=-۰/۵ P=۰/۶۰۱
	دیپلم	۹ (۳۰/۰)	۱۰ (۳۳/۳)	
	فوق دیپلم	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
	لیسانس	۸ (۲۶/۷)	۶ (۲۰/۰)	
	شهری	۲۶ (۸۶/۷)	۲۲ (۷۳/۳)	

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرهٔ رضایت از زندگی نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

نمرهٔ رضایت از زندگی	گروه: مداخله (۳۰ نفر) انحراف معیار±میانگین	گروه: کنترل (۳۰ نفر) انحراف معیار±میانگین	نتیجهٔ آزمون بین گروهی
قبل از مداخله	۱۸/۲±۴/۷	۱۷/۶±۳/۶	Z=-۱/۲ P=۰/۲۴۴
بلافاصله بعد از مداخله	۲۵/۵±۴/۷	۱۹/۱±۳/۵	Z=-۵/۱ P<۰/۰۰۱
یک ماه بعد از مداخله	۲۲/۰±۳/۱	۱۹/۹±۲/۹	Z=-۲/۸ P=۰/۰۰۵

جدول ۴: مقایسهٔ تفاوت میانگین و انحراف معیار نمرهٔ رضایت از زندگی نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

نمرهٔ رضایت از زندگی	گروه: مداخله(۳۰ نفر) انحراف معیار±میانگین	گروه: کنترل(۳۰ نفر) انحراف معیار±میانگین	نتیجهٔ آزمون بین گروهی
تفاوت بلافاصله بعد از مداخله با قبل از مداخله	۷/۳±۵/۳	۱/۵±۵/۳	t=۴/۲ ،df =۵۸ P<۰/۰۰۱
تفاوت یک ماه بعد از مداخله با قبل از مداخله	۳/۸±۵/۸	۲/۳±۴/۸	t=۱/۱ ،df =۵۸ P=۰/۲۷۰
تفاوت یک ماه بعد از مداخله با بلافاصله بعد از مداخله	-۳/۵±۵/۴	۰/۸±۴/۹	t=-۳/۲ ،df =۵۸ P=۰/۰۰۲
نتیجهٔ آزمون درون گروهی	Chi2=۲۹/۰ ، df=۲ P<۰/۰۰۱	F=۳/۳ ،df =۲ ، ۵۸ P=۰/۰۴۵	

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمرهٔ رضایت از زندگی در گروه مداخله، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، نسبت به قبل از مداخله، افزایش داشته است؛ درحالی‌که در گروه کنترل، این افزایش مشاهده نگردید؛ چنانچه میانگین نمرهٔ کل رضایت از زندگی قبل از مداخله، در دو گروه از نظر آماری، تفاوت معناداری نداشته است؛ اما بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، میانگین نمرهٔ رضایت از زندگی در گروه مداخله، به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود؛ همچنین بررسی اندازه‌های تکراری نشان داد که نمرهٔ کل رضایت از زندگی، در گروه مداخله در ۳ مدت زمان، تفاوت معنادار آماری دارند؛ اما این میزان در گروه کنترل، معنادار نبود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلهٔ مثبت‌نگری توانسته است، باعث افزایش رضایت از زندگی، در نمونه‌های مورد پژوهش گردد. رضایت از زندگی، یک فرآیند داوری است که افراد، کیفیت زندگی خود را براساس ملاک‌های منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند. رضایت از زندگی، یک صفت پایدار و عینی نیست؛ بلکه به تغییرات موقعیتی، حساس بوده و براساس برداشت و دیدگاه خود افراد در نظر گرفته می‌شود[۲۱]؛ همچنین بیانگر نگرش مثبت فرد، نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند و در واقع همان احساس خشنودی است که در پی دستیابی به آن زمانی نه چندان کوتاه، سپری می‌کند[۱۱]؛ بنابراین کمک به افزایش رضایت از زندگی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روان، بسیار حائز اهمیت است؛ بدین منظور، یکی از مداخلات روانشناختی که اخیراً به آن توجه شده است، روانشناسی مثبت‌نگر می‌باشد.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر، می‌توان گفت رضایت از زندگی، بعد شناختی بهزیستی روانی را تشکیل می‌دهد. زمانی که ارزیابی فرد، از مجموع زندگی‌اش مثبت باشد، نشان‌دهندهٔ آن است که او از زندگی خود راضی است و این فکر، باعث پیدا شدن هیجانات مثبت در فرد می‌شود؛ پس رویکرد درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری، علاوه بر تأکید بر روی کاهش افکار و هیجانات منفی، به امور مثبت و بهزیستی روانی نیز توجه دارد. مداخلات مثبت‌نگری نیز به افراد کمک می‌کنند تا مهارت‌هایی را بیاموزند، که خُلق و خوی آن‌ها را بهبود بخشیده و شخصیت آن‌ها را بازسازماندهی کند و بدین طریق، سطح رضایت از زندگی را در آنان افزایش دهد[۲۰]. در این راستا از جمله تأثیرات مداخلات مثبت‌نگری می‌توان، به کاهش نشانه‌های روانشناختی همچون افسردگی در افراد افسرده [۲۲] و ایجاد معنا و رضایت از زندگی در سالمندان اشاره کرد[۲۳]. به علاوه، مثبت‌نگری به عنوان سازهٔ شخصیتی مؤثر، در بهزیستی افراد نقش داشته و با همراهی مفاهیم معنوی، تأثیر بیشتری می‌یابد. در واقع، جهت‌گیری خوش‌بینانه به آینده، موجب می‌شود که افراد، موقعیت‌های پرتنش را با دیدی مثبت ارزیابی کنند. به همین دلیل، خوش‌بینی با رضایت از زندگی، رابطهٔ مثبت و معناداری دارد؛ البته منظور از مثبت‌نگری، نوعی تفکر سطحی نیست؛ بلکه افراد خوش‌بین، همیشه نقشه‌هایی برای فعالیت‌های خود طراحی کرده و طبق آن عمل می‌کنند، که این خود موجب می‌شود تا در حل مسائل و مشکلات زندگی، موفق‌تر عمل کنند و حالت انفعالی به خود نگیرند[۲۴].

در این راستا، پژوهشی که توسط Dockray و Steptoe (۲۰۱۰)، انجام شده است دریافتند، که مؤلفه‌های رویکرد مثبت‌نگر، در کاهش اضطراب ، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، امیدواری و شادکامی افراد اثربخش بوده است[۲۵]؛ همچنین پژوهش‌های موجود در زمینهٔ مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر، نشان دهندهٔ تأثیر این مداخلات، بر افزایش رضایت‌مندی از زندگی در افراد است. بدین ترتیب، که این مداخلات به افراد کمک می‌کنند تا مهارت‌هایی را بیاموزند، که خُلق آن‌ها را بهبود بخشد و شخصیت آن‌ها را بازسازماندهی کند و بدین طریق سطح رضایت از زندگی را در آنان افزایش دهد[۱۲]. Schrank و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی عنوان کردند که آموزش‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر، باعث افزایش بهزیستی، سلامتی روانشناختی، کاهش علایم و نشانه‌های پریشانی و افسردگی، در افراد می‌شود[۲۶]؛ همچنین آقاجانی و همکاران (۱۳۹۶)، در مطالعه‌ای با بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری اسلامی، بر احساس خشم و رضایت از زندگی مادران کودکان با نیازهای ویژه، گزارش کردند که میزان احساس خشم و رضایت از زندگی مادران، در مرحلهٔ قبل و بعد از مداخله، بین گروه مداخله و گروه کنترل، اختلاف معناداری دارد[۲۷]؛ بنابراین با توجه به ثمربخش بودن آموزش مثبت‌نگری بر کاهش احساس خشم و افزایش رضایت از زندگی، آموزش این منابع در راستای مقابله با فشار روانی خانواده‌ها پیشنهاد می‌گردد. این در حالی است که مقصودلو و عموپور (۱۳۹۵)، در مطالعه‌ای که بر روی اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر تاب‌آوری و رضایت از زندگی زنان مطلقهٔ سرپرست خانوار زیر حمایت بهزیستی انجام شده است، نشان دادند که آموزش مثبت‌اندیشی، بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار، تأثیر مثبت معنادار داشته است؛ ولی بر رضایت از زندگی آن‌ها تأثیر معناداری ندارد[۲۸] که دلیل این ناهماهنگی می‌تواند، به علت متفاوت بودن نمونه‌های مورد پژوهش باشد. در تحقیق مقصودلو و عموپور (۱۳۹۵)، جامعهٔ مورد مطالعه، زنان مطلقهٔ سرپرست خانوار زیر حمایت بهزیستی بود و این در حالی است که جامعهٔ مورد بررسی پژوهش حاضر، خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روان بستری در بیمارستان، را تشکیل می‌دادند.

بنابراین به طور کلی در تبیین نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت توجه به ویژگی‌ها و جنبه‌های مثبت رفتارها، به جای تمرکز بر نقاط ضعف و جنبه‌های منفی رفتار، حائز اهمیت است. وقتی فرد، ارزیابی مثبتی از خود، دیگران و زندگی داشته باشند، احساس ارزشمندی بیشتری می‌کند. برای اینکه آن‌ها به چنین دیدگاهی برسند بایستی از خصوصیات مثبت، توانایی‌ها، زیبایی‌ها و استعدادهای خاص خود آگاه شده و به آن‌ها احترام بگذارند و از داشتن این ویژگی‌ها احساس رضایت کنند[۲۹]. بر این اساس، به نظر می‌رسد که آموزش مهارت های مثبت نگری با تمرکز بر ارتقای این توانمندی‌ها و خصوصیات، در نهایت باعث افزیش رضایت از زندگی در خانواده‌های داری بیمار مبتلا به اختلال روانی، گردیده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از بررسی مداخلات مثبت‌نگر، بر مراقبت‌کنندگان مبتلا به اختلالات روانپزشکی، نشان داد که میانگین نمرهٔ رضایت از زندگی در گروه مداخله، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است؛ اما در گروه کنترل، این افزایش مشاهده نشد. نتایج این پژوهش حاکی از این است که بین مثبت نگری و رضایت از زندگی، در میان مراقبت‌کنندگان مبتلا به اختلالات روانپزشکی، همبستگی مثبت وجود دارد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان، چنین استنباط کرد که آموزش مثبت نگری، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران، زندگی و نیز افزایش امیدواری، می‌تواند کمک کننده باشد؛ همچنین آموزش مهارت خوش‌بینی و مثبت‌نگری، فرد را تشویق می‌کند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را تشخیص داده و نقش آن‌ها را در افزایش و ارتقای امیدواری خود و دیگران، مشخص کند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.068 ، در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مورد تأیید قرار گرفت؛ به‌طوری‌که مجوز رسمی از دانشکدهٔ پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیمارستان‌ها، برای نمونه گیری و مطالعه اخذ گردید؛ درحالی‌که هدف و روش تحقیق، برای شرکت کنندگان تشریح شد و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، از همهٔ آن‌ها دریافت گردید.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجراشدن آن صرفاً بر روی مراقب‌کنندگان مبتلا به اختلالات روانپزشکی، بود؛ بنابراین در تعمیم آن به نمونه‌های دیگر باید دقت گردد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، که در پژوهش‌های آتی، این رویکرد در جوامع مختلف و به شیوه‌های دیگری نیز مورد مطالعه قرار گیرد.

References:

1- Tamizi Z, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Mohammadi-Shahboulaghi F, Mohammadi E, and Bakhshi E. Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. Journal of education and health promotion 2020; 9: 12.
2- Velligan DI, Brain C, Bouérat Duvold L, and Agid O. Caregiver burdens associated with treatment-resistant schizophrenia: a quantitative caregiver survey of experiences, attitudes, and perceptions. Frontiers in psychiatry 2019; 10: 584.
3- Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. Iranian journal of nursing and midwifery research 2018 Sep-Oct;23(5):329-337.
4- Noorbala AA, Namani F, Yahyavi DJ, Anvari S, Mahmood Pour Azari M. Burden of Mental Disorders: A Study of the Middle East Countries for the Period 2000-2017. Journal of Medical Council of I.R.I 2020;38(1):19-26.
5- Khosravi F, Fereidooni-Moghadam M, Mehrabi T, Moosavizade SR. The Effect of a Spirituality-Based Program on Stress, Anxiety, and Depression of Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran. J Relig Health 2022 Feb; 61(1):93-108.
6- Li Y, Wang K, Yin Y, Li Y, and Li S. Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. International journal of nursing studies 2018; 88:79-84.
7- Lolaty HA, Ramezani A, Bastani F, Haghani H. Family caregivers burden and its related factors among iranian elderly psychiatric patients' caregivers. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018; 12 (2):
8- Shamsaei F, Cheraghi F, and Esmaeilli R. The family challenge of caring for the chronically mentally ill: A phenomenological study. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences 2015; 9:34-40.
9- Ntsayagae EI, Poggenpoel M, and Myburgh C. Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: A meta-synthesis. Curationis 2019; 42(1): e1-e9.
10- Delahaij R, Gaillard AW, and van Dam K. Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. Personality and Individual Differences 2010; 49(5): 386-390.

11- Rashid T, Seligman M. Positive psychotherapy: A treatment manual. Research and Therapy 2014; 49 (1): 855-91.
12- Cohn MA, and Fredrickson BL. In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. The journal of positive psychology 2010; 5(5): 355-366.
13- Kirmani MN, Sharma P, Anas M, Sanam R. Hope, resilience and subjective well-being among college going adolescent girls. International Journal of Humanities & Social Science Studies 2015: 2 (1): 262-270.
14- Stewart ME, Watson R, Clark A, Ebmeier KP, and Deary IJ. A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. Personality and Individual Differences 2010; 48: 845-848.
15- Glynn SM, Cohen AN, Niv N. New challenges in family interventions for schizophrenia. Expert review of neurotherapeutics 2017; 7(2):33-43.
16- Alyafei AH, Alqunaibet T, Mansour H, Ali A, Billings J. The experiences of family caregivers of people with severe mental illness in the Middle East: A systematic review and meta-synthesis of qualitative data. PLoS One. 2021 Jul 9;16(7):e0254351.
17- Cheng WL, Chang CC, Griffiths MD, Yen CF, Liu JH, Su JA, Lin CY, Pakpour AH. Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. BMC Psychiatry 2022 Oct 31;22(1):672.
18- Diener ED, Emmons R, Larsen R, and Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment 1985; 1: 71-75.
19- Ghayour Baghbani A, Azadi M, Talebian Sharif J. 'The Effectiveness of Islamic Dignity Therapy on Life Satisfaction and Depression of Patients with Depression', Journal of Isfahan Medical School 2023; 41(731): 674-681.
20- Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooki Z, Tagharrobi L. Psychometric Evaluation of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in the Students of Kashan Nursing & Midwifery Faculty, Kashan, Iran, Qom University of Medical Sciences Journal 2012; 6(1); 89-98.
21- Sujoodi A, Masoomi Rad R, Avardide S, Abdi F. Examining social factors affecting life satisfaction (case study students Payame Noor University unit of the shaft). Rooyesh 2015; 4 (3):19-30
22- Khodabakhsh R, Khosravi Z, Zarrinpour N. Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. Positive Psychology Research 2015;1(1 (1):35-49.
23- Farnam A. The effect of positive thinking training in enhancement of quality and hope of life among the elderly. Positive Psychology Research 2016; 2 (5):75-87.
24- Sheikhi M, Ali HH, Ahadi H, Sepah Mansour M. Psychometric Properties Of Satisfaction With Life Scale. Journal Of Thought & Behavior In Clinical Psychology 2011; 5(19):15-26.
25- Dockray S, Steptoe A. Positive affect and psychobiological processes. Neuroscience & Biology-Behavioral Reviews 2010; 35 (1): 69-75.
26- Schrank B, Riches S, Coggins T, Rashid T, Tylee A, Slade M. Wellfocus PPT - modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled trial. Trials 2014;15: 203.
27- Aghajani MJ, Hosain Khanzadeh A, Akbari B, Mirarzgar MS. The effect of the Islamic Positive Thinking Training on Anger Management and Life Satisfaction in Mothers of Exceptional children. Middle Eastern Journal Of Disability Studies 2017; 7 (13) :32-32
28- Maghsoodloo F, Amoopour M. 'Effectiveness of positive thinking training on resilience and life satisfaction in divorced women heading households supported by Welfare Organization in district 5 of Tehran', Journal of Fundamentals of Mental Health 2017; 19 (special issue): 337-343.
29- Dastgheyb SM, Alizadeh H, Farrokhi N. The effect of positive thinking skills training on the creativity of high school freshman female students. Innovation and creativity in humanities 2012; 1(4): 1-17.

Original Article

The effect of teaching positivity skills on life satisfaction of families with patients with mental disorders

Mahdye Hadian[1], Malek Fereidooni-Moghadam*[2], Jahangir Maghsoodi[1]

Received: 2024/1/21 Revised: 2024/04/09 Accepted: 2024/04/13

1.M.Sc in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Community Based Psychiatric Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.12, No.3&4, Fall & Winter 2023

J Educ Ethics Nurs 2023;12(3&4):31-39

Abstract:

Introduction:
Mental disorders are one of the most important health problems that have imposed a high pressure on the family caregivers of these patients, which ultimately affects their life satisfaction. One of the interventions, in order to improve the level of satisfaction with life, is positive psychology. The present study was conducted with the aim of investigating the effect of teaching positivity skills on the life satisfaction of families with patients with mental disorders.

Methods & Materials:
The current research is of quasi-experimental type, which was conducted on the families of patients with psychiatric disorders admitted to medical centers in Isfahan city (2019). The participants were 60 people from the families of patients with psychiatric disorders, who were selected by easy sampling method and then by simple random allocation method, they were placed in two intervention groups (30 people) and control group (30 people); As the intervention group had 6 sessions under the title of positivity training, they were in this area. The data collection tool was a two-part questionnaire that included demographic characteristics and life satisfaction (SWLS), and data analysis was done in SPSS 22 software.

Results:
The average score of life satisfaction increased in the intervention group immediately and one month after the intervention compared to before the intervention ($P<0.001$), but this increase was not observed in the control group ($P>0.05$).

Conclusion:
The results of this research indicate the effect of teaching positivity skills on life satisfaction among family members of patients with mental disorders; So that teaching positivity skills is recommended as a simple method to increase the life satisfaction of this group of patients.

Keywords: Positivity, Education, Life Satisfaction, Mental Disorders

* Corresponding author Email: fereidooni_moghadam@yahoo.com