

The Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Loneliness and Self-Care Behaviors among Older Adults

1. Leila Rahimi[✉]: Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Amir Panahali^{✉*}: Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

3. Alireza Agdamibaher[✉]: Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

4. Masoumeh Azemoudeh[✉]: Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

*Corresponding Author's Email Address: Panahali@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: This study aimed to determine the effectiveness of solution-focused therapy in reducing loneliness and improving self-care behaviors among older beneficiaries of the Imam Khomeini Relief Committee in Tabriz.

Methods and Materials: This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all older beneficiaries covered by the Imam Khomeini Relief Committee in Tabriz during 2024–2025. Sixty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The experimental group received eight weekly two-hour group sessions of solution-focused therapy, whereas the control group received no intervention. Data were collected using the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults developed by DiTommaso et al. and the Standardized Elderly Self-Care Questionnaire developed by Younesi Boroujeni et al. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS version 21.

Findings: After controlling for pretest scores, solution-focused therapy produced a significant multivariate effect on the dimensions of loneliness ($F=17.23$, $p<0.001$, $\eta^2=0.590$). Significant intervention effects were observed for social loneliness ($F=44.37$, $p<0.001$, $\eta^2=0.539$) and family loneliness ($F=7.26$, $p=0.010$, $\eta^2=0.161$), whereas the effect on emotional loneliness was not statistically significant ($F=3.91$, $p=0.055$). A significant multivariate effect was also found for self-care behaviors ($F=14.162$, $p<0.001$, $\eta^2=0.618$). Solution-focused therapy significantly improved spiritual self-care ($F=11.97$, $p=0.001$), social self-care ($F=25.15$, $p<0.001$), physical self-care ($F=12.99$, $p=0.001$), and self-care during illness ($F=20.16$, $p<0.001$).

Conclusion: By emphasizing personal strengths, available resources, positive exceptions, and attainable goals, solution-focused therapy can reduce the social and family dimensions of loneliness and improve all dimensions of self-care among older adults. Its application as a brief and practical intervention in counseling, healthcare, and social support centers for older adults is therefore recommended.

Keywords: Solution-focused therapy, loneliness, self-care behaviors, older adults, Imam Khomeini Relief Committee.

How to Cite: Rahimi, L., Panahali, A., Agdamibaher, A., & Azemoudeh, M. (2027). The Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Loneliness and Self-Care Behaviors among Older Adults. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 4(2), 1-21.

Received: 18 April 2026
Revised: 19 July 2026
Accepted: 24 July 2026
Initial Publish: 26 July 2026
Final Publish: 22 June 2027



Copyright: © 2027 by the authors.
Published under the terms and
conditions of Creative Commons
Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0) License.

اثربخشی درمان راه حل محور بر احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی سالمندان

۱. لیلا رحیمی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. امیر پناه علی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. علیرضا اقدمی باهر^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۴. معصومه آزموده^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: Panahali@iau.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان راه حل محور بر احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی مددجویان سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تبریز انجام شد. **مواد و روش:** این پژوهش کاربردی با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مددجویان سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنان ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۳۰ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی دوساعته، درمان راه حل محور را به صورت گروهی دریافت کرد، درحالی که گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه احساس تنهایی دی تاماسو و همکاران و پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی سالمندان یونسی بروجنی و همکاران بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته ها: پس از کنترل نمرات پیش آزمون، درمان راه حل محور بر مؤلفه های احساس تنهایی اثر چندمتغیره معناداری داشت ($F=17.23, p<0.001, \eta^2=0.590$). اثر مداخله بر تنهایی اجتماعی ($F=44.37, p<0.001, \eta^2=0.539$) و تنهایی خانوادگی ($F=7.26, p=0.010, \eta^2=0.161$) معنادار بود، اما اثر آن بر تنهایی عاطفی معنادار نبود ($p=0.055, F=3.91$). همچنین، اثر چندمتغیره درمان بر رفتارهای خودمراقبتی معنادار بود ($F=14.62, p<0.001, \eta^2=0.618$). مداخله موجب بهبود معنادار خودمراقبتی معنوی ($F=11.97, p=0.001$)، اجتماعی ($F=25.15, p<0.001$)، جسمی ($F=12.99, p=0.001$) و خودمراقبتی هنگام بیماری ($F=20.16, p<0.001$) شد.

نتیجه گیری: درمان راه حل محور با تمرکز بر توانمندی ها، منابع فردی، استندهای مثبت و اهداف قابل دستیابی، می تواند در کاهش ابعاد اجتماعی و خانوادگی احساس تنهایی و ارتقای تمامی ابعاد رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مؤثر باشد؛ بنابراین، استفاده از این مداخله کوتاه مدت در مراکز مشاوره، بهداشتی و حمایتی سالمندان توصیه می شود.

کلیدواژگان: درمان راه حل محور، احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی، سالمندان، کمیته امداد امام خمینی.

نحوه استناددهی: رحیمی، لیلا، پناه علی، امیر، اقدمی باهر، علیرضا، و آزموده، معصومه. (۱۴۰۶). اثربخشی درمان راه حل محور بر احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی سالمندان. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۴(۲)، ۱-۲۱.



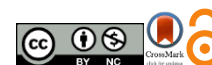
تاریخ دریافت: ۲۹ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۲۸ تیر ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۲ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ اولیه: ۴ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ نهایی: ۱ تیر ۱۴۰۶



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Population aging has become a major demographic and public health issue, creating increasing demands for psychological, social, and healthcare services tailored to older adults. Aging is accompanied not only by biological changes, but also by transformations in family roles, social participation, economic status, interpersonal relationships, and perceived independence. Retirement, chronic illness, reduced mobility, bereavement, the death of close friends or spouses, and the migration or separation of family members may reduce older adults' access to meaningful social interactions. These challenges may be particularly pronounced among economically disadvantaged older adults who receive support from social welfare organizations. Social and cultural conditions, the availability of social support, and the quality of family relationships are important determinants of older adults' quality of life and psychological adjustment (Kakavand, 2016). One of the most prominent psychological consequences of weakened interpersonal networks in later life is loneliness. Loneliness is a subjective and distressing experience arising from a discrepancy between the social and emotional relationships individuals desire and those they actually perceive themselves to have. It therefore differs from objective social isolation, because an older adult may live with others and nevertheless experience an absence of intimacy, emotional understanding, or meaningful belonging. Loneliness has been described as an expanding health and social problem with substantial implications for individual well-being (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Evidence from Iran indicates that loneliness is common among older adults and is influenced by a combination of personal, familial, economic, and social factors (Bahrevar et al., 2023). Increased loneliness may undermine psychological health, reduce motivation for social participation, and reinforce withdrawal from family and community relationships. A cross-sectional study of older adults receiving health services also

demonstrated that loneliness was associated with poorer mental health, highlighting the need for preventive and therapeutic interventions (Aghajani et al., 2024). Loneliness may include emotional, social, and family dimensions. Emotional loneliness reflects the perceived absence of an intimate and dependable relationship, whereas social loneliness concerns limited participation in a broader interpersonal network, and family loneliness reflects insufficient closeness or support within family relationships. The experience of loneliness is also associated with emotional expression, hope, coping resources, and behavioral adjustment (Golij et al., 2025). Appropriate coping strategies and adaptive patterns may reduce loneliness and strengthen meaning in life among institutionalized and community-dwelling older adults (Jannesari et al., 2025). In addition to loneliness, self-care behavior is a central determinant of health and functional independence during old age. Self-care encompasses the decisions and actions individuals undertake to maintain health, prevent complications, manage symptoms, follow treatment recommendations, and respond appropriately to illness. It includes physical, social, spiritual, and illness-related behaviors and requires knowledge, motivation, perceived control, and continued engagement. The development of standardized self-care measures reflects the importance of this construct in chronic disease management and health education (Durante et al., 2021). Self-efficacy is particularly important because individuals who believe they can influence their health are more likely to adhere to medication, nutrition, exercise, symptom monitoring, and other self-care behaviors (D'Souza et al., 2017). Evidence has shown that self-care training can improve self-care behaviors, quality of life, and health-related outcomes among older adults with inadequate self-care practices (Esmaeili Shad, 2020). Awareness-based interventions aimed at enhancing self-care skills may also strengthen general self-efficacy and reduce risky behavior in vulnerable populations (Abbasi & Abbasi, 2025). Spiritual and social

dimensions of self-care are equally important, because daily spiritual experiences, hope, and meaningful relationships may contribute to happiness and psychological well-being in old age (Sharifi & Abbasi, 2019). Spiritual psychotherapy has also been found to improve meaning in life and reduce loneliness among older adults (Pouretamad et al., 2021). Solution-focused therapy is a brief, strengths-based intervention that emphasizes existing resources, successful exceptions to problems, preferred futures, attainable goals, and small behavioral changes. Instead of extensively analyzing the origins of difficulties, this approach helps clients identify what is already working and how effective behaviors can be repeated and expanded. Its techniques include exception questions, scaling questions, future-oriented questions, goal clarification, positive feedback, and the construction of practical solutions. Previous findings have shown that solution-focused brief therapy can improve adjustment and reduce psychological loneliness (Sattari & Zarnaghsh, 2018). It has also been effective in reducing loneliness and death anxiety among older women experiencing fear related to COVID-19 (Esmaeilpour et al., 2022). A randomized controlled trial further demonstrated that solution-focused brief therapy improved self-care and mental health among older adults at risk of coronary heart disease (Dong et al., 2024). Other structured psychological interventions have similarly shown that psychological resources and health-related outcomes can be modified in vulnerable populations (Ahmadi et al., 2020; Zare Khofri, 2021). Accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of solution-focused therapy on loneliness and self-care behaviors among older beneficiaries of the Imam Khomeini Relief Committee in Tabriz.

Methods and Materials

This applied study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of all older beneficiaries covered by the Imam Khomeini Relief Committee in Tabriz during the Iranian year 1403. A total of

60 eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The inclusion criteria were having at least a high-school diploma, willingness and informed consent to participate, absence of severe psychiatric disorders, absence of substance dependence or abuse, absence of severe and chronic physical illnesses, and no concurrent participation in other psychological treatments. Withdrawal from the study, absence from more than two consecutive intervention sessions, or failure to complete the assigned activities were considered exclusion criteria. Before the intervention, participants in both groups completed the study instruments as a pretest. Loneliness was assessed using the DiTommaso Loneliness Questionnaire, which measures emotional, social, and family loneliness using a five-point Likert response format. Self-care was measured using the 29-item Standardized Elderly Self-Care Questionnaire, which assesses spiritual self-care, social self-care, physical self-care, and self-care during illness on a six-point Likert scale. The experimental group received solution-focused therapy in eight weekly group sessions, each lasting approximately two hours, while the control group received no psychological intervention during the study period. The intervention included establishing group rapport and confidentiality, introducing the main principles of solution-focused therapy, clarifying participants' highest hopes and preferred goals, identifying positive changes and successful exceptions, recognizing and expanding personal and interpersonal resources, using scaling questions to assess progress, constructing a preferred relational future, strengthening hope and coping capacities, and reviewing achievements and strategies for maintaining change. At the end of the eighth session, both groups completed the same instruments as a posttest. Data were analyzed using SPSS version 21. Means and standard deviations were calculated for descriptive purposes. Before inferential analysis, normality, homogeneity of variances, equality of covariance matrices, and homogeneity of regression slopes were

examined. Multivariate analysis of covariance was then used to evaluate the effects of group membership on the posttest dimensions of loneliness and self-care behaviors while controlling for corresponding pretest scores. Univariate follow-up analyses were conducted for each dimension, and partial eta squared was reported as the index of effect size.

Findings

Descriptive results indicated that the mean loneliness score in the experimental group decreased from 49.50 at pretest to 40.25 at posttest, whereas the mean score in the control group increased from 47.45 to 49.70. The mean self-care behavior score in the experimental group increased from 59.10 at pretest to 86.45 at posttest. In the control group, the mean self-care score increased from 58.35 to 66.95, although the magnitude of change was substantially smaller than that observed in the experimental group. The assumptions required for multivariate analysis of covariance were satisfied. Shapiro-Wilk tests indicated that the distributions of pretest and posttest scores were normal. Levene's tests were nonsignificant for loneliness, $F=0.291$, $p=0.749$, and self-care behaviors, $F=0.934$, $p=0.399$, supporting the homogeneity of error variances. Box's M tests were also nonsignificant for the loneliness and self-care dimensions, indicating equality of variance-covariance matrices. The interaction between group and pretest score was nonsignificant for loneliness, $F=0.046$, $p=0.955$, and self-care behaviors, $F=0.25$, $p=0.777$, confirming the homogeneity of regression slopes. After controlling for pretest scores, solution-focused therapy had a statistically significant multivariate effect on the combined dimensions of loneliness, Pillai's trace=0.590, $F(3,36)=17.23$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.590$. Univariate analyses showed a significant effect on social loneliness, $F=44.37$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.539$, and family loneliness, $F=7.26$, $p=0.010$, partial $\eta^2=0.161$. However, the effect on emotional loneliness did not reach statistical significance, $F=3.91$, $p=0.055$, partial $\eta^2=0.093$. Solution-focused therapy also produced a significant multivariate effect on the combined dimensions of self-care behavior, Pillai's trace=0.618, $F(4,35)=14.162$,

$p<0.001$, partial $\eta^2=0.618$. The intervention significantly improved spiritual self-care, $F=11.97$, $p=0.001$, partial $\eta^2=0.240$; social self-care, $F=25.15$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.398$; physical self-care, $F=12.99$, $p=0.001$, partial $\eta^2=0.255$; and self-care during illness, $F=20.16$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.347$. Among the loneliness dimensions, the largest effect was observed for social loneliness, while social self-care showed the largest effect among the self-care dimensions.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that solution-focused therapy was effective in reducing the social and family dimensions of loneliness and improving all assessed dimensions of self-care among older adults receiving welfare support. The large multivariate effect on loneliness suggests that a strengths-based and future-oriented intervention can modify older adults' perceptions of social connectedness and family support. The reduction in social loneliness may be explained by the group format of the intervention and by therapeutic techniques that encouraged participants to identify available relationships, recognize successful social interactions, and translate broad goals into small and feasible interpersonal actions. Scaling questions and the identification of exceptions may have enabled participants to observe that loneliness was not constant and that they retained some capacity to improve their social circumstances. The significant reduction in family loneliness may similarly reflect changes in communication, expectations, and the participants' willingness to initiate contact or respond differently to family members. The nonsignificant effect on emotional loneliness indicates that the absence of a deeply intimate relationship may be more resistant to brief intervention. Emotional loneliness may be connected to bereavement, loss of a spouse, attachment-related needs, or the lack of a trusted confidant, and these experiences may require longer treatment or complementary interventions focused on grief, attachment, or emotional processing. The significant improvement in self-care behaviors indicates that solution-focused therapy can produce behavioral as well as

psychological change. By focusing on personal resources and previous successes, the intervention may have increased perceived competence and responsibility for health. Breaking broad health goals into manageable steps may also have made behaviors such as medication adherence, physical activity, symptom monitoring, social participation, and seeking medical care more attainable. Improvements in social self-care were particularly pronounced, suggesting that enhanced interpersonal engagement may simultaneously reduce loneliness and strengthen access to practical and emotional support. Improvements in spiritual

self-care may have resulted from increased hope, attention to personal values, and the construction of a meaningful preferred future. Overall, solution-focused therapy appears to be a brief, practical, and potentially cost-effective intervention for improving psychosocial and health-related outcomes among economically vulnerable older adults. Its incorporation into counseling, social work, and community health services may help reduce social and family loneliness while strengthening older adults' active participation in maintaining their physical, social, spiritual, and illness-related well-being.

مقدمه

افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی جوامع معاصر است که پیامدهای گسترده‌ای برای نظام‌های سلامت، رفاه اجتماعی، خانواده و سیاست‌گذاری عمومی به همراه دارد. سالمندی صرفاً یک فرایند زیستی نیست، بلکه مرحله‌ای چندبعدی از زندگی است که با تغییر در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی، کاهش ظرفیت‌های جسمانی، بازنشستگی، از دست دادن برخی نزدیکان، محدود شدن منابع اقتصادی و افزایش نیاز به حمایت‌های رسمی و غیررسمی همراه می‌شود. این تغییرات ممکن است استقلال فردی، کیفیت روابط بین‌فردی و احساس کنترل سالمند بر زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار دهند. وضعیت سالمندانی که از حمایت نهادهای رفاهی و اجتماعی استفاده می‌کنند، از این نظر اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی می‌تواند آنان را در معرض آسیب‌پذیری مضاعف قرار دهد. شواهد مربوط به عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان نشان می‌دهد که برخورداری از حمایت اجتماعی، احساس تعلق، روابط خانوادگی و فرصت مشارکت اجتماعی از عوامل بنیادی در حفظ بهزیستی این گروه محسوب می‌شوند و ضعف در این منابع می‌تواند زمینه کاهش کیفیت زندگی را فراهم سازد (Kakavand, 2016).

تحولات ساختار خانواده، گسترش زندگی شهری، مهاجرت فرزندان، کاهش خانواده‌های گسترده، تغییر سبک ارتباطات میان‌نسلی و محدود شدن حضور سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی، ممکن است شبکه‌های حمایتی آنان را تضعیف کند. در گذشته، بسیاری از سالمندان در چارچوب خانواده گسترده از نقش تصمیم‌گیری، جایگاه عاطفی و تعامل روزانه بیشتری برخوردار بودند؛ اما در شرایط جدید، فاصله مکانی یا عاطفی میان اعضای خانواده می‌تواند میزان ارتباط سالمند با دیگران را کاهش دهد. در این میان، بازنشستگی یا کاهش توانایی انجام مسئولیت‌های پیشین نیز ممکن است

احساس مفید بودن و تعلق اجتماعی را تضعیف کند. هنگامی که سالمند فرصت کافی برای گفت‌وگو، دریافت حمایت عاطفی، مشارکت در تصمیم‌های خانوادگی یا حضور در گروه‌های اجتماعی نداشته باشد، احتمال تجربه انزوای اجتماعی و احساس تنهایی افزایش می‌یابد. از این رو، حمایت اجتماعی را نمی‌توان صرفاً به حضور فیزیکی دیگران محدود کرد، بلکه کیفیت رابطه، احساس درک شدن و اطمینان از دسترس‌پذیری منابع حمایتی نیز در تجربه روان‌شناختی سالمند نقش اساسی دارد.

احساس تنهایی یکی از مسائل مهم سلامت روان در دوره سالمندی است و زمانی ایجاد می‌شود که میان روابط اجتماعی مطلوب فرد و روابطی که عملاً تجربه می‌کند، فاصله‌ای معنادار وجود داشته باشد. ممکن است سالمند در کنار اعضای خانواده یا در محیطی جمعی زندگی کند، اما به دلیل فقدان صمیمیت، درک متقابل یا ارتباط عاطفی رضایت‌بخش، همچنان خود را تنها احساس کند. بنابراین، احساس تنهایی با تنهایی عینی یا صرفاً تنها زندگی کردن یکسان نیست و بیشتر به ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت و کفایت روابطش مربوط می‌شود. کاتچیوپو و کاتچیوپو احساس تنهایی را مسئله‌ای رو به گسترش معرفی کرده‌اند که می‌تواند پیامدهای مهمی برای سلامت و سازگاری افراد داشته باشد (Cacioppo & Cacioppo, 2018). این پدیده در دوره سالمندی اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا کاهش تعداد روابط، از دست دادن همسر یا دوستان، بیماری‌های جسمانی و محدودیت حرکتی می‌توانند فرصت ایجاد یا حفظ ارتباطات رضایت‌بخش را کاهش دهند.

احساس تنهایی در سالمندان ممکن است در ابعاد متفاوتی تجربه شود. تنهایی عاطفی معمولاً به فقدان رابطه‌ای عمیق، صمیمانه و قابل اعتماد اشاره دارد؛ تنهایی خانوادگی زمانی شکل می‌گیرد که سالمند حمایت و نزدیکی کافی را در روابط خویشاوندی تجربه نکند؛ و تنهایی اجتماعی نیز به محدودیت در شبکه روابط، مشارکت گروهی و احساس تعلق به اجتماع

مربوط می‌شود. مرور نظام‌مند شواهد مربوط به سالمندان ایرانی نشان داده است که احساس تنهایی در این جمعیت پدیده‌ای قابل توجه است و تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی قرار دارد (Bahrevar et al., 2023). اهمیت این مسئله زمانی بیشتر می‌شود که سالمندان با محدودیت‌های اقتصادی، بیماری، کاهش دسترسی به خدمات اجتماعی یا حمایت ناکافی خانواده نیز مواجه باشند. در چنین شرایطی، احساس تنهایی می‌تواند از یک تجربه گذرا فراتر رود و به الگویی نسبتاً پایدار از کناره‌گیری، ناامیدی و کاهش مشارکت در زندگی روزمره تبدیل شود.

پیامدهای احساس تنهایی تنها به ناراحتی عاطفی محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند سلامت روانی، کیفیت زندگی، انگیزش و عملکرد اجتماعی سالمندان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش انجام‌شده درباره سالمندان تحت پوشش یکی از مراکز بهداشتی تهران نشان داد که احساس تنهایی با وضعیت سلامت روان آنان ارتباط دارد و افزایش این احساس می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی بیشتری همراه باشد (Aghajani et al., 2024). سالمندی که خود را فاقد رابطه معنادار یا حمایت مؤثر می‌داند، ممکن است انگیزه کمتری برای مشارکت اجتماعی، پیگیری درمان، حفظ فعالیت بدنی یا انجام امور روزمره داشته باشد. همچنین، تمرکز مداوم بر فقدان‌ها و محدودیت‌ها می‌تواند زمینه شکل‌گیری افکار منفی درباره خود، آینده و روابط را فراهم کند. در چنین وضعیتی، سالمند ممکن است به تدریج از موقعیت‌های اجتماعی کناره‌گیری کند؛ فرایندی که خود به کاهش بیشتر ارتباطات و تشدید احساس تنهایی منجر می‌شود.

احساس تنهایی همچنین با متغیرهایی مانند امید، ابرازگری هیجانی، سازگاری و توانایی مقابله با فشارهای زندگی ارتباط دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که تنهایی می‌تواند در کنار ضعف در ابراز هیجان و کاهش امید به زندگی، با الگوهای رفتاری ناسازگارانه ارتباط داشته باشد (Golij et al.,

2025). هرچند این یافته در جمعیت دانشجویی گزارش شده است، از منظر مفهومی نشان می‌دهد که احساس تنهایی می‌تواند بخشی از شبکه‌ای گسترده‌تر از مشکلات هیجانی و بین‌فردی باشد. در سالمندان نیز ناتوانی در بیان نیازهای عاطفی، فقدان فرصت برای گفت‌وگو و کاهش امید نسبت به آینده ممکن است بر تجربه تنهایی بیفزاید. در مقابل، برخورداری از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و الگوهای سازگاری مؤثر می‌تواند به سالمندان کمک کند تا با تغییرات دوره سالمندی، فقدان‌ها و محدودیت‌های اجتماعی بهتر مواجه شوند. مرور نقش راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری در سالمندان ساکن مراکز نگهداری نیز بر اهمیت این عوامل در کاهش تنهایی و بهبود معنای زندگی تأکید کرده است (Jannesari et al., 2025).

در کنار احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی سلامت و استقلال سالمندان است. خودمراقبتی به مجموعه‌ای از تصمیم‌ها، فعالیت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که فرد برای حفظ سلامت، پیشگیری از بیماری، مدیریت علائم، پیگیری درمان و ارتقای بهزیستی جسمانی و روانی خود انجام می‌دهد. این مفهوم، رفتارهای ساده روزمره مانند رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی متناسب، مصرف صحیح دارو، مراجعه به‌موقع به مراکز درمانی، کنترل نشانه‌های بیماری، حفظ بهداشت فردی و توجه به نیازهای روانی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد. خودمراقبتی ماهیتی فعال دارد و فرد را از دریافت‌کننده منفعل خدمات سلامت به مشارکت‌کننده‌ای مسئول در مدیریت وضعیت خود تبدیل می‌کند. توسعه ابزارهای سنجش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران و مراقبان نیز نشان‌دهنده اهمیت روزافزون این سازه در مدیریت بیماری‌های مزمن و آموزش سلامت است (Durante et al., 2021).

در دوره سالمندی، اهمیت خودمراقبتی به دلیل افزایش احتمال بیماری‌های مزمن، مصرف داروهای متعدد، کاهش توان جسمانی و نیاز به پایش منظم

وضعیت سلامت بیشتر می‌شود. با این حال، انجام رفتارهای خودمراقبتی همواره آسان نیست و به عواملی مانند آگاهی سلامت، انگیزه، حمایت خانواده، منابع اقتصادی، وضعیت شناختی و میزان خودکارآمدی وابسته است. سالمندی که تصور می‌کند کنترلی بر وضعیت جسمانی یا روانی خود ندارد، ممکن است اهمیت رفتارهای کوچک مراقبتی را نادیده بگیرد یا در اجرای توصیه‌های درمانی تداوم کافی نداشته باشد. پژوهش درباره افراد مبتلا به دیابت نوع دو نشان داده است که خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط دارد و باور فرد به توانایی مدیریت سلامت می‌تواند در اجرای این رفتارها نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد (D'Souza et al., 2017). بر این اساس، هر مداخله‌ای که احساس توانمندی، مسئولیت‌پذیری و کنترل سالمند را تقویت کند، می‌تواند زمینه بهبود خودمراقبتی را نیز فراهم سازد.

خودمراقبتی در سالمندان مفهومی چندبعدی است و تنها به مراقبت جسمانی محدود نمی‌شود. خودمراقبتی جسمی شامل فعالیت‌هایی مانند تغذیه مناسب، تحرک، پایش وضعیت بدنی و رعایت دستورهای پزشکی است؛ خودمراقبتی هنگام بیماری به مدیریت علائم، مصرف صحیح دارو و مراجعه به متخصص مربوط می‌شود؛ خودمراقبتی اجتماعی بر حفظ روابط، مشارکت در فعالیت‌های جمعی و استفاده از حمایت دیگران تأکید دارد؛ و خودمراقبتی معنوی نیز شامل توجه به معنا، امید، باورهای شخصی و فعالیت‌هایی است که آرامش روانی فرد را تقویت می‌کنند. ارتباط میان تجربه‌های معنوی روزانه و شادکامی سالمندان نشان می‌دهد که ابعاد معنوی زندگی می‌توانند بخشی از منابع روان‌شناختی مؤثر در بهزیستی این گروه باشند (Sharifi & Abbasi, 2019). همچنین، اثربخشی روان‌درمانی معنوی بر معنای زندگی و کاهش تنهایی سالمندان نشان داده است که توجه به منابع معنوی می‌تواند در کنار مداخلات روان‌شناختی، ظرفیت سازگاری سالمندان را افزایش دهد (Pouretamad et al., 2021).

آموزش و تقویت مهارت‌های خودمراقبتی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و مدیریت بهتر بیماری‌ها در سالمندان کمک کند. یافته‌های یک مطالعه داخلی نشان داده است که آموزش خودمراقبتی در سالمندانی که در ابتدا از رفتارهای خودمراقبتی کافی برخوردار نبودند، توانسته است کیفیت زندگی، رفتارهای مراقبتی و برخی شاخص‌های مرتبط با بیماری را بهبود بخشد (Esmaeili Shad, 2020). همچنین، پژوهش‌های انجام‌شده در سایر گروه‌های آسیب‌پذیر نشان می‌دهد که افزایش آگاهی و مهارت‌های خودمراقبتی می‌تواند با بهبود خودکارآمدی و کاهش رفتارهای پرخطر همراه باشد (Abbasi & Abbasi, 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که خودمراقبتی رفتاری ثابت و غیرقابل تغییر نیست، بلکه می‌توان آن را از طریق آموزش، افزایش آگاهی، تقویت انگیزش و ایجاد اهداف عملی ارتقا داد. با این حال، در سالمندان دارای محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی، مداخله باید ساده، کم‌هزینه، قابل فهم و متناسب با امکانات واقعی زندگی آنان باشد.

احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی از یکدیگر مستقل نیستند و ممکن است از طریق سازوکارهای روان‌شناختی و اجتماعی بر هم اثر بگذارند. سالمندی که از روابط حمایتی کافی برخوردار نیست یا خود را تنها احساس می‌کند، ممکن است انگیزه کمتری برای مراقبت از سلامت خود داشته باشد. نبود فردی برای یادآوری مصرف دارو، همراهی در مراجعه پزشکی، تشویق به فعالیت بدنی یا گفت‌وگو درباره مشکلات می‌تواند انجام رفتارهای مراقبتی را دشوارتر سازد. از سوی دیگر، ضعف در خودمراقبتی ممکن است بیماری، وابستگی و محدودیت عملکردی را افزایش دهد و به کاهش بیشتر مشارکت اجتماعی منجر شود. بنابراین، چرخه‌ای شکل می‌گیرد که در آن تنهایی، کاهش خودمراقبتی و افت عملکرد یکدیگر را تقویت می‌کنند. مداخلاتی که بتوانند به‌طور هم‌زمان احساس توانمندی فرد، امید، مشارکت اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور را ارتقا دهند، برای سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

درمان راه‌حل‌محور یکی از رویکردهای کوتاه‌مدت روان‌درمانی است که به جای تمرکز طولانی بر علل و تاریخچه مشکلات، بر توانمندی‌های مراجع، استثنای موجود، اهداف مطلوب و راه‌حل‌های قابل اجرا تأکید می‌کند. در این رویکرد فرض می‌شود که مراجعان، حتی در شرایط دشوار، از منابع و تجربه‌هایی برخوردارند که می‌توان از آنها برای ایجاد تغییر استفاده کرد. درمانگر با طرح پرسش‌هایی درباره زمان‌هایی که مشکل شدت کمتری داشته، تغییرات مطلوب آینده، گام‌های کوچک و نشانه‌های پیشرفت، به مراجع کمک می‌کند تصویری روشن‌تر از زندگی مطلوب خود بسازد. استفاده از مقیاس‌بندی، پرسش‌های آینده‌محور، شناسایی استثناها و تقویت تغییرات کوچک، از فنون اصلی این درمان است. این ویژگی‌ها موجب می‌شوند درمان راه‌حل‌محور برای سالمندانی که ممکن است توان یا تمایل کمتری برای شرکت در درمان‌های طولانی و پیچیده داشته باشند، گزینه‌ای مناسب باشد. تمرکز این رویکرد بر موفقیت‌های گذشته و قابلیت‌های موجود می‌تواند احساس خودکارآمدی سالمندان را افزایش دهد. بسیاری از سالمندان تحت تأثیر بیماری، محدودیت مالی یا کاهش نقش اجتماعی، ممکن است خود را ناتوان و وابسته بدانند. درمان راه‌حل‌محور به آنان کمک می‌کند موقعیت‌هایی را شناسایی کنند که توانسته‌اند با مشکلات کنار بیایند، روابط خود را بهبود دهند یا رفتارهای مراقبتی مؤثری انجام دهند. تأکید بر این تجربه‌ها، برداشت فرد از خویشتن را از «فردی ناتوان و گرفتار مشکل» به «فردی دارای منابع و قابلیت تغییر» سوق می‌دهد. اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مختلف در گروه‌های در معرض فشار، از جمله کاربرد طرحواره‌درمانی برای کاهش اضطراب و افکار وسواسی، نشان می‌دهد که مداخلات ساختاریافته می‌توانند الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگارانه را تعدیل کنند (Zare Khofri, 2021). باین‌حال، درمان راه‌حل‌محور به دلیل تأکید کمتر بر آسیب‌شناسی و

تمرکز بیشتر بر راهکارهای عملی، می‌تواند برای سالمندان پذیرش‌پذیری بیشتری داشته باشد.

شواهد تجربی نیز از کارآمدی درمان راه‌حل‌محور در کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود رفتارهای سازگارانه حمایت می‌کنند. نتایج پژوهشی درباره همسران جانباز نشان داده است که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور می‌تواند سازگاری را افزایش داده و احساس تنهایی روان‌شناختی را کاهش دهد (Sattari & Zarnaghsh, 2018). همچنین، مقایسه معنادرمانی گروهی و درمان راه‌حل‌محور در زنان سالمندی که از ابتلا به کووید-۱۹ هراس داشتند، نشان داد که درمان راه‌حل‌محور در کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی آنان مؤثر است (Esmaeilpour et al., 2022). این یافته‌ها بیانگر آن است که تمرکز بر امید، اهداف قابل دستیابی، منابع فردی و استثنای مثبت می‌تواند تجربه تنهایی را کاهش دهد و سازگاری سالمندان را در موقعیت‌های تهدیدکننده افزایش دهد.

درمان راه‌حل‌محور افزون بر کاهش احساس تنهایی، می‌تواند در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی نیز مؤثر باشد؛ زیرا این رویکرد بر تعیین اهداف کوچک، مشاهده پیشرفت، افزایش احساس کنترل و استفاده از ظرفیت‌های موجود تأکید دارد. نتایج یک کارآزمایی تصادفی‌شده در سالمندان در معرض خطر بیماری عروق کرونر نشان داد که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور می‌تواند خودمراقبتی و سلامت روان را بهبود بخشد (Dong et al., 2024). در این رویکرد، اهداف کلی مانند «سلامت بهتر» به رفتارهای مشخصی مانند پیاده‌روی منظم، مصرف صحیح دارو، تماس با اعضای خانواده یا مراجعه به‌موقع به پزشک تبدیل می‌شوند. تحقق این اهداف کوچک، تجربه موفقیت را افزایش می‌دهد و سالمند را برای ادامه رفتارهای مراقبتی ترغیب می‌کند. به همین دلیل، درمان راه‌حل‌محور می‌تواند هم‌زمان بر مؤلفه‌های روان‌شناختی و رفتاری سلامت اثر بگذارد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. در این پژوهش، اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) بررسی شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی مددجویان سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. از میان افراد جامعه آماری، ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه شامل ۳۰ نفر، قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل برخورداری از حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی، نداشتن وابستگی یا سوءمصرف مواد، مبتلا نبودن به بیماری‌های جسمانی شدید و مزمن و دریافت نکردن هم‌زمان سایر مداخلات یا درمان‌های روان‌شناختی بود. عدم تمایل به ادامه همکاری، غیبت در بیش از دو جلسه متوالی مداخله و همکاری نکردن در انجام تکالیف تعیین‌شده نیز به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. پس از مراجعه پژوهشگر به کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تبریز و شناسایی افراد واجد شرایط، اهداف و مراحل اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آنان، پرسشنامه‌های احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی در مرحله پیش‌آزمون اجرا شدند. سپس گروه آزمایش در جلسات درمان راه‌حل‌محور شرکت کرد، درحالی‌که گروه گواه در طول این مدت هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و تنها به عنوان گروه مقایسه مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از پایان جلسات مداخله، هر دو گروه بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهش را در مرحله

سایر مداخلات کوتاه‌مدت و مبتنی بر منابع مثبت نیز نشان داده‌اند که تقویت هیجان‌های مثبت و خودشفقتی می‌تواند برای سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مفید باشد. برای نمونه، خنده‌درمانی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو توانسته است خودشفقتی را افزایش داده و شاخص‌های مرتبط با بیماری را بهبود دهد (Ahmadi et al., 2020). چنین یافته‌هایی اهمیت استفاده از مداخلاتی را نشان می‌دهند که سالمند را صرفاً بر اساس بیماری یا ناتوانی تعریف نمی‌کنند، بلکه منابع مثبت، توانمندی‌ها و امکان ایجاد تغییر را برجسته می‌سازند. درمان راه‌حل‌محور نیز با ایجاد فضای غیرقضاطی، تمرکز بر پیشرفت‌های کوچک و تقویت امید، می‌تواند سالمند را به مشارکت فعال‌تر در روابط اجتماعی و مراقبت از سلامت خود ترغیب کند.

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌محور، بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین تنها یکی از پیامدهای روان‌شناختی یا رفتاری را بررسی کرده‌اند. برخی پژوهش‌ها بر احساس تنهایی، اضطراب مرگ یا سازگاری متمرکز بوده‌اند و برخی دیگر خودمراقبتی را در ارتباط با بیماری‌های خاص ارزیابی کرده‌اند. همچنین، سالمندان تحت پوشش نهادهای حمایتی به دلیل برخورداری از شرایط اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی خاص، ممکن است نیازها و منابع متفاوتی نسبت به سالمندان سایر گروه‌ها داشته باشند. بررسی هم‌زمان احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی در این جمعیت می‌تواند شناخت دقیق‌تری از ظرفیت درمان راه‌حل‌محور برای ارتقای سلامت روانی و رفتاری آنان فراهم کند و شواهد کاربردی لازم را برای مشاوران، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و برنامه‌ریزان حوزه سالمندی در اختیار قرار دهد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی مددجویان سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تبریز بود.

پس آزمون تکمیل کردند تا تغییرات ایجاد شده در احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی آنان بررسی و مقایسه شود.

پرسشنامه احساس تنهایی دی تاماسو و همکاران در سال ۲۰۰۴ با هدف سنجش تجربه احساس تنهایی در ابعاد مختلف طراحی شد. گویه‌های این پرسشنامه بر اساس یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت، از نمره ۱ به معنای «کاملاً مخالفم» تا نمره ۵ به معنای «کاملاً موافقم»، نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات حاصل، میزان احساس تنهایی آزمودنی را نشان می‌دهند. این ابزار امکان سنجش ابعاد تنهایی عاطفی، تنهایی اجتماعی و تنهایی خانوادگی را فراهم می‌سازد و نمره بالاتر در هر مؤلفه بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی در همان حوزه است. در مطالعه داخلی کلاتری و حسینی‌زاده در سال ۱۳۹۴، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و ضرایب به‌دست‌آمده برای پرسشنامه و مؤلفه‌های آن بالاتر از ۰/۷۰ و در سطح مطلوب گزارش شد. روایی محتوایی ابزار نیز از طریق بررسی گویه‌ها توسط استادان و متخصصان حوزه روان‌شناسی و اعمال اصلاحات پیشنهادی آنان تأیید شده است. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای سنجش تغییرات احساس تنهایی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و گواه مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی سالمندان توسط یونسی بروجنی و همکاران در سال ۱۳۹۹ با هدف سنجش رفتارهای خودمراقبتی در جمعیت سالمندان طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه و چهار مؤلفه خودمراقبتی معنوی، خودمراقبتی اجتماعی، خودمراقبتی جسمی و خودمراقبتی در هنگام بیماری است و پاسخ‌ها بر اساس یک طیف شش‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های این ابزار رفتارهای روزمره سالمندان در زمینه مراقبت از سلامت جسمانی، توجه به نیازهای معنوی، حفظ روابط و فعالیت‌های اجتماعی و مدیریت سلامت در هنگام ابتلا

به بیماری را ارزیابی می‌کنند؛ برای نمونه، برخی گویه‌ها به رفتارهایی مانند کنترل منظم وزن، رعایت توصیه‌های بهداشتی، پیگیری وضعیت بیماری، حفظ ارتباط با دیگران و انجام فعالیت‌های مرتبط با سلامت می‌پردازند. افزایش نمره کل و نمره هریک از مؤلفه‌ها بیانگر برخورداری بیشتر فرد از رفتارهای خودمراقبتی است. یونسی بروجنی و همکاران روایی صوری، محتوایی و ملاکی پرسشنامه را بررسی و مناسب گزارش کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای نمره کل و ابعاد ابزار بالاتر از ۰/۷۰ بود که نشان‌دهنده همسانی درونی و پایایی قابل قبول آن است. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای ارزیابی تأثیر درمان راه‌حل‌محور بر رفتارهای خودمراقبتی سالمندان استفاده شد.

مداخله درمان راه‌حل‌محور بر اساس پروتکل جعفری و همکاران در سال ۱۳۹۹، به‌صورت گروهی و در هشت جلسه هفتگی دوساعته برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. در جلسه نخست، فرایند آشنایی و معارفه شرکت‌کنندگان و درمانگر انجام گرفت، رابطه درمانی اولیه شکل گرفت، بر رعایت اصل رازداری تأکید شد و سه اصل اساسی درمان راه‌حل‌محور برای اعضای گروه توضیح داده شد؛ این اصول شامل خودداری از تغییر اموری بود که به‌درستی عمل می‌کنند، تکرار و گسترش راهکارهایی که نتیجه مطلوب دارند و امتحان کردن روشی متفاوت در صورت مؤثر نبودن راهکار قبلی بود. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مصادیق این اصول را در زندگی شخصی خود شناسایی کنند. در جلسه دوم، تمرکز بر هدف‌سازی و شناسایی بالاترین امیدهای شرکت‌کنندگان قرار گرفت و آنان تشویق شدند تغییرات مطلوبی را که انتظار داشتند در نتیجه شرکت در جلسات ایجاد شود، به‌صورت روشن و عینی توصیف کنند و درباره اقدامات لازم برای دستیابی به این اهداف بیندیشند. جلسه سوم به بررسی تکالیف، شناسایی تغییرات مثبت ایجاد شده از جلسه قبل و تقویت امید اختصاص یافت و درمانگر با

طرح پرسش‌هایی درباره بهبودهای کوچک، توجه اعضا را از مشکلات به پیشرفت‌های حاصل‌شده هدایت کرد. در جلسه چهارم، منابع و توانمندی‌های موجود شرکت‌کنندگان شناسایی و گسترش داده شد و با استفاده از پرسش‌های استثنا، موقعیت‌هایی بررسی شد که در آنها مشکل وجود نداشت یا شدت کمتری داشت؛ همچنین از سالمندان خواسته شد راهکارهای جایگزین و ترجیحی خود را برای مقابله با کناره‌گیری، خلق منفی و مشکلات ارتباطی شناسایی کنند. در جلسه پنجم، بر تفاوت‌های ایجادشده و تغییرات تدریجی تمرکز شد و شرکت‌کنندگان با استفاده از فن مقیاس‌بندی، وضعیت روابط اجتماعی، حالت‌های هیجانی و میزان پیشرفت خود را در مقیاسی از صفر تا ده ارزیابی کردند و اقداماتی را که می‌توانستند موجب افزایش نمره آنان شوند، مشخص ساختند. جلسه ششم به ساخت آینده ارتباطی ترجیحی اختصاص یافت و شرکت‌کنندگان درباره نشانه‌های قابل مشاهده تغییر، واکنش اطرافیان به پیشرفت‌های آنان و افرادی که احتمالاً متوجه این تغییرات می‌شدند، گفت‌وگو کردند. در جلسه هفتم، با مرور شیوه‌های مقابله موفقیت‌آمیز، ویژگی‌های شخصیتی و توانمندی‌های مؤثر در افزایش نمرات مقیاس‌بندی شناسایی شد و از اعضای گروه خواسته شد آینده مطلوب خود و دستاوردهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مورد انتظار را ترسیم کنند. در جلسه هشتم، تکالیف جلسه پیشین بررسی شد، تغییرات و دستاوردهای شرکت‌کنندگان مرور و جمع‌بندی گردید، بر راهکارهای مؤثر و ضرورت حفظ پیشرفت‌ها تأکید شد و از اعضا به دلیل مشارکت فعال در جلسات قدردانی به عمل آمد. در پایان این جلسه، پس‌آزمون احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی اجرا شد. گروه گواه در مدت اجرای مداخله هیچ‌گونه آموزش یا درمان روان‌شناختی دریافت نکرد و پس از پایان دوره، هم‌زمان با گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ارزیابی شد.

داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های نمرات احساس تنهایی، ابعاد آن و مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و گواه، از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی گردید. نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس خطای گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین، برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس و همگنی شیب‌های رگرسیون از طریق بررسی اثر متقابل گروه و نمرات پیش‌آزمون ارزیابی شد. پس از تأیید مفروضه‌های آماری، برای بررسی اثر کلی درمان راه‌حل‌محور بر ترکیب خطی ابعاد احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در این تحلیل، نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی به‌عنوان متغیرهای وابسته، عضویت گروهی به‌عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای هم‌پراش وارد مدل شدند. برای ارزیابی اثر چندمتغیره مداخله، شاخص‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکس، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی گزارش شد و سپس به‌منظور تعیین اثر جداگانه مداخله بر هریک از مؤلفه‌های متغیرهای وابسته، آزمون‌های تک‌متغیره تعقیبی انجام گرفت. علاوه بر آماره F و سطح معناداری، مجذور اتای سهمی نیز به‌عنوان شاخص اندازه اثر گزارش شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی اولیه روند تغییرات متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمرات احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی در مراحل پیش‌آزمون

دوره چهارم، شماره دوم

و پس‌آزمون، به تفکیک گروه آزمایش و گواه، محاسبه شد. نتایج توصیفی

مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش: پیش‌آزمون	گروه آزمایش: پیش‌آزمون	گروه آزمایش: پیش‌آزمون	گروه آزمایش: پیش‌آزمون	گروه آزمایش: پیش‌آزمون	گروه گواه: پیش‌آزمون	گروه گواه: پیش‌آزمون	گروه گواه: پس‌آزمون	گروه گواه: پس‌آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
احساس تنهایی	۴۹.۵۰	۷.۹۰	۴۰.۲۵	۴.۶۳	۴۷.۴۵	۴.۲۳	۴۹.۷۰	۴.۲۸	
رفتارهای خودمراقبتی	۵۹.۱۰	۵.۲۵	۸۶.۴۵	۹.۸۹	۵۸.۳۵	۶.۳۰	۶۶.۹۵	۷.۹۸	

هر دو گروه بزرگ‌تر از ۰.۰۵ بود و بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز برای احساس تنهایی با مقدار F برابر با ۰.۲۹۱ و سطح معناداری ۰.۷۴۹ و برای رفتارهای خودمراقبتی با مقدار F برابر با ۰.۹۳۴ و سطح معناداری ۰.۳۹۹ معنادار نبود؛ ازاین‌رو، مفروضه همگنی واریانس خطای گروه‌ها برقرار بود. علاوه بر این، آزمون ام‌باکس برای مؤلفه‌های احساس تنهایی با سطح معناداری ۰.۲۷۸ و برای مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی با سطح معناداری ۰.۳۷۱ معنادار نبود که نشان‌دهنده برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود. همچنین، اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون برای احساس تنهایی با مقدار F برابر با ۰.۰۴۶ و سطح معناداری ۰.۹۵۵ و برای رفتارهای خودمراقبتی با مقدار F برابر با ۰.۲۵ و سطح معناداری ۰.۷۷۷ معنادار نبود؛ بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شد و استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع بود.

مطابق نتایج جدول ۱، میانگین احساس تنهایی در گروه آزمایش از ۴۹.۵۰ در مرحله پیش‌آزمون به ۴۰.۲۵ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافت، درحالی‌که میانگین این متغیر در گروه گواه از ۴۷.۴۵ به ۴۹.۷۰ افزایش پیدا کرد. همچنین، میانگین رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمایش از ۵۹.۱۰ در پیش‌آزمون به ۸۶.۴۵ در پس‌آزمون افزایش یافت. در گروه گواه نیز میانگین رفتارهای خودمراقبتی از ۵۸.۳۵ به ۶۶.۹۵ افزایش نشان داد، اما میزان افزایش مشاهده‌شده در گروه آزمایش به مراتب بیشتر بود. درمجموع، الگوی تغییرات توصیفی نشان داد که پس از اجرای درمان راه‌حل‌محور، احساس تنهایی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش کاهش و رفتارهای خودمراقبتی آنان افزایش یافته است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، مفروضه‌های این تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطوح معناداری مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی در

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تکمتغیره اثر درمان راه حل محور بر احساس تنهایی و رفتارهای خودمراقبتی

حیطه تحلیل	آزمون یا مؤلفه	مقدار آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
احساس تنهایی؛ اثر چندمتغیره	اثر پیلایی	۰.۵۹۰	—	۳	۳۶	—	۱۷.۲۳	<۰.۰۰۱	۰.۵۹۰
احساس تنهایی؛ اثر چندمتغیره	اثر لامبدای ویلکس	۰.۴۱۰	—	۳	۳۶	—	۱۷.۲۳	<۰.۰۰۱	۰.۵۹۰
احساس تنهایی؛ اثر چندمتغیره	اثر هتلینگ	۱.۴۳۰	—	۳	۳۶	—	۱۷.۲۳	<۰.۰۰۱	۰.۵۹۰
احساس تنهایی؛ اثر چندمتغیره	اثر بزرگترین ریشه روی	۱.۴۳۰	—	۳	۳۶	—	۱۷.۲۳	<۰.۰۰۱	۰.۵۹۰
احساس تنهایی؛ اثر تکمتغیره	اثر تنهایی عاطفی	—	۲۷.۲۲	۱	—	۲۷.۲۲	۳.۹۱	۰.۰۵۵	۰.۰۹۳
احساس تنهایی؛ اثر تکمتغیره	اثر تنهایی اجتماعی	—	۳۰۸.۰۲	۱	—	۳۰۸.۰۲	۴۴.۳۷	<۰.۰۰۱	۰.۵۳۹
احساس تنهایی؛ اثر تکمتغیره	اثر تنهایی خانوادگی	—	۵۰.۶۲	۱	—	۵۰.۶۲	۷.۲۶	۰.۰۱۰	۰.۱۶۱
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر چندمتغیره	اثر پیلایی	۰.۶۱۸	—	۴	۳۵	—	۱۴.۱۶۲	<۰.۰۰۱	۰.۶۱۸
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر چندمتغیره	اثر لامبدای ویلکس	۰.۳۸۲	—	۴	۳۵	—	۱۴.۱۶۲	<۰.۰۰۱	۰.۶۱۸
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر چندمتغیره	اثر هتلینگ	۱.۶۱۹	—	۴	۳۵	—	۱۴.۱۶۲	<۰.۰۰۱	۰.۶۱۸
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر چندمتغیره	اثر بزرگترین ریشه روی	۱.۶۱۹	—	۴	۳۵	—	۱۴.۱۶۲	<۰.۰۰۱	۰.۶۱۸
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر تکمتغیره	اثر خودمراقبتی معنوی	—	۱۷۲.۲۲	۱	—	۱۷۲.۲۲	۱۱.۹۷	۰.۰۰۱	۰.۲۴۰
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر تکمتغیره	اثر خودمراقبتی اجتماعی	—	۳۶۰.۰۰	۱	—	۳۶۰.۰۰	۲۵.۱۵	<۰.۰۰۱	۰.۳۹۸
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر تکمتغیره	اثر خودمراقبتی جسمی	—	۱۶۴.۰۲	۱	—	۱۶۴.۰۲	۱۲.۹۹	۰.۰۰۱	۰.۲۵۵
رفتارهای خودمراقبتی؛ اثر تکمتغیره	اثر خودمراقبتی هنگام بیماری	—	۲۱۶.۲۲	۱	—	۲۱۶.۲۲	۲۰.۱۶	<۰.۰۰۱	۰.۳۴۷

و بزرگی بر ابعاد احساس تنهایی داشت. نتایج آزمون‌های تکمتغیره نشان داد که اثر مداخله بر تنهایی اجتماعی با مقدار F برابر با ۴۴.۳۷، سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ و اندازه اثر ۰.۵۳۹ و بر تنهایی خانوادگی با مقدار F برابر با ۷.۲۶، سطح معناداری ۰.۰۱۰ و اندازه اثر ۰.۱۶۱ معنادار بود. باین حال، اثر درمان بر تنهایی عاطفی با مقدار F برابر با ۳.۹۱ و سطح معناداری ۰.۰۵۵ به

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گواه در ترکیب خطی مؤلفه‌های احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود داشت. بر اساس آزمون اثر پیلایی، مقدار F برابر با ۱۷.۲۳ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ به دست آمد و مجذور اتای سهمی برابر با ۰.۵۹۰ بود؛ بنابراین، درمان راه‌حل محور اثر چندمتغیره معنادار

سطح معناداری آماری نرسید. همچنین، بین گروه آزمایش و گواه در ترکیب خطی مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری مشاهده شد. مقدار آزمون اثر پیلایی برابر با ۰.۶۱۸، مقدار F برابر با ۱۴.۱۶۲ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ بود و مجذور اتای سهمی ۰.۶۱۸ به دست آمد که نشان‌دهنده اثر چندمتغیره بزرگ مداخله بود. در بررسی جداگانه مؤلفه‌ها، درمان راه‌حل‌محور بر خودمراقبتی معنوی با مقدار F برابر با ۱۱.۹۷ و سطح معناداری ۰.۰۰۱، خودمراقبتی اجتماعی با مقدار F برابر با ۲۵.۱۵ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱، خودمراقبتی جسمی با مقدار F برابر با ۱۲.۹۹ و سطح معناداری ۰.۰۰۱ و خودمراقبتی هنگام بیماری با مقدار F برابر با ۲۰.۱۶ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ اثر معناداری داشت. در میان ابعاد احساس تنهایی، بیشترین اندازه اثر به تنهایی اجتماعی و در میان ابعاد خودمراقبتی، بیشترین اندازه اثر به خودمراقبتی اجتماعی اختصاص داشت. در مجموع، یافته‌ها نشان داد که درمان راه‌حل‌محور موجب کاهش تنهایی اجتماعی و خانوادگی و افزایش تمامی ابعاد رفتارهای خودمراقبتی سالمندان گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان راه‌حل‌محور پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تأثیر معناداری بر ابعاد احساس تنهایی سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) داشت. اثر چندمتغیره مداخله بر ترکیب ابعاد احساس تنهایی معنادار بود و مقدار مجذور اتای سهمی برابر با ۰.۵۹۰ نشان داد که بخش قابل توجهی از تفاوت‌های پس‌آزمون میان گروه آزمایش و گواه با مداخله درمانی ارتباط داشته است. بررسی جداگانه ابعاد احساس تنهایی نیز نشان داد که درمان راه‌حل‌محور بر کاهش تنهایی اجتماعی و تنهایی خانوادگی اثربخش بود، اما اثر آن بر تنهایی عاطفی به سطح معناداری آماری نرسید. به‌طور مشخص، بیشترین اندازه اثر مربوط به تنهایی اجتماعی بود که نشان می‌دهد این رویکرد بیش از همه توانسته است ادراک سالمندان از تعلق

اجتماعی، مشارکت بین‌فردی و ارتباط با شبکه‌های اجتماعی را بهبود بخشد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که درمان راه‌حل‌محور تأثیر معناداری بر مجموعه رفتارهای خودمراقبتی داشت و مقدار مجذور اتای سهمی ۰.۶۱۸ حاکی از اندازه اثر بزرگ مداخله بود. نتایج تحلیل‌های تک‌متغیره نیز نشان داد که مداخله موجب بهبود معنادار خودمراقبتی معنوی، اجتماعی، جسمی و خودمراقبتی هنگام بیماری شد و بیشترین اندازه اثر در میان این ابعاد به خودمراقبتی اجتماعی اختصاص داشت.

نتیجه مربوط به کاهش احساس تنهایی با یافته‌های پژوهش اسمعیل‌پور و همکاران همسو است. آنان نشان دادند که درمان راه‌حل‌محور در کاهش احساس تنهایی زنان سالمندی که از ابتلا به کووید-۱۹ هراس داشتند، اثربخش است (Esmailpour et al., 2022). همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های ستاری و زرنقاش مطابقت دارد که گزارش کردند درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور می‌تواند احساس تنهایی روان‌شناختی را کاهش داده و سازگاری افراد را افزایش دهد (Sattari & Zarnaghsh, 2018). این همسویی نشان می‌دهد که تأثیر درمان راه‌حل‌محور بر احساس تنهایی محدود به یک گروه خاص نیست و ممکن است در جمعیت‌های متفاوتی که با محدودیت روابط اجتماعی، فشارهای روانی یا تجربه انزوا مواجه‌اند، مشاهده شود. درمان راه‌حل‌محور به جای تمرکز مداوم بر فقدان‌ها، شکست‌ها و علت‌های تاریخی مشکل، سالمند را به شناسایی موقعیت‌هایی هدایت می‌کند که در آنها مشکل وجود نداشته یا شدت کمتری داشته است. این تغییر جهت توجه، می‌تواند از تثبیت روایت‌های منفی مانند «من همیشه تنها هستم» یا «هیچ‌کس به من توجه نمی‌کند» جلوگیری کند و امکان مشاهده تجربه‌های مثبت و روابط حمایت‌کننده موجود را فراهم سازد.

در تبیین کاهش تنهایی اجتماعی می‌توان بیان کرد که فنون درمان راه‌حل‌محور، به‌ویژه پرسش‌های استثنا، مقیاس‌بندی، تعیین هدف و ترسیم

آینده ترجیحی، سالمندان را به سمت اقدامات کوچک اما مشخص در زمینه ارتباطات اجتماعی هدایت کرده است. سالمندی که روابط خود را در مقیاسی از صفر تا ده ارزیابی می‌کند، به جای مواجه شدن با هدف کلی و دشوار «رهایی از تنهایی»، می‌تواند گامی عملی مانند تماس با یکی از نزدیکان، گفت‌وگو با همسایه، شرکت در فعالیتی گروهی یا درخواست حمایت از یک مددکار را انتخاب کند. دستیابی به چنین هدف کوچکی، تجربه موفقیت اجتماعی ایجاد می‌کند و به تدریج احساس تعلق، خودکارآمدی و امید به بهبود روابط را افزایش می‌دهد. یافته‌های کاکاوند نیز بر نقش حمایت اجتماعی و عوامل اجتماعی و فرهنگی در کیفیت زندگی سالمندان تأکید دارد و نشان می‌دهد که شبکه روابط و حمایت‌های در دسترس از عناصر مهم سازگاری در این دوره محسوب می‌شوند (Kakavand, 2016). همچنین، مرور جان‌نثاری و همکاران نشان داده است که راهبردهای مقابله‌ای و الگوهای سازگاری مناسب می‌توانند در کاهش احساس تنهایی و بهبود معنای زندگی سالمندان نقش داشته باشند (Jannesari et al., 2025). بنابراین، درمان راه‌حل‌محور احتمالاً از طریق فعال‌سازی راهبردهای مقابله‌ای سازنده و افزایش استفاده از منابع اجتماعی موجود، تنهایی اجتماعی سالمندان را کاهش داده است.

یافته مربوط به کاهش تنهایی خانوادگی نیز می‌تواند در چارچوب تغییر الگوهای ارتباطی توضیح داده شود. سالمندان تحت پوشش نهادهای حمایتی ممکن است به دلیل مشکلات اقتصادی، فاصله جغرافیایی اعضای خانواده، کاهش ارتباط میان‌نسلی یا برداشت منفی از نقش و جایگاه خود، روابط خانوادگی را ناکافی یا نامطلوب ارزیابی کنند. درمان راه‌حل‌محور با تمرکز بر تغییرات قابل مشاهده و پرسش درباره اینکه «چه کسی متوجه تغییر شما خواهد شد؟» یا «چه نشانه‌ای نشان می‌دهد رابطه بهتر شده است؟»، سالمند را به بازسازی تعاملات خانوادگی و مشاهده پاسخ‌های مثبت اطرافیان تشویق

می‌کند. این فرایند می‌تواند انتظارات بدبینانه را تعدیل کرده و به سالمند کمک کند از رفتارهای منفعلانه یا کناره‌گیرانه فاصله بگیرد. یافته‌های آقاجانی و همکاران درباره ارتباط احساس تنهایی با سلامت روان سالمندان نیز اهمیت کاهش این تجربه را تأیید می‌کند؛ زیرا تنهایی می‌تواند با آسیب‌پذیری روان‌شناختی بیشتر همراه باشد (Aghajani et al., 2024). افزون بر این، مرور نظام‌مند بحرور و همکاران نشان داده است که تنهایی در میان سالمندان ایرانی پدیده‌ای مهم و متأثر از مجموعه‌ای از عوامل فردی و اجتماعی است (Bahrevar et al., 2023). از این رو، بهبود حتی نسبی روابط خانوادگی می‌تواند پیامدهای مهمی برای سلامت روان و احساس امنیت عاطفی سالمندان داشته باشد.

در مقابل، اثر درمان راه‌حل‌محور بر تنهایی عاطفی معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که کاهش فقدان یک رابطه عمیق، صمیمانه و ایمن ممکن است به زمان بیشتری نیاز داشته باشد و صرف افزایش تعاملات اجتماعی یا بهبود ارتباط با اعضای خانواده لزوماً به معنای رفع تنهایی عاطفی نیست. تنهایی عاطفی معمولاً با فقدان همسر، مرگ دوستان نزدیک، جدایی طولانی‌مدت یا نبود فردی برای خودافشایی و دریافت همدلی عمیق ارتباط دارد. چنین تجربه‌ای ممکن است ریشه‌دارتر از تنهایی اجتماعی باشد و در یک مداخله هشت‌جلسه‌ای به‌طور کامل تغییر نکند. کاتچیوپو و کاتچیوپو نیز تنهایی را مسئله‌ای پیچیده و رو به گسترش معرفی کرده‌اند که از کیفیت ادراک شده روابط تأثیر می‌پذیرد، نه صرفاً از تعداد تماس‌های اجتماعی (Cacioppo & Cacioppo, 2018). همچنین، یافته‌های گلیج و همکاران درباره ارتباط تنهایی با متغیرهایی مانند ابرازگری هیجانی و امید نشان می‌دهد که تجربه تنهایی با فرایندهای هیجانی عمیق‌تری پیوند دارد (Golij et al., 2025). بنابراین، ممکن است برای کاهش تنهایی عاطفی، علاوه بر فنون راه‌حل‌محور،

به مداخلاتی با تمرکز بیشتر بر سوگ، دل‌بستگی، ابراز هیجان و ایجاد روابط صمیمانه نیاز باشد.

نتایج پژوهش حاضر درباره بهبود رفتارهای خودمراقبتی با یافته‌های دونگ و همکاران همسو است. آنان در یک کارآزمایی تصادفی‌شده نشان دادند که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی و سلامت روان سالمندان در معرض خطر بیماری عروق کرونر را بهبود بخشد (Dong et al., 2024). این همسویی از این دیدگاه حمایت می‌کند که درمان راه‌حل‌محور تنها یک مداخله برای کاهش علائم هیجانی نیست، بلکه می‌تواند رفتارهای سلامت‌محور را نیز تغییر دهد. در این رویکرد، سالمند تشویق می‌شود اهداف کلی و مبهم را به رفتارهای کوچک، قابل مشاهده و دست‌یافتنی تبدیل کند. برای مثال، هدف کلی «بیشتر مراقب سلامتی خود بودن» ممکن است به اقداماتی مانند مصرف دارو در زمان مشخص، کنترل منظم وزن، پیاده‌روی کوتاه، تماس با پزشک یا کاهش مصرف یک ماده غذایی نامناسب تبدیل شود. تحقق این گام‌ها به سالمند امکان می‌دهد پیشرفت خود را مشاهده کند و احساس کنترل بیشتری بر سلامت خود به دست آورد.

اثر بخشی درمان بر خودمراقبتی جسمی و خودمراقبتی هنگام بیماری را می‌توان با افزایش خودکارآمدی و عاملیت فردی توضیح داد. خودمراقبتی زمانی پایدار می‌شود که فرد باور داشته باشد رفتارهای او می‌توانند در وضعیت سلامت تغییر ایجاد کنند. پژوهش دی‌سوزا و همکاران نشان داد که خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط دارد و باور فرد به توانایی مدیریت سلامت، یکی از عوامل مؤثر در انجام این رفتارهاست (D'Souza et al., 2017). درمان راه‌حل‌محور با برجسته کردن موفقیت‌های گذشته و پرسیدن اینکه سالمند چگونه در موقعیت‌های پیشین از خود مراقبت کرده است، شواهدی عملی از توانمندی را در اختیار او قرار می‌دهد. هنگامی که سالمند متوجه می‌شود حتی در شرایط دشوار نیز توانسته است داروهای خود

را منظم مصرف کند، برای دریافت خدمات درمانی اقدام کند یا با یک علامت بیماری به‌درستی مواجه شود، باور او به قابلیت مدیریت سلامت تقویت می‌شود. این فرایند می‌تواند از درماندگی و وابستگی افراطی بکاهد و مشارکت فعال‌تر سالمند در مراقبت از خود را به دنبال داشته باشد.

نتیجه مربوط به بهبود خودمراقبتی با یافته‌های اسماعیلی‌شاد نیز همخوانی دارد. این پژوهش نشان داد که آموزش خودمراقبتی می‌تواند رفتارهای مراقبتی، کیفیت زندگی و شاخص‌های مرتبط با سلامت سالمندان فاقد خودمراقبتی کافی را بهبود بخشد (Esmaeili Shad, 2020). همچنین، یافته‌های عباسی و عباسی نشان داد که مداخلات مبتنی بر افزایش آگاهی و مهارت خودمراقبتی می‌توانند با افزایش خودکارآمدی و کاهش رفتارهای پرخطر همراه باشند (Abbasi & Abbasi, 2025). هرچند جامعه آماری آن مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت بود، نتیجه آن از این اصل کلی حمایت می‌کند که رفتارهای خودمراقبتی از طریق آموزش، افزایش آگاهی و تقویت باور به توانمندی شخصی قابل تغییر هستند. درمان راه‌حل‌محور نیز با ایجاد اهداف عملی، بازخورد مستمر و تأکید بر تغییرات کوچک، به سالمند کمک می‌کند فاصله میان آگاهی و عمل را کاهش دهد.

در تبیین بهبود خودمراقبتی اجتماعی می‌توان گفت که این مؤلفه بیش از سایر ابعاد با کاهش تنهایی اجتماعی ارتباط دارد. سالمندانی که تعامل بیشتری با خانواده، دوستان، همسایگان یا نهادهای حمایتی برقرار می‌کنند، احتمالاً دسترسی بیشتری به اطلاعات سلامت، یادآوری‌های درمانی، حمایت هیجانی و کمک عملی دارند. درمان گروهی راه‌حل‌محور نیز خود محیطی اجتماعی فراهم می‌کند که در آن اعضا تجربه‌های موفق، راه‌حل‌ها و منابع خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند. مشاهده پیشرفت دیگران و دریافت تأیید از گروه می‌تواند انگیزش سالمند برای حفظ روابط و درخواست حمایت را افزایش دهد. طراحی و ارزیابی ابزارهای رفتار خودمراقبتی نیز بر ماهیت چندبعدی

می‌کند (Zare Khofri, 2021). اگرچه جامعه و رویکرد درمانی این مطالعات متفاوت بوده‌اند، در مجموع نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی هدفمند می‌توانند از طریق تغییر نگرش، افزایش احساس کنترل و تقویت منابع فردی، پیامدهای سازگارانه ایجاد کنند.

در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که درمان راه‌حل‌محور از طریق چند سازوکار مکمل بر احساس تنهایی و خودمراقبتی سالمندان اثر گذاشته است. نخست، تمرکز بر استثنایا و موفقیت‌های گذشته، احساس توانمندی را افزایش داده است؛ دوم، تعیین اهداف کوچک و قابل دستیابی، سالمندان را به انجام رفتارهای عملی سوق داده است؛ سوم، مقیاس‌بندی و مرور پیشرفت‌ها، امکان مشاهده تغییر و تقویت انگیزش را فراهم کرده است؛ و چهارم، ماهیت گروهی مداخله فرصت تعامل، دریافت بازخورد و تجربه تعلق را افزایش داده است. این سازوکارها به‌ویژه در سالمندان تحت پوشش نهادهای حمایتی اهمیت دارند؛ زیرا چنین افرادی ممکن است با محدودیت منابع اقتصادی و اجتماعی، احساس وابستگی و کاهش نقش اجتماعی مواجه باشند. با این حال، معنادار نبودن تغییر تنهایی عاطفی نشان داد که برای رفع تجربه‌های عمیق فقدان و نبود رابطه صمیمانه، احتمالاً به مداخلات طولانی‌تر یا ترکیبی نیاز است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. جامعه پژوهش به مددجویان سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تبریز محدود بود؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به سالمندان سایر مناطق، سالمندان برخوردار از وضعیت اقتصادی متفاوت یا افراد ساکن مراکز نگهداری باید با احتیاط انجام شود. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند نیز احتمال سوگیری انتخاب را افزایش می‌دهد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شدند و ممکن است تحت تأثیر تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب، حافظه یا برداشت شخصی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشند. علاوه بر این، پژوهش فاقد مرحله پیگیری بود و مشخص نیست

خودمراقبتی و نقش تعامل فرد با منابع مراقبتی تأکید کرده است (Durante et al., 2021). بنابراین، افزایش خودمراقبتی اجتماعی احتمالاً حاصل ترکیب تجربه گروهی، تقویت مهارت ارتباطی و درک بهتر سالمند از نقش روابط حمایتی در حفظ سلامت بوده است.

بهبود خودمراقبتی معنوی را نیز می‌توان با افزایش امید، معنا و توجه به منابع درونی توضیح داد. درمان راه‌حل‌محور سالمند را به سوی آینده مطلوب و شناسایی دلایلی برای ادامه تلاش هدایت می‌کند. این جهت‌گیری می‌تواند احساس معنا، امید و ارزشمندی را تقویت کند؛ مؤلفه‌هایی که با مراقبت معنوی و روان‌شناختی ارتباط دارند. پژوهش شریفی و عباسی نشان داد که تجربه‌های معنوی روزانه با شادکامی سالمندان ارتباط دارد (Sharifi & Abbasi, 2019). همچنین، پوراعتقاد و همکاران گزارش کردند که روان‌درمانی معنوی می‌تواند معنای زندگی را افزایش داده و تنهایی سالمندان را کاهش دهد (Pouretamad et al., 2021). بر این اساس، هنگامی که سالمند در جلسات درمانی به توانمندی‌ها، ارزش‌ها، امیدها و آینده ترجیحی خود توجه می‌کند، ممکن است انگیزه بیشتری برای مراقبت از ابعاد معنوی و روانی زندگی پیدا کند.

یافته‌های پژوهش حاضر در سطحی گسترده‌تر با مطالعاتی همخوان است که اثربخشی مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت را در بهبود وضعیت سالمندان یا گروه‌های تحت فشار نشان داده‌اند. احمدی و همکاران گزارش کردند که خنده‌درمانی توانسته است خودشفقتی را افزایش داده و شاخص‌های سلامت را در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو بهبود بخشد (Ahmadi et al., 2020). این نتیجه نشان می‌دهد که فعال‌سازی هیجان‌های مثبت و منابع روان‌شناختی می‌تواند بر رفتار و سلامت جسمانی اثر بگذارد. همچنین، نتایج زارع خفری درباره اثربخشی یک مداخله روان‌شناختی ساختاریافته بر اضطراب و افکار وسواسی، از قابلیت تغییر الگوهای شناختی و هیجانی از طریق درمان حمایت

تغییرات مشاهده شده تا چه مدت پس از پایان مداخله باقی می ماند. همچنین، کنترل کامل عواملی مانند وضعیت بیماری های جسمانی، کیفیت روابط خانوادگی، میزان حمایت اجتماعی و رویدادهای تنش زای هم زمان امکان پذیر نبود.

پیشنهاد می شود پژوهش های آینده درمان راه حل محور را در نمونه های بزرگ تر و متنوع تر، از جمله سالمندان ساکن مراکز نگهداری، سالمندان دارای بیماری های مزمن و سالمندان مناطق روستایی بررسی کنند. استفاده از نمونه گیری تصادفی و اجرای پژوهش در چند مرکز می تواند قابلیت تعمیم یافته ها را افزایش دهد. افزودن مراحل پیگیری سه ماهه، شش ماهه و یک ساله برای ارزیابی پایداری اثرات درمان ضروری است. همچنین، مقایسه درمان راه حل محور با مداخلاتی مانند معنادرمانی، درمان شناختی رفتاری، مداخلات مبتنی بر شفقت و برنامه های آموزش خودمراقبتی می تواند اثربخشی نسبی آن را روشن سازد. بررسی نقش میانجی خودکارآمدی، امید، حمایت اجتماعی و معنای زندگی نیز می تواند سازوکارهای تأثیر مداخله را مشخص کند. برای فهم بهتر معنادار نشدن تغییر تنهایی عاطفی، انجام مطالعات کیفی و بررسی تجربه سالمندان از فقدان، صمیمیت و روابط نزدیک نیز پیشنهاد می شود.

پیشنهاد می شود مراکز مشاوره، خانه های سلامت، مراکز روزانه سالمندان و واحدهای مددکاری نهادهای حمایتی، جلسات گروهی درمان راه حل محور را در برنامه های خدماتی خود بگنجانند. مشاوران و مددکاران اجتماعی می توانند با استفاده از فونونی مانند پرسش های استثنا، مقیاس بندی، هدف گذاری تدریجی و شناسایی نقاط قوت، سالمندان را به گسترش روابط اجتماعی و انجام رفتارهای خودمراقبتی تشویق کنند. بهتر است اهداف سلامت به اقدامات کوچک، کم هزینه و متناسب با توانایی جسمانی و شرایط اقتصادی هر سالمند تبدیل شوند. مشارکت اعضای خانواده در بخشی از برنامه ها نیز می تواند به بهبود ارتباطات و حمایت از رفتارهای مراقبتی کمک

کند. علاوه بر این، تشکیل گروه های همیار سالمندان، تماس های پیگیری، برنامه های مشارکت اجتماعی و آموزش کارکنان مراکز حمایتی می تواند شرایط لازم را برای تداوم دستاوردهای درمان و کاهش انزوای اجتماعی سالمندان فراهم سازد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می گردد.

References

- Abbasi, A., & Abbasi, G. (2025). The Effectiveness of Awareness Training Based on Enhancing Self-Care Skills on High-Risk Sexual Behaviors and General Self-Efficacy among Socially Harmed Women. *Social Psychology Research*, 15(58), 71-86.
- Aghajani, T., Ezzatifard, A., Alaei Jannat-Makan, M., Solhi, M., Foroughan, M., & Ghahremanzadeh, N. (2024). The Effect of Loneliness on the Mental Health of Older Adults Covered by the West Tehran Health Center: A Cross-Sectional Study. *Payesh*, 23(2), 221-231.
- Ahmadi, Z., Bazazian, S., Tajeri, B., & Rajab, E. (2020). The Effectiveness of Laughter Therapy on Self-Compassion and Blood Glucose Reduction in Older Patients with Type 2 Diabetes. *Disability Studies*, 10(1), 1-11.

- Bahrevar, V., Abolfathi Momtaz, Y., & Hosseini, S. (2023). Feeling Lonely among the Elderly in Iran: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3624.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The Growing Problem of Loneliness. *The lancet*, 391, 426.
- D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S., & Cayaban, A. R. R. (2017). Self-Efficacy and Self-Care Behaviours among Adults with Type 2 Diabetes. *Applied Nursing Research*, 36, 25-32.
- Dong, H., Zhang, D., & Wang, T. (2024). Effects of Solution-Focused Brief Therapy on Self-Care and Mental Health among Older Adults at Risk of Coronary Heart Disease: A Randomized Controlled Trial. *Geriatric Nursing*, 57, 11-16.
- Durante, A., De Maria, M., Boyne, J., Jaarsma, T., Juarez-Vela, R., Strömberg, A., & Vellone, E. (2021). Development and Testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale Caregiver Version. *Patient Education and Counseling*, 104(8), 2106-2111.
- Esmaeili Shad, B. (2020). The Effectiveness of Self-Care Training on Quality of Life, Self-Care Behaviors, and Blood Glucose among Older Adults Lacking Self-Care Behaviors. *Aging Psychology*, 6(1), 1-11.
- Esmailpour, D., Panah-Ali, R., Aghdasi, E., Naghi, A., & Khademi, A. (2022). A Comparison of the Effectiveness of Group Logotherapy and Solution-Focused Therapy on Death Anxiety and Loneliness among Older Women Fearful of Contracting COVID-19. *Aging Psychology*, 8(3), 149-235.
- Golij, F., Sadeghi, E., & Saffarinia, M. (2025). Predicting Aggressive Behaviors Based on Emotional Expressiveness, Loneliness, and Hope for Life among Female University Students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 14(8), 211-220.
- Jannesari, N., Roshanaei, O., & Roshanaei, H. (2025). A Review of the Role of Coping Strategies and Adaptation Patterns in Predicting and Reducing Loneliness and Improving Meaning in Life among Older Adults Residing in Care Centers. *Bimonthly Journal of Elites in Sciences and Engineering*, 10(105).
- Kakavand, Y. (2016). *Social and Cultural Factors Associated with Quality of Life among Older Adults in Kermanshah, with Emphasis on Different Dimensions of Social Support* [Doctoral dissertation, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Faculty of Social Sciences].
- Pouretamad, H. R., Mohammadkhani, P., & Joushghani, R. (2021). The Effectiveness of Spiritual Psychotherapy on Meaning in Life and Loneliness among Older Adults. *Clinical Psychology Studies*, 11(43), 61-87.
- Sattari, S., & Zarnaghsh, M. (2018). The Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy in Increasing Adjustment and Reducing Psychological Loneliness among Spouses of Veterans. *Clinical Psychology Achievements*, 4(3), 1-8.
- Sharifi, S., & Abbasi, S. (2019). The Relationship between Daily Spiritual Experiences and Happiness among Older Adults in the Isfahan Retirees Association. *Nursing Quarterly*, 3(2), 34-45.
- Zare Khofri, Z. (2021). *The Effectiveness of Schema Therapy on Anxiety and Obsessive Thoughts among Primary School Teachers with and without COVID-19 in Nurabad Mamasani* [Master's thesis, Payame Noor University, Yasuj].