

تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر

محسن گل‌پرور*

وحیده بهاری**

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی) در دانشجویان دختر انجام شد. روش پژوهش آزمایشی و جامعه آماری، دانشجویان دختر روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور شهرضا بودند که از بین آن‌ها به صورت تصادفی ساده ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. طرح پژوهش آزمایشی دو گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت آموزش کیفیت زندگی درمانی قرار گرفتند. ابزار

* (نویسنده مسئول) دکتری، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اصفهان (خوراسگان)؛ drmgolparvar@gmail.com

** کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)؛ Vbahari@yahoo.com

پژوهش پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی (مک‌گی، ۲۰۱۱) بود و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) تحلیل شد. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گواه در امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که در پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون در خودکارآمدی، امیدواری و در جهت‌گیری به زندگی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی

کیفیت زندگی درمانی؛ سرمایه روان‌شناختی؛ دانشجویان دختر.

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی و پیچیده است که برای تعریف و سنجش آن معیار مطلق و جهان شمولی وجود ندارد. از نظر سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO)، کیفیت زندگی باورهای انسان از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این باورها با انتظارات، معیارها و اولویت‌های مورد نظر در زندگی هر یک از انسان‌ها محسوب می‌شود (فریش^۲، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶؛ یائو و وو^۳، ۲۰۰۵، یائو، وو و یانگ^۴، ۲۰۰۸؛ ویمبرلی^۵، ۲۰۱۰). علی‌رغم اینکه اجزاء کیفیت زندگی، بسته به دوره زمانی و موقعیت جغرافیایی و شرایط فرهنگی تغییر می‌کنند، ولی در یک نگاه اجمالی می‌توان گفت که مؤلفه‌های این پدیده را می‌توان بر اساس ارزش‌های فردی، اجتماعی و فرهنگ ملی خاص نیز تعریف و مشخص نمود (بوگنار^۶، ۲۰۰۵؛ فریش، کلارک، روز، راد، پاولک و همکار^۷، ۲۰۰۵؛ چاوان، کومار، آرون، بالا و سینگ^۸، ۲۰۰۶؛ اک و نویل^۹، ۲۰۰۷؛ گواتاکوترا و

1. World Health Organizaion (WHO)
2. Frisch
3. Yao & Wu
4. Yang
5. Wimberly
6. Bognar
7. Frisch, Clark, Rouse, Rudd, Paweleck etal
8. Chavan, Kumar, Arun, Bala & Singh
9. Eack & Newhill



استیمسون^۱، ۲۰۰۷). در هر حال لازم است در توجه به کیفیت زندگی انسان‌ها به این واقعیت توجه شود که انسان موجودی است که برمبنای تصویر ذهنی خود از واقعیت زندگی می‌کند و رفتارش از ذهنیات و ادراکاتی که از واقعیت دارد تاثیر می‌پذیرد (بوگنار، ۲۰۰۵؛ اک و نویل، ۲۰۰۷).

بر پایه تعریف سازمان بهداشت جهانی می‌توان گفت آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی^۲، رویکردی است درمانی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، شناخت‌درمانی و نظریه نظریه کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۴). فریش (۲۰۰۴ و ۲۰۰۶) بنیان‌های نظری کیفیت زندگی درمانی را نظریه شناختی، نظریه فعالیت و روان‌شناسی مثبت‌نگر اعلام کرده و بر این باور تأکید نموده که کیفیت زندگی درمانی به دنبال آن است تا به انسان‌ها کمک کند رویکردهای فعال مثبت‌تری را برای زندگی در پیش بگیرند. تمرینات و آموزش‌هایی نیز که در متن کیفیت زندگی درمانی استفاده می‌شوند حول پنج محور شرایط زندگی، نگرش‌ها، استانداردهای شخصی، اهمیت ارزش‌ها در زندگی و رضایت کلی از خود و زندگی متمرکز است (فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶؛ یائو و وو، ۲۰۰۵، یائو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویمبرلی، ۲۰۱۰). در این نوع آموزش سی اصل بسیار مهم (معطوف به مسائلی نظیر سلامتی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول، کار، بازی و سرگرمی، یادگیری، خلاقیت، یاری‌رسانی، عشق، دوستان، کودکان و فرزندان و بستگان) به شیوه‌های کاربردی به افراد آموزش داده می‌شوند. آموزش در پنج محور اصلی کیفیت زندگی درمانی همراه با سی اصل آن این امکان را فراهم می‌کند تا افراد جهت‌گیری مثبت‌تری را در زندگی در پیش بگیرند. با چنین تأکیدی کیفیت زندگی درمانی را می‌توان هم برای افراد دارای مشکلات روان‌شناختی و هم برای افراد فاقد مشکلات روانی استفاده نمود (فریش، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶).

تاکنون در پژوهش‌های گذشته نشان داده شده که متغیرهای مختلفی تحت تأثیر کیفیت زندگی درمانی قرار می‌گیرند. در واقع از زمان طرح کیفیت زندگی درمانی در مجامع علمی تاکنون، این شیوه آموزشی - درمانی در عرصه‌های مختلفی به کار گرفته شده است (فریش، ۲۰۰۶؛ نجات، منتظری، هولاکویی، محمد و مجدزاده، ۲۰۰۸؛ کون و چویی^۳، ۲۰۰۹). متغیری که در این پژوهش به عنوان متغیر وابسته برای کیفیت زندگی

1. Guhathakurta & Stimso
2. quality of life
3. Kwon & Choi

درمانی در نظر گرفته شده، سرمایه روان‌شناختی^۱ و مؤلفه‌های آن است. سرمایه روان‌شناختی که از جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر گرفته شده در برگیرنده چهار مشخصه خودکارآمدی^۲، تاب‌آوری^۳، امیدواری^۴ و جهت‌گیری به زندگی^۵ (خوش‌بینی) است. این متغیر و مؤلفه‌های آن امروزه از موضوعات بسیار مهم و مورد توجه پژوهشگران و نظریه‌پردازان مختلف است.

امیدواری، داشتن دید مثبت نسبت به آینده و توانایی ایجاد مسیرهایی برای رسیدن به اهداف و آرزوها تعریف شده است. اسنایدر و لوپز^۶ (۲۰۰۲) بر این باورند که امیدواری پیش‌بینی‌کننده تنظیم اهداف و دستیابی به آنها است. به بیانی ساده‌تر، امیدواری ترکیبی از عزم درونی در برابر رویدادهای بیرونی است که ما آرزو داریم رخ بدهند (مک‌گی^۷، ۲۰۱۱). در کنار امیدواری، در حوزه خودکارآمدی، مطابق دیدگاه شناختی - اجتماعی، انسان‌ها موجودات فعالی در نظر گرفته می‌شوند که قادر به خود نظم‌بخشی و تنظیم رفتار خود هستند، و به همین دلیل، به طور فعال در تحول خویشتن شرکت می‌کنند و می‌توانند با رفتارشان وقایع و رویدادها را کنترل نمایند. خودکارآمدی باعث تجهیز منابع انگیزشی و شناختی فرد می‌گردد و عاملی برای تأثیرگذاری بر رویدادها تلقی می‌گردد (پترسون و بایرون^۸، ۲۰۰۷؛ یوسف و لوتانز، ۲۰۰۷؛ اوی، لوتانز، اسمیت و پالمر^۹، ۲۰۱۰؛ یوکول-گانیرون^{۱۰}، ۲۰۱۲). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که خودکارآمدی پایه‌ای برای انگیزش، بهزیستی و دست‌آوردهای فردی در همه حیطه‌های زندگی است. به عنوان مؤلفه سوم در سرمایه روان‌شناختی، تاب‌آوری، مقابله موفقیت‌آمیز با عوامل فشارآفرین و موقعیت‌های دشوار تلقی می‌گردد (مک‌گی، ۲۰۱۱). مطالعات حوزه تاب‌آوری به عنوان حوزه‌ای پرتطرفدار در سال‌های اخیر، به مطالعه و کشف توانمندی‌های فردی و بین فردی اختصاص یافته است. این دست شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تاب‌آوری باعث مقاومت، پشتکار و

1. psychological capital

2. self efficacy

3. resiliency

4. hope

5. optimism

6. Snyder & Lopez

7. Mac Gee

8. Peterson & Byron

9. Avey, Luthans, Smith & Palmer

10. Ucol-Ganiron



پیشرفت در شرایط دشوار زندگی می‌گردد (یوکول-گانیرون، ۲۰۱۲). همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و بر این باورند که زندگی با معناتر از آن است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند (مک‌گی، ۲۰۱۱). بالاخره جهت‌گیری به زندگی، مشتمل بر سازه خوش‌بینی و بدبینی است. افراد خوش‌بین عموماً انتظار دارند که در زندگی برای آن‌ها حوادث و اتفاقات خوب بیشتر از حوادث ناخوشایند اتفاق بیفتد (اوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ یوکول-گانیرون، ۲۰۱۲).

افراد خوش‌بین همچنین با نگرستن به نیمه پر لیوان، تلاش می‌کنند در مواجهه با پدیده‌ها و حوادث مختلف زندگی به جنبه‌های مثبت آن بیشتر از جنبه‌های منفی توجه کنند. به همین دلیل خوش‌بینی موجب می‌شود تا افراد در مواجهه با مسائل واقعی در مسیر زندگی، پایان و فرجامی مثبت و خوب را انتظار داشته باشند. نتایج پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی (جهت‌گیری تبیینی مثبت به زندگی) مانند سرمایه‌ای بی‌پایان افراد را به کار و تلاش هدفمند و امیدوارانه می‌دارند. به همین دلیل است که گفته می‌شود سرمایه روان‌شناختی منبع درونی برای تلاش، فعالیت و جهت‌گیری نسبت به دنیای اطراف است و هرچه میزان خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری و خوش‌بینی بالاتر باشد، فرد منبع روانی قابل اتکا و بادوام‌تری را برای زندگی و حرکت در مسیر اهداف زندگی در درون خود احساس می‌کند (پترسون و بایرون، ۲۰۰۷؛ یوسف و لوتانز، ۲۰۰۷؛ اوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ یوکول-گانیرون، ۲۰۱۲).

در بررسی‌ها، پژوهش‌هایی که از آن طریق تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته باشد، در دسترس قرار نگرفت. اما پژوهش‌هایی نیز در عرصه کیفیت زندگی درمانی تاکنون انجام شده که به نوعی با اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی مرتبط است. گرنیت، سالسیدو، هاینان، فریش و پوستر^۱ (۱۹۹۵) بر روی شانزده داوطلب دارای علایم بالینی افسردگی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیماران افسرده همراه با خودکارآمدی آن‌ها تأثیر مثبت و معناداری دارند. رودریگو، باز، ویدوز و الر^۲ (۲۰۰۵) در

1. Grant, Salcedo, Hynan, Frisch & Puster
2. Rodrigue, Baz, Widows & Ehlers

پژوهشی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت زندگی، پریشانی خلقی و صمیمیت اجتماعی در بیماران ریوی را مورد بررسی قرارداداده و نشان دادند کیفیت زندگی درمانی در یک دوره پیگیری یک تا سه ماهه بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی و تنظیم خلقی بیماران ریوی مؤثر است. طغیانی، کلانتری، امیری و مولوی (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در سی نوجوان پرداخته و نشان دادند که کیفیت زندگی درمانی بر احساس سرزندگی، عواطف مثبت، تعیین‌کنندگی در زندگی (این سازه همپوشی قابل توجهی با خودکارآمدی و تاب‌آوری دارد) و بهزیستی ذهنی مؤثر است. قاسمی، کجباف و ربیعی (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان پرداخته و نشان دادند که کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان (کاهش سطح افسردگی، اضطراب و نارسایبی کارکرد اجتماعی) و بعد عاطفی بهزیستی ذهنی (عاطفه مثبت و منفی) دارای تأثیر معناداری است. ناگ‌یوئن و ناگ‌یوئن^۱ (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی کاری و کیفیت زندگی پرداخته و نشان دادند بین کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. آقاییوسفی، شقاقی، دهستانی و برقی ایرانی (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی پرداخته و نشان دادند بین این دو متغیر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

علاوه بر پژوهش‌های مورد اشاره، تاکنون کیفیت زندگی درمانی برای افراد مضطرب، معتاد (وابسته به مواد)، افراد دارای فشار روانی (استرس) و افراد دارای مشکلات ارتباطی و در مواردی برای بیماران روان‌پریش نیز استفاده شده و مشخص شده این نوع درمان و آموزش برای گروه‌های متنوعی از بیماران کلینیکی تا افراد عادی و غیربیمار دارای اثربخشی مطلوبی است (فریش، ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۶؛ نجات و همکاران، ۲۰۰۸؛ کون و چویی، ۲۰۰۹). از لحاظ نظری نیز انتظار اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی به لحاظ محتوای آموزش‌های ارائه شده در این نوع درمان وجود دارد. چنان‌که قبلاً نیز اشاره شد، نظریه کیفیت زندگی و کیفیت زندگی درمانی ریشه‌های عمیقی در روان‌شناسی مثبت‌نگر دارد. علی‌رغم این‌که می‌توان گفت کیفیت زندگی درمانی به لحاظ عملی وابستگی زیادی به فنون شناختی - رفتاری دارد (فریش، ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۶)، اما از نظر رویکرد، اتکاء زیادی به روان‌شناسی مثبت‌نگر دارد. به این معنی که

1. Nguyen & Nguyen



کیفیت زندگی درمانی همسو با تاکیدات روان‌شناسی مثبت‌نگر، بر ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و مشخصه‌های مثبت انسان تأکید می‌کند (فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶؛ یائو و وو، ۲۰۰۵، یائو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویمبرلی، ۲۰۱۰). محوریت آموزش‌ها و تعالیم این رویکرد نیز حول محور شادمانی و بهزیستی ذهنی دور می‌زند. به گمان نظریه کیفیت زندگی درمانی، کیفیت زندگی با ارزیابی ذهنی افراد درباره این‌که تا چه میزان نیازها، اهداف و آرزوهای آن‌ها در مسیر زندگی تحقق یافته و یا خواهد یافت ارتباطی تنگاتنگ دارد (گرنه و همکاران، ۱۹۹۵؛ فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶). در سرمایه روان‌شناختی نیز بر توان دستیابی به اهداف، نیازها و آرزوها (خودکارآمدی)، امیدواری در نیل به اهداف و داشتن پشتکار و انعطاف‌پذیری در دستیابی به اهداف و ارزش‌ها (امیدواری و تاب‌آوری)، همراه با اتخاذ رویکردی خوش‌بینانه و مثبت‌گرا در مواجهه با مسائل (جهت‌گیری به زندگی) تأکید قابل توجهی می‌شود (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۲؛ پترسون و بایرون، ۲۰۰۷؛ یوسف و لوتانز، ۲۰۰۷؛ اوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک‌گی، ۲۰۱۱؛ یوکول-گانیرون، ۲۰۱۲). این تأکیدات مشترک و همپوشی‌های مفهومی و محتوایی زمینه‌ساز تأثیر کیفیت زندگی درمانی را بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی فراهم خواهد ساخت. بر همین اساس از آنجایی که در کمتر پژوهشی تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در میان جمعیت غیربالینی مورد توجه قرار گرفته است؛ در این پژوهش تعیین تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در میان دانشجویان دختر به عنوان هدف نظر گرفته شد، تا از یک طرف شواهدی علمی و از طرف دیگر زمینه‌های استفاده از این رویکرد درمانی - آموزشی در میان گروه‌های غیربالینی و دانشجویی فراهم شود.

روش

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری است که در آن کیفیت زندگی درمانی متغیر مستقل و ابعاد سرمایه روان‌شناختی متغیر وابسته بوده‌اند. متغیر مستقل (آموزش کیفیت زندگی درمانی) فقط بر روی گروه آزمایش اعمال و در اجرای کیفیت زندگی درمانی، از رویکرد ارائه شده توسط فریش (۲۰۰۶) استفاده شد. ساختار جلسات آن به شرح جدول ۱ بود.

جدول ۱. شرح جلسات آموزش کیفیت زندگی

جلسه	شرح جلسه
اول	<ul style="list-style-type: none"> - آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر. - آشنایی آنان با مفاهیم کیفیت زندگی درمانی (ارائه تصویر درختی از شانزده حیطه کیفیت زندگی). - مشخص کردن رضایت از زندگی هر یک از اعضاء در شانزده حیطه کیفیت زندگی.
دوم	<ul style="list-style-type: none"> - معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی همراه با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی. - کار بر روی شرایط عینی و تغییر نگرش به منظور افزایش رضایت از زندگی مبتنی بر پنج ریشه مطرح شده در کیفیت زندگی درمانی (CASIO)
سوم	<ul style="list-style-type: none"> - ارائه خلاصه‌ای از بحث‌ها و فنون جلسه قبل. - نوشتن داوطلبانه افکار توسط چند نفر از اعضاء بر تابلو - آموزش جایگزین‌سازی افکار غیر منطقی با افکار منطقی - بررسی اصول و فرض‌های زیربنایی افکار، شناسایی باورهای محوری افکار غیرمنطقی و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی
چهارم	<ul style="list-style-type: none"> - مروری بر فنون و مباحث جلسه سوم و ارائه خلاصه‌ای از آن. - تعیین اهداف واقع بینانه به عنوان سومین ریشه از پنج ریشه (یعنی S) - کار بر روی تغییر اولویت یا مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در دیگر حوزه‌های زندگی که قبلا احساس می‌شده در آن رضایت پایین است.
پنجم	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش اصول کیفیت زندگی درمانی. - آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی با تاکید بر این امر که کیفیت زندگی درمانی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از ابعاد مختلف زندگی است.
ششم	<ul style="list-style-type: none"> - ادامه آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی.
هفتم	<ul style="list-style-type: none"> - ادامه آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی.
هشتم	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش تعمیم CASIO در تمامی ابعاد و بکارگیری اصول کیفیت زندگی درمانی در زندگی. - جمع‌بندی مباحث دوره آموزشی. - اجرای پس آزمون .

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانشجویان دختر رشته روان‌شناسی عمومی یکی از دانشگاه‌های پیام نور در استان اصفهان در بهار ۱۳۹۱ به تعداد ۱۶۰ نفر بودند. برای نمونه‌گیری در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (قرعه کشی) استفاده شد.



به این ترتیب که فهرست کامل دانشجویان دختر رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه مورد نظر با مراجعه به مسئول رشته روان‌شناسی در دانشگاه تهیه شد. از میان دانشجویان در چهار ورودی ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱، ۴۰ نفر (از هر ورودی ۱۰ نفر) به صورت قرعه‌کشی انتخاب شدند. سپس این ۴۰ نفر به صورت دو گروه ۲۰ نفری به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توصیه‌های مطرح برای حداقل نمونه مورد نیاز در مطالعات آزمایشی (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶) ۱۵ نفر در نظر گرفته شد، ولی برای جبران ریزش احتمالی و در جهت افزایش توان آزمون‌های آماری مورد استفاده برای هر گروه ۲۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) انتخاب شدند. پس از اجرای پژوهش به علت عدم شرکت سه نفر از اعضای نمونه، گروه نمونه پژوهش به ۳۷ نفر (۱۹ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه گواه) تقلیل یافت. از ابزار سنجش زیر در این پژوهش استفاده شده است.

پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسش‌نامه بیست و شش سؤالی که توسط مک‌گی (۲۰۱۱) با چهار خرده مقیاس خودکارآمدی (هشت سوال)، امید (شش سوال)، تاب‌آوری (شش سوال) و جهت‌گیری به زندگی (شش سوال) و مقیاس پاسخ‌گویی شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) ساخت و ارائه شده استفاده شد (یک نمونه سوال این پرسش‌نامه به این شرح است: وقتی با تکالیف دشواری در زندگی مواجه می‌شوم، اطمینان دارم که عاقبت آن‌ها را انجام خواهم داد، این سؤال مربوط به خودکارآمدی است). این پرسش‌نامه برای این پژوهش از طریق فرایند دو مرحله‌ای ترجمه و برای اولین بار مورد استفاده قرار گرفت. مک‌گی (۲۰۱۱) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را همراه با فرم‌های بیست و پنج سؤالی و دوازده سؤالی پرسش‌نامه‌های سرمایه روان‌شناختی به طور گسترده و وسیعی بررسی نموده و شواهدی متقنی از روایی و پایایی این پرسش‌نامه ارائه نموده است. روایی صوری و محتوایی این پرسش‌نامه توسط تنی چند از متخصصین در پژوهش حاضر بررسی و تأیید گردید. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بر روی بیست و شش سوال این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر همان چهار عامل معرفی شده توسط مک‌گی (۲۰۱۱) را در نسخه فارسی ترجمه شده به دست داد. آلفای کرونباخ

خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۰/۷ به دست آمد.

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی نمونه در گروه آزمایش و گواه، پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی به هر دو گروه داده شد. سپس برای اعضای گروه آزمایش، جلسات کیفیت زندگی درمانی به صورت گروهی برگزار شد. گروه آزمایش به مدت دو ماه و در قالب هشت جلسه یک و نیم ساعته در دانشگاه محل تحصیل خود تحت آموزش قرار گرفتند. برای آموزش از شیوه‌های فعال یادگیری مانند بارش مغزی در ابتدای هر جلسه و با طرح یک سؤال، بحث و مناظره و همچنین استفاده از تابلو برای یادداشت کردن مطالب مهم و یادآوری و تکالیف خانگی استفاده شد. در ابتدای هر جلسه ابتدا از مطالب ارائه شده در جلسه قبل ارزیابی به عمل می‌آمد و همچنین تکالیف خانگی خواسته شده، نحوه اجرا و یا مشکلات احتمالی بررسی می‌شد و پس از آن محتوای جلسه جدید ارائه می‌گردید. جلسات با استقبال خوب شرکت‌کنندگان مواجه شد اما با این حال در گروه، اندکی ریزش وجود داشت مواردی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند و یا پرسش‌نامه را ناقص تکمیل کرده بودند، از پژوهش حذف شدند. این آموزش‌ها بر مبنای آموزه‌های مطرح شده توسط فریش (فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶) به اجرا درآمدند. در پایان جلسه هشتم از هر دو گروه خواسته شد پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی را دوباره پاسخ دهند (پس‌آزمون). جلسه پیگیری نیز به فاصله یک ماه بعد از پایان پس‌آزمون در همان محل برگزار شد. به منظور مقایسه امتیازات دو گروه آزمایش و گواه و کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل کوواریانس چند متغیری همراه با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف (برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها)، آزمون لوین (برای بررسی برابری واریانس‌ها) و آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS^۱ نسخه ۱۸ تحلیل گردید.

یافته‌ها

در جدول ۲ نتایج بررسی پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

۱. Statistical Package for Social Science (Version 18)



جدول ۲. نتایج آزمون نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌ها در ابعاد سرمایه روان‌شناختی

آزمون باکس			آزمون لوین		آزمون کولموگروف- اسمیرنوف		متغیرها	ردیف	آزمون
p	F	Box M	p	F	p	Z			
۰/۵۳	۰/۹	۱۰/۳۲	۰/۲۸	۱/۱۸	۰/۴	۰/۹۵	خودکارآمدی	۱	آزمون نرمال بودن
			۰/۹۹	۰۰۳	۰/۱	۱/۱۶	امیدواری	۲	
			۰/۱۲	۲/۵۸	۰/۷	۰/۶۹	تاب‌آوری	۳	
			۰/۳۹	۰/۷۷	۰/۱۵	۰/۹۷	جهت‌گیری به زندگی	۴	
۰/۱۶	۱/۴۴	۱۶/۴۴	۰/۷۹	۰/۰۷	۰/۵	۰/۸۹	خودکارآمدی	۵	آزمون برابری واریانس
			۰/۷۱	۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۹۹	امیدواری	۶	
			۰/۵۵	۰/۳۶	۰/۶۵	۰/۷	تاب‌آوری	۷	
			۰/۲۷	۱/۳۶	۰/۱۱	۱	جهت‌گیری به زندگی	۸	

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون و پیگیری ابعاد سرمایه روان‌شناختی نرمال بودن توزیع متغیرها ($p > 0.05$)، برابری واریانس‌ها ($p > 0.05$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار ابعاد سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون (به صورت تعدیل‌شده) و پیگیری (به صورت تعدیل‌شده) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و خطای استاندارد مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

ردیف	ابعاد سرمایه روان‌شناختی	آزمون	پیش‌آزمون		پس‌آزمون تعدیل‌شده		پیگیری تعدیل‌شده	
			SE	M	SE	M	SE	M
۱	خودکارآمدی	گروه آزمایش	۱/۱	۳۵/۲۵	۱	۳۹/۱۵	۱	۴۰/۲۷
		گروه گواه	۱	۳۵/۳۱	۰/۹۸	۳۷/۳۸	۰/۹۷	۳۶/۰۶
۲	امیدواری	گروه آزمایش	۰/۹	۳۳/۹۸	۰/۸۸	۳۷/۲	۰/۸۷	۳۸/۲۷
		گروه گواه	۰/۸۸	۳۳/۵۸	۰/۸۶	۳۴/۲۳	۰/۸۵	۳۴/۲۲
۳	تاب‌آوری	گروه آزمایش	۰/۶۶	۲۱/۳۷	۰/۵۸	۲۲/۹۳	۰/۶۲	۲۲/۹۶
		گروه گواه	۰/۶۵	۲۱/۳۳	۰/۵۷	۲۱/۳۶	۰/۶	۲۲/۰۱
۴	جهت‌گیری به زندگی	گروه آزمایش	۰/۵۳	۲۱/۶۵	۰/۵۹	۲۴/۱۸	۰/۶۳	۲۴/۸
		گروه گواه	۰/۵۲	۲۱/۶۸	۰/۵۷	۲۱/۷۲	۰/۶۱	۲۱/۸۸

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون میانگین خودکارآمدی (گروه آزمایش برابر با ۳۹/۱۵ و گروه گواه برابر با ۳۷/۳۸)، امیدواری (گروه آزمایش برابر با ۳۷/۲ و گروه گواه برابر با ۳۴/۲۳)، تاب‌آوری (گروه آزمایش برابر با ۲۲/۹۳ و گروه گواه برابر با ۲۱/۳۶) و جهت‌گیری به زندگی (گروه آزمایش برابر با ۲۴/۱۸ و گروه گواه برابر با ۲۱/۷۲) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در حد بالاتری بوده است. همچنین چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیگیری میانگین خودکارآمدی (گروه آزمایش برابر با ۴۰/۲۷ و گروه گواه برابر با ۳۶/۰۶)، امیدواری (گروه آزمایش برابر با ۳۸/۲۷ و گروه گواه برابر با ۳۴/۲۲) و جهت‌گیری به زندگی (گروه آزمایش برابر با ۲۴/۸ و گروه گواه برابر با ۲۱/۸۸) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در حد بالاتری بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شده بر پس‌آزمون ابعاد سرمایه روان‌شناختی بعد از کنترل پیش‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر پس‌آزمون ابعاد سرمایه روان‌شناختی پس از کنترل پیش‌آزمون

ردیف	ابعاد سرمایه روان‌شناختی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
۱	خودکارآمدی	۲۷/۶۶	۱	۲۷/۶۶	۱/۵۴	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۳
۲	امیدواری	۷۸/۴۸	۱	۷۸/۴۸	۵/۶۶	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۶۳
۳	تاب‌آوری	۲۲/۰۸	۱	۲۲/۰۸	۳/۶۶	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۴۶
۴	جهت‌گیری به زندگی	۵۴/۱۳	۱	۵۴/۱۳	۸/۷۹	۰/۰۰۶	۰/۲۲	۰/۸۲

چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون بین خودکارآمدی گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=1/54$ و $p>0/05$) وجود ندارد، اما بین امیدواری دو گروه $F=5/66$ و $p<0/05$ ، مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۱۵ و توان آزمون نیز برابر با ۰/۶۳ تفاوت معنادار است. همچنین در مرحله پس‌آزمون بین تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه ($F=3/66$ و $p\leq 0/05$)، مجذور سهمی اتا و توان آزمون نیز به ترتیب برابر با ۰/۱۱ و ۰/۴۶ و بین جهت‌گیری به زندگی گروه آزمایش و گواه ($F=8/79$ و $p<0/01$)، مجذور



سهمی اتا و توان آزمون در مرحله پس‌آزمون در جهت‌گیری به زندگی به ترتیب برابر با ۰/۲۲ و ۰/۸۲) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شده در مرحله پیگیری بر ابعاد سرمایه روان‌شناختی بعد از کنترل پیش‌آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر پیگیری ابعاد سرمایه روان‌شناختی پس از کنترل پیش‌آزمون

رتبه	ابعاد سرمایه روان‌شناختی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
۱	خودکارآمدی	۱۵۸/۷	۱	۱۵۸/۷	۸/۹۷	۰/۰۰۵	۰/۲۲	۰/۸۳
۲	امیدواری	۱۴۶/۸۶	۱	۱۴۶/۸۶	۱۰/۹۴	۰/۰۰۲	۰/۲۶	۰/۸۹
۳	تاب‌آوری	۸/۰۱	۱	۸/۰۱	۱/۱۸	۰/۲۹	۰/۰۴	۰/۱۸
۴	جهت‌گیری به زندگی	۷۶/۰۸	۱	۷۶/۰۸	۱۰/۹۷	۰/۰۰۲	۰/۲۶	۰/۸۹

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در مرحله پیگیری بین خودکارآمدی گروه آزمایش و گواه ($F=۸/۹۷$ و $p<۰/۰۱$)، مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۲۲ و توان آزمون برابر با ۰/۸۳)، بین امیدواری گروه آزمایش و گواه ($F=۱۰/۹۴$ و $p<۰/۰۱$)، مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۲۶ و توان آزمون برابر با ۰/۸۹) و بین جهت‌گیری به زندگی گروه آزمایش و گواه ($F=۱۰/۹۷$ و $p<۰/۰۱$)، مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۲۶ و توان آزمون برابر با ۰/۸۹) تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه ($F=۱/۱۸$ و $p>۰/۰۵$) تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی در مرحله پیگیری تفاوت در تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه تأیید نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش که با هدف تعیین تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان دختر اجرا شد، شواهدی از تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر به دست داد. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی درمانی در مرحله پس‌آزمون بر امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری

به زندگی تاثیر مثبتی داشته، ولی بر خودکارآمدی تأثیر نداشته است. این بخش از یافته‌های پژوهش با رویکرد مثبت نگر به کیفیت زندگی درمانی که نظریه‌پردازان این عرصه بر آن تأکید نموده‌اند (فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶؛ یائو و وو، ۲۰۰۵، یائو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویمبرلی، ۲۰۱۰) همسویی نشان می‌دهد. همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش، به طور نسبی با یافته‌های مطرح در حوزه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر علائم اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی (گرننت و همکاران، ۱۹۹۵؛ رودریگو و همکاران، ۲۰۰۵؛ طغیانی و همکاران، ۲۰۱۱؛ قاسمی و همکاران، ۲۰۱۱) و همچنین با یافته‌های پژوهشگرانی که بین کیفیت زندگی و سرمایه روان شناختی و مؤلفه‌های آن رابطه مثبت گزارش نموده‌اند (ناگیوئن و ناگیوئن، ۲۰۱۲؛ آقاییوسفی و همکاران، ۲۰۱۲) همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش لازم است به دو نکته توجه شود. نکته اول به عدم تأثیر معنادار کیفیت زندگی درمانی بر خودکارآمدی مربوط می‌شود. این یافته این احتمال را مطرح می‌سازد که خودکارآمدی به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در مطالعات آزمایشی (در قالب طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نظیر پژوهش حاضر، نیازمند طول زمان بیشتری (پس از اتمام دوره آموزشی) است تا طی آن افراد مهارت‌های شناختی و رفتاری فراگرفته شده خود را در دوره آموزش در زندگی استفاده کنند و سپس سطح خودکارآمدی آن‌ها افزایش یابد. تبیین بعدی این‌که محتمل است به لحاظ محتوایی لازم باشد برای تقویت بیشتر خودکارآمدی، آموزش‌های کیفیت زندگی از نظر تمرکز بیشتر بر مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم در عرصه خودکارآمدی مورد تقویت قرار گیرند. نکته دوم مربوط به تاثیر مثبت کیفیت زندگی درمانی بر امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی (با تاکید بر خوش‌بینی) است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که کیفیت زندگی درمانی را می‌توانیم آموزشی مبتنی بر تقویت سرمایه روان‌شناختی به حساب آوریم که به لحاظ ماهیت امید، انعطاف، مقاومت، پشتکار و خوش‌بینی را بر نظام شناختی و سپس رفتاری افراد مسلط نموده و از این طریق رضایت از زندگی، خود و دیگران را افزایش می‌دهد. چنین نقشی برای کیفیت زندگی درمانی از سازوکار تقویت تصور افراد از خود و جهان پیرامون نشأت می‌گیرد. به معنایی دقیق‌تر کیفیت زندگی درمانی موجب می‌شود تا افراد خود و



توانایی‌هایشان را همراه با لحظات و حوادث زندگی با نگاهی مثبت و رو به تحول نگریسته و از آن طریق باعث تقویت امیدواری، تاب‌آوری و خوش بینی شود. فریش (۲۰۰۴ و ۲۰۰۶) که از بنیانگذاران کیفیت زندگی درمانی محسوب می‌شود، این رویکرد را مبتنی بر نظریه شناختی، نظریه فعالیت و روان‌شناسی مثبت‌نگر معرفی نموده و اعلام داشته که کیفیت زندگی درمانی به دنبال آن است تا به انسان‌ها کمک کند رویه‌ها و باورهای فعال مثبت‌تری را برای زندگی در پیش بگیرند. تمرینات و آموزش‌های این رویکرد نیز حول پنج محور شرایط زندگی، نگرش‌ها، استانداردهای شخصی، اهمیت ارزش‌ها در زندگی و رضایت کلی از خود و زندگی متمرکز است (فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶؛ یائو و وو، ۲۰۰۵، یائو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویمبرلی، ۲۰۱۰). در این نوع آموزش سی اصل بسیار مهم (معطوف به مسائلی نظیر سلامتی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول، کار، بازی و سرگرمی، یادگیری، خلاقیت، یاری‌رسانی، عشق، دوستان، کودکان و فرزندان و بستگان) به افراد به شیوه‌ای کاربردی آموزش داده می‌شوند. آموزش در پنج محور اصلی کیفیت زندگی درمانی همراه با سی اصل آن این امکان را فراهم می‌کند تا افراد جهت‌گیری مثبت‌تری را در زندگی در پیش بگیرند.

این همان نکته‌ای است که اساساً در یافته‌های این پژوهش به دست آمد. البته چند احتمال در اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (به ویژه امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی) مطرح است. مهم‌ترین نکته این‌که بسیار محتمل است به دلیل ماهیت مثبت و کاربردی کیفیت زندگی درمانی، حلقه اثرات این رویکرد بر متغیرهای شناختی و عملکردی در گروه‌های مختلف (نظیر افراد افسرده، روان‌پریش، مضطرب و...، فریش، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶؛ گرت و همکاران، ۱۹۹۵؛ یائو و وو، ۲۰۰۵؛ رودریگو و همکاران، ۲۰۰۵؛ یائو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویمبرلی، ۲۰۱۰؛ طغیانی و همکاران، ۲۰۱۱؛ قاسمی و همکاران، ۲۰۱۱) از طریق مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی واسطه‌گری شوند. به این معنی که پیش از هرگونه تأثیر مثبت کیفیت زندگی درمانی بر شاخص‌های خلقی، شناختی و عملکردی، ابتدا امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی تقویت و سپس سرمایه روان‌شناختی باعث تضعیف شناخت‌ها و رفتارهای منفی و در مقابل تقویت شناخت‌ها و رفتارهای مثبت شوند.

در مرحله پیگیری، یافته‌های این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی که در پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نبود، در پیگیری معنادار و در مقابل تاب‌آوری که در پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت بود، در پیگیری غیرمعنادار شد. در درجه اول این که پس از یک ماه خودکارآمدی در گروه آزمایش با گروه کنترل معنادار شد. این یافته نشان می‌دهد که خودکارآمدی مؤلفه‌ای از سرمایه روان‌شناختی است که برای تقویت شدن نیازمند زمان بیشتری از سه مؤلفه امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری به زندگی است. خودکارآمدی از لحاظ نظری

بسیار محتمل است که خودکارآمدی به عنوان یک سازه باور- عملکرد محور، آن‌گونه که در نظریه شناختی و اجتماعی بیان شده (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۲؛ پترسون و بایرون، ۲۰۰۷؛ یوسف و لوتانز، ۲۰۰۷؛ اوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ یوکول-گانیرون، ۲۰۱۲) نیازمند فرصت برای تجربه مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی - رفتاری باشد. در عین حال داوری در باب ظرفیت‌ها و شایستگی‌های خود که به عنوان یک انتظار تعمیم یافته در خودکارآمدی مطرح است، بیش از آن که باور محور باشد، با احتمال زیاد عملکرد محور است. همین امر می‌تواند باعث شود تا بلافاصله پس از اتمام دوره آموزشی کیفیت زندگی، افراد به دلیل این که هنوز فرصت کافی برای تجربه شایستگی‌ها و مهارت‌های آموزش داده شده نداشته‌اند، چندان تفاوتی را با گروه کنترل نشان ندهند و در عوض این تفاوت در پیگیری نمایان شود. اما غیرمعنادار شدن تاب‌آوری در پیگیری نیز جای تامل دارد. تاب‌آوری در یک نگاه اجمالی مقابله موفقیت‌آمیز فرد با عوامل فشار آفرین و موقعیت‌های دشوار است (مک‌گی، ۲۰۱۱). این که چرا کیفیت زندگی درمانی اثرات پایداری بر تقویت تاب‌آوری نداشته به نظر غیرمنطقی می‌رسد. اما ممکن است از این واقعیت نشأت گرفته باشد که به هر حال تاب‌آوری به منظور اثرات پایدارتر مستلزم آموزش‌هایی فراتر از آموزش‌های مطرح در کیفیت زندگی درمانی باشد. به هر حال در مجموع نتایج حاصل از پیگیری در مطالعه حاضر نشان داد که اثرات کیفیت زندگی درمانی می‌تواند اثراتی به نسبت پایدار باشد.

پیشنهاد کاربردی در جهت یافته‌های پژوهش حاضر، توجه به نقش کیفیت زندگی درمانی برای تقویت مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان دختر باز می‌گردد. از آن جایی که مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی تاثیرات مثبت انکار ناپذیری در زندگی افراد دارند (پترسون و بایرون، ۲۰۰۷؛ یوسف و لوتانز، ۲۰۰۷؛ اوی و همکاران، ۲۰۱۰؛



یوکول-گانیرون، ۲۰۱۲)، بسیار مفید است که این نوع آموزش در دانشگاه‌ها به صورت دوره‌ای برای دانشجویان برگزار شود. در حوزه پژوهشی نیز لازم است پژوهشگران علاقه‌مند نقش‌های واسطه‌ای مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی را در اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سازه‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب و مؤلفه‌های کیفیت زندگی مورد بررسی قرار دهند. در پایان نیز باید توجه داشت که این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بوده است. محدودیت اول این که گروه نمونه پژوهش حاضر را دانشجویان روان‌شناسی که آشنایی نسبی با بحث‌ها و متغیرهای روان‌شناختی دارند، تشکیل داده است. مطلوب است که این پژوهش با گروه‌های نمونه دیگری به جز دانشجویان روان‌شناسی نیز در آینده اجرا گردد. محدودیت دوم پژوهش حاضر به جنسیت گروه نمونه پژوهش باز می‌گردد. گروه نمونه این پژوهش را دختران تشکیل داده‌اند، لذا در تعمیم نتایج به گروه دانشجویان پسر لازم است احتیاط صورت گیرد.

منابع

سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۷۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ اول، تهران: نشر رسا.

- Avey, J.B., Luthans, F., Smith, R.M., & Palmer, N.F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology* 15(1), 17-28.
- Agha Yousefi, A., Shaghghi, F., Dehestani, M., & Barghi Irani, Z. (2012). The relationship between quality of life (QOL) and psychological capital with illness perception in MS patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 1(1), 32-45.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social Theory and Practice*, 31 (4), 561-580.
- Chavan, B.S., Kumar, S., Arun, P., Bala, C., & Singh, T. (2006). Knowledge and attitude towards ECT among Indian patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(1), 34-8.
- Eack, S.M., & Newhill, C.E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225-1237.
- Frisch, M. B. (1992). Use of the quality of life inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In A. Freeman & F. Dattilio (Eds), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27-52). Plenum Press, New York.

- Frisch, M.B. (1993). The quality of life inventory: a cognitive behavioral tool for complete problem assessment, treatment planning, and outcome evaluation. *Behavior Therapy, 16*(2), 42–44.
- Frisch, M.B. (1994). *Quality of life inventory (QOLI)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.
- Frisch, M.B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology, 5*(1), 19–40.
- Frisch, M.B. (2004). Use of the QOLI or quality of life inventory in quality of life therapy and assessment. In M. R. Maruish (ed), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment, vol 3, instruments for adults* (pp. 749–798). Erlbaum, Manwah, NJ.
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Wiley and Sons, Hoboken, NJ.
- Frisch, M. B., Clark, M. P., Rouse, S.V., Rudd, M. D., Paweleck, J., & Greenstone, A. (2005). Predictive and treatment validity of life satisfaction and quality of life inventory. *Assessment, 12*(1), 66–87.
- Ghasemi, N., Kajbaf, M.B., & Rabiei, M. (2011). The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health. *Journal of Clinical Psychology, 3*(2), 23-34.
- Grant, M. G., Salcedo, V., Hynan, L.S., Frisch, M.B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Reports, 76*(3), 1203-1208.
- Guhathakurta, S., & Stimson, R. (2007). What is driving the growth of new Sunbelt metropolises? Quality of life and urban regimes in Greater Phoenix and Brisbane South East Queensland region. *International Planning Studies, 12*(2), 129-152.
- Kwon, J. S., & Choi, J. S. (2009). Social functioning and quality of life as measures of effectiveness in the treatment of schizophrenia. *World Psychiatry, 8*(1), 35-6.
- Mac Gee, E.A. (2011). An examination of the stability of positive psychological capital using frequency-based measurement. *PhD dissertation, University of Tennessee*. <http://trace.tennessee.edu/atlak-graddiss/999>.
- Nedjat, S., Montazeri, A., Holakouie, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, R. (2008). Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. *BMC Health Services Research, 8*(21March), 61.
- Nguyen, T.D., & Nguyen, T.T.M. (2012). Psychological capital, quality of work life, and quality of life of marketers: evidence from Vietnam. *Journal of Macro-marketing, 32*(1), 87-95.



- Peterson, S. J., & Byron, K. (2007). Exploring the role of hope in job performance: Results from four studies. *Journal of Organizational Behavior, 29*(6), 785–803.
- Rodrigue, J.R., Baz, M.A., Widows, M.R., & Ehlers, S. L. (2005). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation, 5*(10), 2425–2432.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Toghyani, M., Kalantari, M., Amiri, S., & Molavi, H. (2011). The effectiveness of quality of life therapy on subjective well-being of male adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30*(2011), 1752-1757.
- Ucol-Ganiron, T. (2012). The additive value of psychological capital in predicting structural project success and life satisfaction of structural engineers. *International Journal of Social Science and Humanity, 4*(2), 291-295.
- Wimberly, D. (2010). Quality of life trends in the southern black belt, 1980- 2008: A research note. *Journal of Rural Social Sciences, 25*(1), 103-118.
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resiliency. *Journal of Management, 33*(5), 774–800.
- Yao, G., & Wu, C. (2005). Factorial invariance of the WHOQOLBREF among diseases groups. *Quality of Life Research, 14*(8), 1881–1888.
- Yao, G., Wu, C., & Yang, C. (2008). Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Social Science and Medicine, 85*(3), 483–498.