

اثربخشی آموزش مثبت‌نگری در افزایش کیفیت زندگی با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی

علی فرنام^۱، محمد حمیدی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش کیفیت زندگی با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی در کارکنان اداره کل آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با گروه آزمایش و گواه بود. روش نمونه‌گیری ابتدا کل جامعه آماری به تعداد ۳۰۰ نفر پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی sf-۳۶ را تکمیل کردند و شرکت‌کنندگانی که پایین‌ترین نمره را اخذ کردند تعداد ۵۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. به گروه آزمایش هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی، آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر قرآن و آموزه‌های دینی ارائه گردید. در پایان آموزش، از هر دو گروه خواسته شد پرسشنامه مذکور را دوباره تکمیل نمایند. در مرحله‌ی بعد، پس از سه ماه آزمون پیگیری برای سنجش ماندگاری آموزش‌های داده شده اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) استفاده شد. نتایج آزمون‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. و در مرحله‌ی پیگیری نیز ثبات داشته است. نتایج نشان می‌دهد که آموزش گروهی مثبت‌نگری با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی باعث افزایش تمامی زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

واژگان کلیدی: آموزش مثبت‌نگری، کیفیت زندگی، قرآن و آموزه‌های اسلامی

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان/ایران (نویسنده مسئول) Farnam@ped.usb.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، زاهدان/ایران Mohammadhamidi14@yahoo.com

مقدمه

روان‌شناسی مثبت یکی از جدیدترین شاخه‌های روان‌شناسی است که بر موفقیت انسان تمرکز دارد؛ در حالی که بسیاری از شاخه‌های روان‌شناسی بر رفتارهای نابهنجار تمرکز می‌نمایند. این شاخه، به جای توجه به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری، روی توانایی‌ها متمرکز شده است؛ توانایی‌هایی از قبیل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش‌بینی (کاوایانی و پناهی، ۱۳۹۳). روان‌شناسی مثبت، مطالعه علمی مواردی است که زندگی را بهبود می‌بخشد. این موضوع درباره‌ی ایجاد تجربه‌های مثبت، ویژگی‌های مثبت و سازمان‌های مثبت است که به بالا بردن کیفیت زندگی منجر می‌شود (لیمون و مک ماهن^۱، ۱۹۵۲، ترجمه مقدم، ۱۳۹۳). برای تمرکز بر منشأ و مبدأ سلامت روان‌شناختی و نیز حرکت فراسوی بیماری‌ها و اختلالات، به وسیله محققان و روان‌شناسان مطرح شده؛ هدف آن کشف و ارتقای عواملی است که به افراد و جوامع اجازه‌ی رشد، شکوفایی و بالندگی می‌دهد (دکورت، ستین و سلیمان^۲، ۲۰۰۵). شکلی از فکر کردن است که در پی به دست آوردن بهترین نتیجه از بدترین شرایط است. فرد مثبت‌اندیش هیچ‌گاه مسایل منفی را به رسمیت نمی‌شناسد و به مقابله با آن می‌پردازد. زمانی که به دنبال خوب می‌گردیم، احتمال یافتن آن بسیار زیاد است (پیل‌ونسنت^۳، ۱۹۹۸، ترجمه بهنام، ۱۳۸۸).

اندیشه‌ها و پندارهای ماست که کیفیت زندگی ما را می‌سازد. با اندیشه‌های مثبت انسان سرشار از شوق و اشتیاق و تندرستی و آرامش می‌شود. افراد خوش‌بین رخدادها را در ارتباط با خدا به صورت مثبت ارزیابی می‌کنند و به خواست خدا رضایت می‌دهند، چون به آینده امیدوارند و به لطف خدا خوش‌بین می‌باشند. در برخورد با افراد به بعد مثبت رفتارها بیشتر توجه می‌کنند. در جهتی گام برمی‌دارند که امنیت روانی دیگران را تأمین کنند (خدایاری و غباری‌بناب، ۱۳۹۱). در سیستم مفهومی اسلام، نگرش‌ها مثبت و خوش‌بینانه‌اند؛ بیش از آنکه بر بیماری و درمان تمرکز شود، بر شکل‌دهی یک شخصیت سالم و بهنجار و حرکت رو به کمال

1. Limon , Makmahan
2. Dukworth, Steen & seligman
3. Pil vansent.

و پیشگیری از نابهنجاری‌ها، تأکید می‌شود. این مثبت‌نگری در ابعاد مختلف روان‌شناسی انسان حضور دارد (کاویانی و پناهی، ۱۳۹۳). انسان پویا و مثبت اندیش دنیا را محل تلاش و کار و بهره برداری صحیح می‌داند^۱ (قصص، ۷۳، یونس، ۶۷) و برای تأمین معاش خود می‌کوشد^۲ (روم، ۲۳). در روایات و کتب حدیثی از پیامبر گرامی اسلام و اهل بیت عصمت و طهارت (ع) احادیث فراوانی در مدح مثبت‌اندیشی ثبت و ضبط گردیده است. پیامبر اسلام (ص) می‌فرماید: خداوند با نگاه خوش‌بینانه برخورد کردن را دوست دارد (ابن ابی جمهور احسائی، بی‌تا). حسن ظن از ایمان انسان و سلامت روحش ناشی می‌شود^۳. عادت فرما نفس خود را به آن، تا در امور زندگی خود موفق و کامیاب شوی^۴ و چه چیز نیکویی است خوش‌بینی (تمیمی آمدی، ۵۴۰ق، ترجمه رسولی محلاتی، ۱۳۰۸). امام رضا (ع) می‌فرماید: به خدا گمان نیک داشته باش زیرا امام صادق (ع) می‌فرمود: کسی که به خداوند گمان نیکو داشته باشد خداوند در نزد گمان او حاضر است و کسی که به روزی کم قانع و خشنود باشد خداوند نیز عمل کم را از او می‌پذیرد^۵ (حرّعاملی، ۱۴۱۶). و امام سجاد(ع) در دعای ابوحمزه ثمالی به وعده‌ی قطعی خداوند به عفو و بخشش از کسی که به او حسن ظنّ داشته باشد اشاره کرده است^۶ (قمی، ۱۳۱۹، ترجمه میرشفیعی خوانساری، ۱۳۹۰).

هدف رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر شناسایی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی افراد و بهره‌مندی آن‌ها از یک زندگی سالم کمک کند. یکی از این مفاهیم، کیفیت زندگی است. در شرایط فعلی مطالعه‌ی کیفیت زندگی بسیار مورد توجه است و تحقیقات بسیاری در این زمینه در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی و علوم تربیتی انجام می‌شود

۱. ... لَسْكَوْا فِيهِ وَلَيَبْتَغُوا مِنْ فَضْلِهِ وَلَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ؛ ... وَالنَّهَارَ مُبْصِرًا...

۲. ... وَابْتَغَا وُكُومٍ مِّنْ فَضْلِهِ.....

۳. حُسْنُ النَّيِّهِ مِنْ سَلَامَةِ الطَّوْبَةِ.

۴. عَوْدَ نَفْسِكَ حُسْنُ النَّيِّهِ وَجَمِيلُ الْمَقْصَدِ تَدْرِكُ فِي مَبَاغِيكَ النَّجَاحِ.

۵. وَعَنْ عِدَّةٍ مِنْ اصْحَابِنَا عَنْ سَهْلِ بْنِ زِيَادٍ عَنْ اَحْمَدَ بْنِ عُمَرَ عَنْ اَبِي الْحَسَنِ الرَّضَا(ع) فِي حَدِيثٍ قَالَ فَاَحْسِنِ الظَّنَّ بِاللّٰهِ فَاِنَّ

اَبْعَدَ اللّٰهِ كَانَتْ يَقُولُ مَنْ حَسَّنَ الظَّنَّ بِاللّٰهِ كَانِ اللّٰهُ عِنْدَ ظَنِّهِ بِهِ وَمَنْ رَضِيَ بِالْقَلِيلِ مِنَ الرِّزْقِ قَبِلَ مِنْهُ اِلَى سَيْرٍ مِنَ الْعَمَلِ.

۶. مَا وَعَدْتَ مِنَ الصَّفْحِ عَمَّنْ اَحْسَنَ بِكَ ظَنًّا

(هاگرتی، کامینز، فریس، لند، میکهلِس^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). در بسیاری از دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی بهبود کیفیت زندگی جزء اهداف سلامت در آمده و سازمان بهداشت جهانی هم یکی از اهداف عمده خود را تا سال ۲۰۱۰ افزایش کیفیت زندگی ذکر کرده بود. بسیاری از انجمن‌های تخصصی، از قبیل انجمن بین‌المللی پژوهش کیفیت زندگی^۲ نیز بر کیفیت زندگی و بهبود آن تأکید زیادی کرده‌اند (فریش، ۲۰۰۶ به نقل از خمسه، ۱۳۸۹). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برداشت یا پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی‌اش می‌داند و آن را با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر، تعریف کرده است (مالدون^۳، ۱۹۹۸). در تعریف رویکرد عینی کیفیت زندگی موارد مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمانی، شرایط شخصی، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی، عوامل اجتماعی و اقتصادی با کیفیت زندگی معادل شده‌اند. رویکرد ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بر عوامل شناختی در ارزیابی آن تأکید دارد (لیو^۴، ۲۰۰۶). بین دو رویکرد عینی و ذهنی، رویکرد جدیدی به نام رویکرد کل‌نگر است که نظریه‌پردازان آن معتقدند، کیفیت زندگی همانند خود زندگی، مفهومی پیچیده و چندبعدی است و در بررسی آن، هر دو مؤلفه‌ی عینی و ذهنی را در نظر می‌گیرند (مالکینا و پیخ^۵، ۲۰۰۸). اگر انسان زندگی خود را به بازی بگیرد، زندگی پوچ و بی‌ارزش خواهد داشت؛ اما اگر به هدف زندگی بیندیشد و خدا را تنها هدف آن زندگی و ناظر اعمالش بداند، گام در مسیر حقیقی نهاده است. زندگی انسان در این دنیا شامل دو قسم، قبل از تولد و بعد از تولد است. کیفیت زندگی فرد قبل از تولد از دیدگاه قرآن، از نطفه، علقه (خون بسته) مضغه (گوشت پاره)، عظام (استخوان)، لحم (گوشت) و انشاء خلقی دیگر (روح) می‌باشد^۶

1. Hagerty, Cummins, Ferriss, Land & Michalos
2. International Society for Quality of Life Research: (ISOQL)
3. Muldoon
4. Lio
5. Malkina, Pykh

۶. ثُمَّ خَلَقْنَا النَّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ.

(مؤمنون، ۱۴) و بعد از تولد به پنج مرحله تقسیم می‌شود: ۱- مرحله کودکی، مرحله آقایی، بازی، مورد مهر و محبت واقع شدن است. ۲- مرحله نوجوانی، مرحله مشاوره، آموزش دین و خواندن و نوشتن و آموزش نظامی است. ۳- مرحله جوانی، مرحله وزارت، استقلال طلبی و شور و شوق جوانی است. ۴- مرحله میان‌سالی اوج رشد عقلی و شخصیت انسانی، که عالی-ترین درجه از مراحل زندگی است. ۵- مرحله کهنسالی، نهایت مال‌اندوزی و دنیاپرستی است. قرآن تنها به جنبه زندگی فردی نپرداخته؛ بلکه مسائل و روابط اجتماعی را نیز مطرح ساخته و کیفیت جامعه‌ای آرمانی را بیان کرده است. کودکانی که در خانواده‌های خوش‌بین بزرگ می‌شوند، به تعبیر و تفسیر داده‌ها به صورت خوش‌بینانه سوق داده می‌شوند و از طریق تقویت‌های نیابتی به مثبت‌نگری سوق داده می‌شوند (خدایاری و غباری بناب، ۱۳۹۱). فعالیت‌های مذهبی و معنوی تا حد زیادی رضایت‌مندی فرد را از زندگی افزایش می‌دهد (فریش، ۲۰۰۶ به نقل از خمسه، ۱۳۸۹). اگر انسان قرآن را الگوی زندگی خود قرار دهد، سعادت‌مند خواهد شد. اشاره قرآن به کیفیت زندگی، اولین خطاب «یا ایُّهَا الَّذِینَ آمَنُوا» مربوط به یک «کیفیت رفتاری» است (پناهیان، ۱۳۹۱). هر کس از مرد یا زن کار شایسته کند و مؤمن باشد قطعاً او را با زندگی پاکیزه‌ای حیات [طیب و حقیقی] بخشیم و مسلماً به آنان بهتر از آنچه انجام می‌دادند پاداش خواهیم داد^۱ (نحل، ۹۷). انسان برخوردار از حیات طیبه، برخوردار از حیاتی است که از هر چیزی که آن را کدر و فاسد کند عاری می‌باشد (طباطبائی، ۱۳۷۴، ترجمه موسوی همدانی، ۱۳۷۴). در پرتو حیات طیبه گروهی از انسان‌ها واجد نوری می‌شوند و در میان مردم با این نور حرکت کرده و مایه هدایت خلق هستند^۲ (انعام، ۱۲۲). در دعای ابوحمزه ثمالی، حیات طیبه، نوعی از حیات معرفی شده است که در آن سرور دائم، کرامت فراگیر و پایدارترین سرورها نهفته است^۳ (قمی، ۱۳۱۹، ترجمه میرشفیعی خوانساری، ۱۳۹۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آنچه انسان امروزی را بیشتر رنج می‌دهد خلأ وجودی و احساس

۱. مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْتَىٰ ۖ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَیۡوَةً طَیِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا۟ يَعْمَلُونَ.

۲. أَوَمَن كَانَ مِثْلًا فَأَحْيَيْنَاهُ وَجَعَلْنَا لَهُ نُورًا يَمْشِي بِهِ فِي النَّاسِ كَمَن مَّثَلُهُ فِي الظُّلُمِ ۚ لَيْسَ بِخَارِجٍ مِّنْهَا كَذٰلِكَ زُيِّنَ لِّلْكَافِرِينَ مَا كَانُوا۟ يَعْمَلُونَ.

۳. وَ أَحْيِيَتْهُ حَيۡوَةً طَیِّبَةً فِيْ اَدۡوَمِ السُّرُوۡرِ، وَاَسْبَغَ الْكِرَامَةَ وَ اَتَمَّ الْعِيۡشَ.

بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی است (علمی، ۱۳۸۰) و اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت افراد شده و رابطه مستقیمی بین مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد (خسرپور و ساردوئی، ۱۳۸۰). بدون تردید مهم‌ترین بعد شخصیت افراد، بعد اجتماعی شخصیت است (احمدپور، ۱۳۹۰). رفتار اجتماعی پایه و اساس زندگی هر فرد را تشکیل می‌دهد که فقط از راه یادگیری آموخته می‌شود و با تمرین و تکرار عادت می‌گردد (پاکزادیان، ۱۳۸۷) و لازمه‌ی زندگی اجتماعی، آمادگی روانی، برخورداری از مهارت‌های اجتماعی^۱، اعتماد به نفس و قدرت سازگاری اجتماعی^۲ است. دو گلبی، دیگنر، ویلیامز، رایت، کوپر^۳ (۲۰۰۷) اثربخشی مداخلات و حمایت‌های روانی اجتماعی را در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی زندگی مورد بررسی قرار دادند، بعد از چند هفته کیفیت زندگی برای هر دو گروه اندازه‌گیری شد. گروه آزمایشی به طور معنی‌داری امید و کیفیت زندگی مطلوب‌تری را گزارش کرده بودند. نوری و سقایی‌بی‌ریا (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی رابطه بین خوش‌بینی سرشتی، خوش‌بینی از دیدگاه اسلام و رضایت‌مندی از زندگی پرداختند و به رابطه مثبت و معنی‌داری بین متغیرها دست یافتند. بلقان‌آبادی، حسین‌آبادی و اصغری‌نکاح (۱۳۹۰) در پژوهشی، به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مثبت‌نگر بر بهبود رضایت از زندگی مادران کودکان با نیازهای ویژه پرداختند که به نتایج مثبتی دست یافتند. آقا‌یوسفی، شفاقی، دهستانی و برقی‌ایرانی (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در مبتلایان به ام‌اس به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی و مؤلفه‌های خوش‌بینی و خودکارآمدی تأثیر مثبت و معنی‌داری بر ادراک مبتلایان به اسکروز چندگانه داشته است. علی‌بیگ، احمدی، فرح‌بخش، عابدی و علی‌بیگ (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش خوش‌بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه پرداختند نتایج پژوهش نشان داد آموزش خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی در همه‌ی حیطه‌ها مؤثر و معنادار بوده است. سلیگمن، رشید و پارکس^۴ (۲۰۰۶) به نقل از مگیار-موئی^۱

1. social skills
2. social adjustment
3. Duggleby, Degner, Williams, Wright & Cooper.
4. Rashid , Parks

ترجمه براتی سده، ۱۳۹۱) در پژوهشی، روان‌درمانی مثبت‌گروهی را در مورد دانشجویانی که افسردگی خفیف تا متوسط داشتند، به کار بستند. گزارش‌های این دانشجویان در مقایسه با یک گروه گواه که تحت درمان نبود، نشان داد که آن‌ها کاهش بیشتری در علائم افسردگی و افزایش زیادتری در رضایت از زندگی داشته‌اند که تا یک سال بعد هم ماندگار بود. زینی‌وند، کاظمی و سلیمی (۱۳۹۳) با بررسی آموزش تفکر مثبت و خوش‌بینی بر سلامت روان والدین کودکان سرطانی در بعد علائم جسمانی به تأثیر مثبت، ولی در بعد عملکرد اجتماعی به نتیجه‌ی معنی‌داری دست نیافتند. نتایج پژوهش نیک‌منش و زند و کیل (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش مثبت‌نگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر ارتقای (بعد جسمی، روانی، اجتماعی) سطح کیفیت زندگی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت زاهدان مؤثر بوده است. آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعه و بهبود بخشیدن به شادکامی، توانمندی و کیفیت بهتر زندگی برای همه تعریف شده و در رابطه با افزودن شادمانی انسانی از رویکرد رضایت‌مندی از زندگی دفاع می‌کند و بر اساس آن کارکنان نظریه‌ها و اصول مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند که به تشخیص، جستجو و تحقق مهم‌ترین نیازها، اهداف و آرزوهای آن‌ها در حیطه‌های ارزشمند زندگی کمک می‌کند (فریش، ۲۰۰۶ به نقل از خمسه، ۱۳۸۹). تفکر به روش قرآنی ما را به زندگی کاملاً آگاهانه می‌رساند؛ زندگی آگاهانه هم این است که انسان بداند برای چه زندگی می‌کند، چگونه باید زندگی کند تا همه‌ی ابعاد و مراحل زندگی وی صحیح و سودمند باشد. از آنجایی که برخی مطالعات بیانگر تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر بهبود و ارتقای سطح کیفیت زندگی انسان است و از سویی در زمینه‌ی آموزه‌های وحیانی و دینی پیشینه‌ی پژوهشی کمی مشاهده شد، لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا آموزش مثبت‌نگری در افزایش کیفیت زندگی با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی در جامعه مورد پژوهش مؤثر است یا خیر؟

روش پژوهش

طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و گواه است. متغیر مستقل آموزش گروهی مثبت‌نگری با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی به همراه آموزش، بحث و تبادل نظر با اعضاء گروه و تمرین فعال که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت و پس از سه ماه برای سنجش ماندگاری آموزش‌های داده شده آزمون پیگیری اجرا گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش تمام کارکنان شاغل در اداره کل آموزش و پرورش سیستان و بلوچستان (تعداد ۳۰۰ نفر) بودند. به منظور غربالگری و انتخاب نمونه، از کل کارکنانی که در پیش‌آزمون پایین‌ترین نمره را در پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی SF-^۱ کسب کرده بودند ۵۰ نفر به عنوان گروه هدف انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۲۵ نفره جایگزین شدند. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه‌ی مذکور انجام شد. این پرسش‌نامه به وسیله‌ی ویر و شربورن^۲ (۱۹۹۲) در آمریکا طراحی شده و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که به وسیله‌ی این پرسش‌نامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است و دارای ۳۶ گویه است؛ هشت زیرمقیاس عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی^۳، سرزندگی^۴، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. امتیازهای هر گویه از صفر تا صد متغیر است که صفر بدترین و صد بهترین وضعیت و به منزله کیفیت زندگی بهتر در مقیاس مورد نظر را گزارش می‌کند (هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۱۰، ۵، ۳، ۴، ۲، ۲، ۴، ۵ گویه دارد). سؤال شماره‌ی دو در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود. نحوه‌ی نمره‌دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه

1. Short-Form Health Survey questionnaire
2. Ware, Sherbourne
3. Psychological well-being
4. Well-being

تعیین می‌شود. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار استاندارد اندازه‌گیری پیامد سطح سلامتی در سطح بین‌المللی به کار برده می‌شود. در انتخاب ابعاد و مفاهیم سلامتی گنجانده شده در این ابزار دقت بسیاری اعمال شده که از بین بررسی‌های متعدد، بیشترین استفاده در تدوین آن از مطالعه پیامدهای پزشکی^۱ و نیز مفاهیم بررسی شده در مطالعات مقطعی ارزیابی سلامتی به عمل آمده است (ورجی‌ایی^۲، ۱۹۹۵). تحلیل‌های روان‌سنجی هم نشان داده است که این پرسش‌نامه ابزاری پایا بوده و ضمن قابلیت کاربرد در تمام فرهنگ‌ها (تفت، سکام و اورازم^۳، ۲۰۱۰) توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف بر اساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی، اجتماعی (همینگ‌وی^۴، ۱۹۹۷) ناحیه جغرافیایی و نیز وضعیت بالینی (فلیس^۵، ۲۰۰۰) را داراست. پایایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه را منتظری، گشتاسب، سادات و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و آزمون روایی را با استفاده از روش مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده و روایی هم‌گرایی مورد ارزیابی قرار دادند که تحلیل هم‌خوانی داخلی نشان داد به جز مقیاس نشاط ($a = 0/65$) سایر مقیاس‌های آن از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. آزمون روایی هم‌گرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نشان داد تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ بود (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵) همچنین نتایج نشان داد این ابزار در اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر هم ۰/۹۴ محاسبه شد.

1. The Medical Outcomes Study (MOS)
2. Ware JE
3. Taft, Schumm & Orazem
4. Hemingway
5. Philips

روند اجرای پژوهش:

پس از انتخاب نمونه و جایگزین کردن آزمودنی‌ها بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه، آموزش مثبت‌نگری طی هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای، دو ماهه و به صورت هفته‌ای به گروه آزمایش ارائه شد و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند؛ تنها در مورد آنان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا گردید. فرایند کار جلسات آموزشی، با توجه به تأکید بر آیات قرآن و آموزه‌های اسلامی، به این صورت بود که هر جلسه با تلاوت آیاتی از قرآن کریم شروع و فعالیت‌های جلسه‌ی قبل بحث و بررسی شده و مباحث جدید بر اساس محتوای هر جلسه برگرفته از نظریات روان‌شناسی مثبت‌نگر و کیفیت زندگی با تأکید بر آیات قرآن و روایات معصومین (ع) توسط پژوهشگر و یک نفر تسهیل‌گر با بهره‌گیری از فن‌آوری نوین آموزش داده شد؛ البته منطبق و دلیل تمامی فعالیت‌ها و تمرین‌هایی که از گروه آزمایشی خواسته شده کاملاً توضیح ارائه و تلاش شد انتظار غیرواقعی از کارایی و نتیجه‌ی تمرین‌های انجام شده از هیچ کدام نداشته باشیم. در پایان با مرور خلاصه‌ای از مطالب جلسه، فعالیت جلسه‌ی بعد تعیین و در انتهای آموزش، پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. برای بررسی اثربخشی آموزش، آزمون پیگیری سه ماه پس از انجام پس‌آزمون در مورد دو گروه به عمل آمد تا نتایج، بهتر مورد تحلیل آماری قرار گیرد.

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش مثبت‌نگری به شیوه گروهی

جلسه	موضوع
اول	معرفی اعضا و طرح دید کلی از مداخله - مقدمه مثبت (تمرین فعال)
دوم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - استفاده از نقاط قوت - (تمرین فعال)
سوم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - شکر (سه مورد خوب) - (تمرین فعال)
چهارم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - قدردانی - (تمرین فعال)
پنجم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - لذت بردن از زندگی - (تمرین فعال)
ششم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - شیوه تعامل با دیگران یا ارتباط سازنده فعال - (تمرین فعال)
هفتم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - قناعت / بخشش - (تمرین فعال)
هشتم	مرور جلسه قبل - پیگیری فعالیت‌های خارج از کارگاه - خدمات مثبت شغلی با استفاده از نقاط قوت و توانمندی‌های ویژه - (تمرین فعال)

یافته‌های پژوهش

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش کیفیت زندگی با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی بود. در جدول (۲) داده‌های توصیفی در زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. همان‌طور که از محتوای این جدول مشاهده می‌شود در مرحله‌ی پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار تمام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه تقریباً یکسان می‌باشند ولی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت زیادی مشاهده می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های آماری نمرات گروه‌ها در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی به تفکیک مراحل آزمون

زیرمقیاس‌ها	گروه	تعداد	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون	میانگین پیگیری	انحراف معیار پیگیری
عملکرد جسمانی	آزمایشی	۲۵	۸۶/۸۰	۱۰/۳۹	۸۲	۱/۵۴
	گواه	۲۵	۵۸/۸۰	۲۵/۷۱	۶۱/۶۰	۲/۵۲
عملکرد اجتماعی	آزمایشی	۲۵	۸۳/۵۰	۱۵/۱۹	۸۴/۵۰	۱۶/۶۴
	گواه	۲۵	۵۱	۲۱/۹۲	۵۳/۵۰	۲۳/۲۵
ایفای نقش جسمی	آزمایشی	۲۵	۸۹	۱۷/۷۹	۸۳	۲۶/۷۳
	گواه	۲۵	۵۶	۳۰/۸۵	۵۷	۳۱/۰۵
ایفای نقش هیجانی	آزمایشی	۲۵	۵۸/۳۳	۲/۱۶	۸۴	۲/۱۷
	گواه	۲۵	۴۹/۳۳	۳/۷۴	۵۲	۳/۷۳
سلامت روانی	آزمایشی	۲۵	۸۵/۱۲	۷/۵۲	۸۲/۷۲	۱۴/۹۵
	گواه	۲۵	۵۷/۴۴	۱۸/۵۰	۵۶	۱۸/۲۵
سرزندگی	آزمایشی	۲۵	۸۶/۲۰	۹/۶۰	۸۶/۴۰	۱/۰۰
	گواه	۲۵	۵۱/۴۰	۲۱/۲۸	۴۹/۲۰	۲/۱۴
دردبندی	آزمایشی	۲۵	۹۱/۲۰	۱/۰۰	۹۱/۱۰	۱/۳۴
	گواه	۲۵	۵۶/۶۰	۱/۹۱	۵۷	۲/۲۹
سلامت عمومی	آزمایشی	۲۵	۹۰/۴۰	۸/۵۲	۸۶/۴۰	۱/۳۵
	گواه	۲۵	۴۹/۲۰	۱/۸۶	۸۴/۴۰	۱/۸۹

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۱ استفاده شد. در این نوع تحلیل باید شرط‌های زیر رعایت گردد تا بتوان به نتایج به دست آمده اطمینان کرد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس^۲ استفاده شده است [برای پیش‌آزمون ($F=۱۰/۰۵$ و $P=۰/۰۶$) و برای پس‌آزمون ($F=۳/۶۴$ و $P=۰/۰۶$) و برای پیگیری ($F=۱۳/۵۸$ و $P=۰/۰۶$)]. میزان معناداری آزمون باکس از $۰/۰۵$ بیشتر است لذا نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها همگن می‌باشند. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین^۳ استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [پس‌آزمون‌ها؛ عملکرد جسمانی $F(۱و۴۸)=۰/۰۸$ و $P=۰/۷۸$ و عملکرد اجتماعی $F(۱و۴۸)=۰/۰۸$ و $P=۰/۴۱$ و ایفای نقش جسمی $F(۱و۴۸)=۰/۰۸$ و $P=۰/۱۳$ و ایفای نقش هیجانی $F(۱و۴۸)=۰/۰۸$ و $P=۰/۸۹$ و سلامت روانی $F(۱و۴۸)=۰/۰۲$ و $P=۰/۰۶$ و سرزندگی $F(۱و۴۸)=۰/۱۸$ و $P=۰/۱۸$ و درد بدنی $F(۱و۴۸)=۰/۰۲$ و $P=۰/۴۳$ و سلامت عمومی $F(۱و۴۸)=۰/۰۷$ و $P=۰/۳۵$ و پیگیری‌ها؛ عملکرد جسمانی $F(۱و۴۸)=۰/۰۷$ و $P=۰/۲۴$ و عملکرد اجتماعی $F(۱و۴۸)=۰/۰۸$ و $P=۰/۷۸$ و ایفای نقش جسمی $F(۱و۴۸)=۰/۰۸$ و $P=۰/۷۸$ و ایفای نقش هیجانی $F(۱و۴۸)=۰/۰۷$ و $P=۰/۳۵$ و سلامت روانی $F(۱و۴۸)=۰/۰۷$ و $P=۰/۹۳$ و سرزندگی $F(۱و۴۸)=۰/۰۲$ و $P=۰/۸۸$ و درد بدنی $F(۱و۴۸)=۰/۰۲$ و $P=۰/۴۴$ و سلامت عمومی $F(۱و۴۸)=۰/۰۷$ و $P=۰/۷۷$]. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
2. Box's Test of Equality of Covariance Matrices
3. Levene's Test for Equality of Variances

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. این مفروضه در ارتباط با مرحله‌ی پیگیری و با رعایت پیش‌فرض‌ها صادق بود [پس‌آزمون ($>0/01$) $F=1/33$ و $P=0/21$ و لامبدای ویلکس) = $0/55$ و $F=1/33$ و $P=0/21$ و لامبدای ویلکس) = $0/34$]. همانطور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکس^۱ در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($=0/05$) معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. آماره‌ی چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکس در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($=0/01$) معنی‌دار می‌باشد [$0/88$ $\eta^2=0/01$ و $P<0/001$ و $F(8,33)=30/46$]. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته میزان پس‌آزمون‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی) از متغیر مستقل (آموزش مثبت‌نگری) تأثیر پذیرفته است (مرحله پس‌آزمون). در مرحله‌ی پیگیری نیز فرض صفر آماری رد [$0/82$ $\eta^2=0/01$ و $P<0/001$ و $F(8,33)=19/08$] و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی سه متغیر وابسته نمرات پیگیری زیرمقیاس‌های آزمون کیفیت زندگی پس از تعدیل تفاوت‌های سه متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی) از متغیر مستقل (آموزش مثبت‌نگری) تأثیر پذیرفته‌اند. بنابراین نتیجه می‌گیریم که تحلیل کوواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است؛ به عبارت دیگر نتایج تحلیل نشان می‌دهد که آموزش مثبت‌نگری بر ترکیب خطی سه متغیر وابسته (پس‌آزمون و پیگیری زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی) مؤثر بوده است.

با توجه به اینکه آزمون چندمتغیری مذکور معنادار بوده و ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (آموزش مثبت‌نگری) اثر پذیرفته است بنابراین بعد از آن به بررسی این موضوع پرداخته شد که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته، به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بعد از

1. Wilks' lambda

کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول سه ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی در دو گروه

مجدوراتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	زیرمقیاس‌ها
۰/۵۹	۰/۰۰۱	۷۰/۱۱	۱۱۰۴۹/۸۹	۱	۱۱۰۴۹/۸۹	پیش‌آزمون
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۳۰/۶۶	۴۸۳۲/۴۲	۱	۴۸۳۲/۴۲	گروه
-	-	-	۱۵۷/۶۲	۴۷	۷۴۰۸/۱	خطا
۰/۲۱	۰/۰۰۱	۱۲/۵۹	۳۶۰۸/۰۳	۱	۳۶۰۸/۰۳	پیش‌آزمون
۰/۴۵	۰/۰۰۱	۳۸/۱۲	۱۰۹۲۳/۳۵	۱	۱۰۹۲۳/۳۵	گروه
-	-	-	۲۸۶/۵۳	۴۷	۱۳۴۶۶/۹۷	خطا
۰/۳۴	۰/۰۰۱	۲۳/۸۲	۱۰۲۴۳/۷۶	۱	۱۰۲۴۳/۷۶	پیش‌آزمون
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۳۶/۰۹	۱۵۵۱۹/۵۸	۱	۱۵۵۱۹/۵۸	گروه
-	-	-	۴۲۹/۹۲	۴۷	۲۰۲۰۶/۲۴	خطا
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۲۲/۴۲	۱۴۴۹۷/۹۷	۱	۱۴۴۹۷/۹۷	پیش‌آزمون
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۲۱/۸۸	۱۴۱۴۶/۷۴	۱	۱۴۱۴۶/۷۴	گروه
-	-	-	۶۴۶/۶۲	۴۷	۳۰۳۹۰/۹۱	خطا
۰/۲۶	۰/۰۰۱	۱۶/۸۲	۲۵۲۴/۹۶	۱	۲۵۲۴/۹۶	پیش‌آزمون
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۵۴/۸۴	۸۲۳۴/۰۴	۱	۸۲۳۴/۰۴	گروه
-	-	-	۱۵۰/۱۲	۴۷	۷۰۵۵/۸۴	خطا
۰/۳۱	۰/۰۰۱	۲۰/۸۸	۴۰۲۷/۳	۱	۴۰۲۷/۳	پیش‌آزمون
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۶۳/۶۶	۱۲۲۷۴/۷۱	۱	۱۲۲۷۴/۷۱	گروه
-	-	-	۱۹۲/۸۲	۴۷	۹۰۶۲/۷۰	خطا
۰/۳۴	۰/۰۰۱	۲۳/۶۶	۳۷۵۰/۸۳	۱	۳۷۵۰/۸۳	پیش‌آزمون
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۷۷/۴۸	۱۲۲۷۹/۷۸	۱	۱۲۲۷۹/۷۸	گروه
-	-	-	۱۵۸/۴۹	۴۷	۷۴۴۹/۱۷	خطا
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۲۵/۸۳	۳۵۹۳/۱۶	۱	۳۵۹۳/۱۶	پیش‌آزمون
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۱۴۳/۶۸	۱۹۹۸۳/۲۱	۱	۱۹۹۸۳/۲۱	گروه
-	-	-	۱۳۹/۰۸	۴۷	۶۵۳۶/۸۴	خطا

چنانچه از جدول شماره سه مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون تمامی زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ زیرمقیاس‌های عملکرد جسمانی [$F(1,47) = 30/66$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/40$]، عملکرد اجتماعی [$F(1,47) = 38/12$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/45$]، ایفای نقش جسمی [$F(1,47) = 30/66$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/43$]، ایفای نقش هیجانی [$F(1,47) = 36/09$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/43$]، سلامت روانی [$F(1,47) = 38/12$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/45$]، سلامت عمومی [$F(1,47) = 36/09$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/43$]، درد بدنی [$F(1,47) = 38/12$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/45$] و سلامت عمومی [$F(1,47) = 36/09$ و $P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/43$]. بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی به طور معنی‌داری در تمامی زیرمقیاس‌ها بیش از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مثبت‌نگری به طور معنی‌داری موجب افزایش کیفیت زندگی در تمام ابعادش در مرحله پس‌آزمون شده است.

در جدول شماره چهار تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمرات پیگیری زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه

زیرمقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اتا
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۱	۹۸۵۳/۶۲	۴۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	گروه	۱	۲۰۲۲/۰۸	۸/۴۶	۰/۰۰۶	۰/۱۵
	خطا	۴۷	۲۳۸/۹۸	-	-	-
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱	۳۳۱۶/۳۲	۱۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	گروه	۱	۷۴۷۳/۳۹	۳۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	خطا	۴۷	۲۱۳/۸۴	-	-	-
ایفای نقش جسمی	پیش‌آزمون	۱	۶۶۷۹/۰۳	۹/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۱۶
	گروه	۱	۹۶۶۵/۷۶	۱۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	خطا	۴۷	۳۳۶۲۰/۹۶	۷۱۵/۳۴	-	-

۰/۱۷	۰/۰۰۳	۹/۸۸	۷۸۰۲/۲۷	۱	۷۸۰۲/۲۷	پیش آزمون	ایفای نقش هیجانی
۰/۲۴	۰/۰۰۱	۱۴/۵۰	۱۱۴۴۳/۷۱	۱	۱۱۴۴۳/۷۱	گروه	
-	-	-	۷۸۹/۰۷	۴۷	۳۷۰۸۶/۶۲	خطا	
۰/۲۴	۰/۰۰۱	۱۵/۵۱	۳۳۱۶/۳۲	۱	۳۳۱۶/۳۲	پیش آزمون	سلامت روانی
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۳۴/۹۴	۷۴۷۳/۳۹	۱	۷۴۷۳/۳۹	گروه	
-	-	-	۲۱۳/۸۴	۴۷	۱۰۰۵۰/۷۲	خطا	
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۳۴/۰۶	۵۶۷۶/۳۹	۱	۵۶۷۶/۳۹	پیش آزمون	سرزندگی
۰/۶۴	۰/۰۰۱	۸۲/۳۹	۱۳۷۳۲/۵۶	۱	۱۳۷۳۲/۵۶	گروه	
-	-	-	۱۶۶/۶۷	۴۷	۷۸۳۳/۶۰	خطا	
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲۷/۹۹	۶۳۲۷/۱۵	۱	۶۳۲۷/۱۵	پیش آزمون	درد بدنی
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۴۹/۸۱	۱۱۲۵۹/۳۷	۱	۱۱۲۵۹/۳۷	گروه	
-	-	-	۲۲۶/۰۳	۴۷	۱۰۶۲۳/۸۵	خطا	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۳۲/۵۱	۵۳۰۰/۶۸	۱	۵۳۰۰/۶۸	پیش آزمون	سلامت عمومی
۰/۶۸	۰/۰۰۱	۱۰۲/۴۴	۱۶۶۹۷/۵۷	۱	۱۶۶۹۷/۵۷	گروه	
-	-	-	۱۶۳/۰۱	۴۷	۷۶۶۱/۳۱	خطا	

چنانچه از جدول مشاهده می شود بین میانگین نمرات پیگیری تمام زیر مقیاس های کیفیت زندگی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد؛ زیر مقیاس های عملکرد جسمانی [$\eta^2=0/15$ و $P<0/006$ و $F(1,47) = 8/46$]، عملکرد اجتماعی [$\eta^2=0/42$ و $P<0/001$]، ایفای نقش جسمی [$\eta^2=0/22$ و $P<0/001$ و $F(1,47) = 13/51$]، ایفای نقش هیجانی [$\eta^2=0/24$ و $P<0/001$ و $F(1,47) = 14/50$]، سلامت روانی [$\eta^2=0/42$ و $P<0/001$ و $F(1,47) = 34/94$]، سرزندگی [$\eta^2=0/64$ و $P<0/001$ و $F(1,47) = 82/39$]، درد بدنی [$\eta^2=0/51$ و $P<0/001$ و $F(1,47) = 49/81$] و سلامت عمومی [$\eta^2=0/68$ و $P<0/001$ و $F(1,47) = 102/44$]، بنابراین میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی داری در تمام زیر مقیاس های کیفیت زندگی بیش از گروه گواه است. به عبارتی می توان گفت که آموزش مثبت نگری در مرحله ی پیگیری ادامه داشته و به طور معنی داری موجب افزایش کیفیت زندگی در تمام ابعاد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی و ثبات آموزش مثبت‌نگری بر افزایش کیفیت زندگی با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که آموزش گروهی مثبت‌نگری در گروه آزمایشی نسبت به گواه، باعث افزایش کیفیت زندگی در تمامی زیرمقیاس‌های آن شده است. این نتایج در مرحله‌ی پیگیری نیز ثبات داشته و مورد تأیید قرار گرفت. نتیجه‌ی به دست آمده از اثر بخش بودن این آموزش با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های دوگلی و همکاران (۲۰۰۷) در بیماران مبتلا به سرطان؛ خدایاری فرد (۱۳۷۹)؛ خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۶) بر زندانیان رجایی‌شهر اصفهان؛ بلقان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰) بر بهبود رضایت از زندگی مادران کودکان با نیازهای ویژه؛ آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۰) در مبتلایان به بیماری ام اس؛ نیک‌منش و زندوکیل (۱۳۹۴) در نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت زاهدان همسو است. زینی‌وند و همکاران (۱۳۹۳) در بعد علائم جسمانی به تأثیر مثبت، ولی در بعد عملکرد اجتماعی به نتیجه‌ی معنی‌داری دست نیافتند. با بررسی به عمل آمده، پژوهش مستقیمی در این زمینه که خلاف یا ناهمسو بودن نتیجه‌ی به دست آمده را نشان دهد یافت نشد.

روانشناسی مثبت‌نگر به دنبال آن است که تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کند و از طرفی فرد مثبت‌نگر و خوش‌بین نسبت به فرد منفی‌نگر و بدبین با برنامه عمل نموده و در هر موقعیت بهترین چیز را می‌بیند و آن را بازسازی می‌کند؛ در حالی که فرد بدبین بیشتر اجتنابی عمل کرده و از راهبردهای انکاری استفاده می‌کند. فرد مثبت‌نگر محدودیت‌ها را می‌پذیرد ولی فرد بدبین آن‌ها را انکار می‌کند و در نتیجه موقعیت‌ها را وخیم‌تر می‌کند. به عبارت دیگر، افراد خوش‌بین می‌دانند چه موقع کاری را رها کنند و چه موقع بر انجام آن اصرار داشته باشند، در صورتی که افراد بدبین هر چند هدفی قابل دسترسی نباشد بر انجام آن اصرار می‌ورزند (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در

زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری و آداب معاشرت و سلامت روانی فرد است (عباس‌زاده، باقری و مهران، ۱۳۸۸). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش‌های قلبی و نظریه‌های مختلف در مورد کیفیت زندگی و ابعاد آن، می‌توان چنین استنباط کرد که تمام حیطه‌های زندگی بر یکدیگر تأثیر دارند. بنابراین حیطه‌ی روانی که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است، می‌تواند بر ابعاد دیگر و همچنین بر کیفیت کلی زندگی تأثیر داشته باشد. خوش‌بینی که یک ویژگی روانی است، بر نحوه‌ی نگرش افراد به هنگام مواجهه با مشکلات و چگونگی انتظار آن‌ها از نتایج رویدادها اشاره دارد. افراد خوش‌بین در مورد حوادثی که در زندگی روزمره برای آن‌ها اتفاق می‌افتد، نظر مثبت و مساعد دارند. در تحقیقاتی که با تأکید به این دیدگاه انجام شده، همبستگی مثبت و معناداری بین خوش‌بینی، سلامت جسمانی و روانی دیده شده است (سامی^۱ ۱۹۹۷). سلیگمن (۱۹۹۸) بر این باور است که خوش‌بینی به عنوان یک سبک تبیینی بر سلامت روانی و جسمانی تأثیر داشته و اکتسابی می‌باشد. خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی می‌تواند سیستم ایمنی بدن و در نتیجه سلامتی را افزایش دهد و منجر به عملکرد بهتر اجتماعی شود؛ زیرا خوش‌بینی با فقدان انزوای اجتماعی و روابط دوستی بادوام و ماندگار رابطه مثبت دارد. علاوه بر این در روابط صمیمانه‌ی میان افراد می‌تواند رضایت‌مندی از این روابط را به طور مثبت پیش‌بینی کند (علی‌بیگ و همکاران، ۱۳۹۱). نگاه مثبت به روابط اجتماعی، دوستی‌ها، ارتباط بین فردی و تلاش در حفظ و تعمیق روابط سالم^۲ (نساء، ۸۶) و انگیزه پیشرفت^۳ (کهف، ۶۶) و اینکه هر کسی بار اعمال خود را به دوش خواهد کشید^۴ (بقره، ۱۳۹) به عنوان ابفای نقش جسمی کیفیت زندگی؛ باور به این که هیجان‌های مثبت می‌توانند افکار و اعمال فرد را گسترش دهند، مانند دوری از

1. Sumi

۲. وَإِذَا حُيِّتُمْ بِتَحِيَّةٍ فَحَيُّوا بِأَحْسَنَ مِنْهَا أَوْ رُدُّوهَا ...

۳. قَالَ لَهُ مُوسَىٰ هَلْ أَتَيْتَكَ عَلَىٰ أَن تَعْلَمَنَ مِمَّا عَلَّمْتُ رُشْدًا.

۴. ... وَلَنَا أَعْمَلْنَا وَلَكُمْ أَعْمَلْنَا وَنَحْنُ لَهُ مُخْلِصُونَ.

مجادله^۱ (غافر، ۳۵) کینه^۲ (مائده، ۸) افشای عیوب دیگران^۳ (نساء، ۱۴۸) حتی بدی را با بدی پاسخ ندادن^۴ (نحل، ۱۲۶) به عنوان ایفای نقش هیجانی؛ علاوه بر آن هر چه فرد از نظر روانی و عاطفی احساس کند که زندگی بهتری دارد به همین میزان از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار خواهد شد و از زندگی خود بیشتر راضی خواهد بود؛ داشتن نگرش مثبت و خوش-بینانه به دیگران^۵ (حجرات، ۱۲) رعایت ادب^۶ (حجرات، ۳-۱) داشتن تواضع و فروتنی در مقابل دیگران^۷ (اسراء، ۲۴) در بعد سلامت روانی؛ سرزندگی هم یک نوع احساس رضایتمندی است که موجب سلامتی جسم و روح انسان می‌شود، وقتی جسم و روح سالم باشد بی‌تردید عقل و خرد نیز عملکردهای سالمی را برای زندگی انسان تدارک می‌بیند. در قرآن کریم از شادی با واژه فرح یاد شده؛ به فضل خدا و رحمت او شادمان شوند^۸ (رعد، ۶) داشتن سرور و شادمانی^۹ (رعد، ۲۶) و در حکمت ۲۵۷ نهج البلاغه آمده، هر کس سرور و خوشحالی در قلبی ایجاد کند خداوند از آن شادی برایش لطفی می‌آفریند که هرگاه مصیبتی بر او نازل شود، این لطف چون آب زلالی بر او باریدن گرفته تا آن مصیبت را از وی دور سازد چنان که ساریان شتر غریبه را از گله دور می‌سازد (محمدی و دشتی، ۱۳۶۹). آزمایش تلقی کردن تمام سختی‌های دنیا^{۱۰}

۱. الَّذِينَ يُحِبُّونَ فِي آيَاتِ اللَّهِ بغيرِ سُلْطَانٍ آتَىٰ هُمْ كِبْرًا مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ وَعِنْدَ الَّذِينَ ءَامَنُوا كَذَلِكَ يَطْبَعُ اللَّهُ عَلَىٰ كُلِّ قَلْبٍ مُّتَكَبِّرٍ جَبَّارٍ.
۲. ... وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَاٰنُ قَوْمٍ عَلَىٰ ۙ أَلَّا تَعْدِلُوا ۗ اِعْدِلُوا ۗ هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ ۗ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ
۳. لَا يُحِبُّ اللَّهُ الْجَهْرَ بِالسُّوٓءِ مِنَ الْقَوْلِ ۚ إِلَّا مَن ظَلِمَ ۖ ...
۴. وَإِن عَاقَبْتُمْ فَعَاقِبُوا ۖ بِمِثْلِ مَا عَوقَبْتُمْ بِهِ ۚ وَلَٰكِن صَبَرْتُمْ لَهُوَ خَيْرٌ لِّلصَّٰبِرِينَ .
۵. يٰۤاَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا ۖ اجْتَنِبُوا ۙ كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ ۖ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ ۖ وَلَا تَجَسَّسُوا ۚ وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا ۚ أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَن يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۚ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ .
۶. ... لَا تُقَدِّمُوا بَيْنَ يَدَيِ اللَّهِ وَرَسُولِهِ ... (۱) ... لَا تَرْفَعُوٓا۟ أٓصۜوٓتُكُمۜ فَوۜقَ صَوۜتِ النَّبِيِّۙ وَلَا تَجْهَرُوا۟ لَهُۥ بِالْقَوۜلِ كَجَهۜرٍ بِغَضَبِكُمۜ لِبَغۜضِ ... (۲) إِنَّ الَّذِينَ يَغۜضُونُ أَصۜوٓتَ نَبِيِّهِۙ عِنۜدَ رَسُوۜلِ اللَّهِ أُو۟لَٔٓئِكَ ۖ يَكۜفُرُونَ ۚ وَالَّذِينَ آمَنُوا ۖ لَتَلۜتَفۜقُوا۟ ... (۳)
۷. وَاحْفَظُوا لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمهُمَا كَمَا رَبَّيْتَنِی صَغِيرًا
۸. وَيَسْتَعۜجِلُونَكَ بِالسَّيِّئَةِ قَبۜلَ الْحَسَنَةِ ۚ وَقَدۜ خَلَّتْ مِن قَبۜلِهِمُ الْمُثَلَّاتُ ۚ وَإِن رَّبُّكَ لَذُو مَغۜفَرَةٍ لِّلنَّاسِ ۚ عَلٰٓی ۙ ظُلۜمِهِمۜ وَإِن رَّبُّكَ لَشَدِيدُ الْعِقَابِ .
۹. ... وَفَرِحُوا ۙ بِالْحَيٰوةِ ۙ هٰذِهِ الدُّنْيَا ۙ ...
۱۰. وَتَلَبَّسُوا۟ بَشِيۜءٍ مِّنۡ خَوۜفِ الْجُوۜعِ وَنَقۜصِ مِنَ ۤالۡاٰمُوۜنِ ۚ وَالۡاَنۜفُسِ ۚ وَالتَّمَرَّۜتِ ۚ وَيَسِّرِ الصَّٰبِرِينَ .

(بقره ۱۵۵) و آفرینش انسان و زندگی او را در رنج می‌داند^۱ (بلد، ۴) در بعد دردبدنی؛ دل نبستن به دنیا^۲ (نساء ۳۹) هم به عنوان سلامت عمومی از جمله مواردی است که قرآن و آموزه‌های اسلامی به آن پرداخته است. در روان‌شناسی سلامتی کیفیتی از زندگانی است که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است (باباپورخیرالدین، رسولزاده، اژه‌ای، و آشتیانی، ۱۳۸۲). آموزه‌های وحیانی، التزام به باورها و رفتارهای دینی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را به دنبال دارد، التزام به رفتارهای بهداشتی توصیه شده در دین، سبب سلامت جسمانی می‌شود. در خطبه‌ی ۱۹۸ نهج البلاغه، از پرهیزکاری به عنوان شفای بیماری جسم، دورکننده‌ی تلخی‌ها و شدائد و سختی‌ها یاد شده است (محمدی و دشتی، ۱۳۶۹). بازده‌های مثبت از مدیریت مؤثر فرصت‌ها و چالش‌ها، تغییرات مثبت در سلامت جسمانی و شادابی روانی و ارتقای کلی نیرومندی‌های شخصی را در بر می‌گیرند (کار، ۱۹۵۷ ترجمه شریفی، نجفی زند و ثنایی، ۱۳۹۱). مثبت‌نگری، یا داشتن نوعی انتظار کلی مبنی بر این که در آینده، رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بد اتفاق خواهند افتاد (حتی اگر این باور غیرواقعی هم باشد)، می‌تواند بر رفتار افراد و نحوه کنار آمدن آن‌ها با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تأثیر بگذارد (تیلر، کیمنی، رید، بوور و گرنیووالد^۳، ۲۰۰۰). اندیشه و پندارهای ما است که کیفیت زندگی‌مان را می‌سازد و موجب موفقیت یا شکست ما می‌شود. مثبت‌اندیشی آثاری در زندگی ما دارد که برخی از آن‌ها عبارتند از شاد زندگی کردن، نگاه به زندگی از جنبه‌های خوب آن، دیدن نقاط مثبت در افراد و زندگی، انتقال انرژی مثبت به دیگران، کاهش تنش‌های روانی، استرس و افسردگی و ایجاد اعتماد به نفس. بنا بر این مثبت‌اندیشی بر زندگی و کیفیت زندگی ما اثرگذار است. آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر افزایش هیجان‌های مثبت را در پی داشته و منجر به روش‌های سازگارانه‌تر پاسخ به موقعیت‌های دشوار می‌شود. در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مداخلات مثبت‌نگری در ارتقای کیفیت زندگی کارکنان مؤثر بوده و باعث افزایش و ثبات آن شده

۱. لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ.

۲. ... ءَأْمُنُوا بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَأَنْفَقُوا مِمَّا رَزَقَهُمُ اللَّهُ ...

است، بنابراین بجاست که به منظور ارتقای کیفیت زندگی، ارایه خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقاءبخش با روش‌های مناسب آموزش داده شود و این بستر را برای دیگران فراهم نمود تا برای غلبه بر مشکلات احتمالی از توانمندی‌های خود استفاده کنند.

با توجه به یافته‌های حاصل از انجام این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که: ۱- نظام آموزش و پرورش به سمت تبدیل شدن به یک سازمان یادگیرنده هدایت شود و مسئولان امر امکان افزایش و رشد سرمایه‌های دانشی، فکری و ارتقای سطح یادگیری کارکنان را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی فراهم سازند. ۲- نظر به یافته‌های مطلوب پژوهش مبنی بر تأثیر ۵۲ درصدی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر قرآن و آموزه‌های اسلامی بر سطح کیفیت زندگی کارکنان و ثبات ۴۱ درصدی آن، برای ارتقای کیفیت زندگی فرهنگیان و حتی اولیای دانش-آموزان این آموزش به صورت یک برنامه منظم اجرا گردد. از همکاری کارکنان اداره کل آموزش و پرورش به ویژه اعضای نمونه در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

قرآن کریم

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی؛ مهدی و برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان شناختی با ادراک بیماری در مبتلایان به ام اس. *روان شناسی و سلامت*، ۱(۱)، ۱۵-۱.

ابن ابی جمهور احسائی، محمد (بی تا). *عوالی اللئالی*. قم: مطبعه سیدالشهداء.

احمدپور، مژگان (۱۳۹۰). شیوه‌های تربیتی والدین و ارتباط آن در رشد اجتماعی کودکان پیش دبستانی. *سیاست روز*. ۶۴۱۷۰ بازیابی شده در ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۰.

<http://siasatrooz.ir/vdchvzn-23nk qdft2.html>

باباپورخیرالدین، جلیل؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ اژه‌ای، جواد و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسأله و سلامت روان شناختی دانشجویان.

روان شناسی، ۷(۱)، ۱۶-۳.

بلقان آبادی، مصطفی؛ حسن آبادی، حسین و اصغری نکاح، سید محسن (۱۳۹۰). تاثیر زوج درمانی مثبت نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۷، ۱۲۱-۱۱۳.

پاکزادیان، سید محمد (۱۳۸۷). رشد اجتماعی نوجوانان. بازیابی شده در ۱۰ اسفند ۱۳۹۳.

http://www.pakzadian.com/print_show.php?id=433

پناهیان، علیرضا (۱۳۹۱). توجه قرآن کریم به کیفیت سبک زندگی انسان‌ها، خبرگزاری فارس، حوزه آیین و اندیشه، دانشگاه تهران، بازیابی شده در ۱۳۹۱/۸/۳۰ از

<http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=13910830000446>

پیل وینست، نورمن (۱۹۹۸). نتایج شگفت‌انگیز تفکر مثبت. ترجمه: امیر بهنام. (۱۳۸۸).

تهران: انتشارات نسل نو اندیش

تمیمی آمدی، عبدالواحد (۵۴۰ ق). غررالحکم و دررالکلم. ترجمه: سید هاشم رسولی محلاتی (۱۳۰۸). چاپ اول، تهران: نشر دفتر فرهنگ.

حرّعاملی، محمدبن حسین (۱۴۱۶). تفصیل وسائل الشیعه الی تحصیل مسائل الشریعه. بیروت: مؤسسه آل‌البیت (ع).

- خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تاکید بر دیدگاه اسلامی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال پنجم، شماره یک، صفحات ۱۴۰-۱۶۴.

خدایاری فرد، محمد و غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مثبت‌نگری. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

خدایاری فرد، محمد؛ سهرابی، فرامرز؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری بناب، باقر؛ به پژوه، احمد؛ فقیهی، علینقی؛ اکبری زردخانه، سعید و عابدینی، یاسمن (۱۳۸۶). روان‌درمانگری و توان‌بخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۱۲، ۲۳-۴۵.

خسروپور، فرشید و ساردوئی، غلامرضا (۱۳۸۰). بررسی تأثیر ارزش‌های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی. مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در

بهداشت روان. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

- زینی‌وند، مریم؛ کاظمی، فرنگیس و سلیمی، حسین (۱۳۹۳). بررسی آموزش تفکر مثبت و خوش بینی بر سلامت روان والدین کودکان سرطانی بیمارستان محک تهران. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۵ (۱۹)، ۳۴-۵۰.
- سیدرضی، محمد (۴۰۶). *نهج‌البلاغه*. ترجمه: سیدجعفر شهیدی (۱۳۶۸). چاپ هشتم، تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
- طباطبایی، سید محمد حسین (۱۳۷۴). *المیزان فی تفسیرالقرآن*. ترجمه: سید محمد باقر موسوی همدانی (۱۳۷۴)، تهران: محمدی.
- عباس‌زاده، فاطمه؛ باقری، اعظم و مهران، ناهید (۱۳۸۸). ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار. *فصلنامه پایش*، ۹ (۱)، ۶۹-۷۵.
- علی‌بیگ، فتانه؛ احمدی، سید احمد؛ فرحبخش، کیومرث؛ عابدی، احمد و علی‌بیگ، مرتضی (۱۳۹۰). تاثیر آموزش خوش‌بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله آموزش در علوم پزشکی*، شماره ۹/۱۲، ۷۰۹-۷۲۰.
- علمی، قربان (۱۳۸۰). *نقش دین و اعتقادات دینی در بهداشت روان*، مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان. تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- فریش، مایکل بی. (۲۰۰۶). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی*. ترجمه: اکرم خمسه (۱۳۸۹). جلد اول و دوم، تهران انتشارات ارجمند و نسل فردا.
- قمی، عباس (۱۳۱۹). *مفاتیح الجنان*. ترجمه: سیدفضل‌الله میرشفیعی خوانساری (۱۳۹۰). چاپ سوم، تهران انتشارات اسوه.
- کار، آلان (۱۹۵۷). *روان‌شناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*، ترجمه: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی‌زند و باقر ثنایی (۱۳۹۱). چاپ سوم، تهران: انتشارات سخن.
- کاویانی، محمد و پناهی، علی احمد (۱۳۹۳). *مفاهیم روان‌شناختی در قرآن*. چاپ اول، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

- لیمن، آوریل و مک‌ماهین، گلا‌دیانا (۱۹۵۲). *روان‌شناسی مثبت*. ترجمه: فریبا مقدم (۱۳۹۳). چاپ دوم، تهران: انتشارات آوند دانش.
- محمدی، سید کاظم و دشتی، محمد (۱۳۶۹). *المعجم المفهرس لالفاظ نهج البلاغه*. چاپ دوم، قم: انتشارات امام علی (ع).
- مگیار- موئی، جینا ال. (۲۰۰۹). *فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا*. ترجمه: فریده براتی سده (۱۳۹۱). چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و وحدانی‌نیا، مریم سادات (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی استاندارد SF-۳۶-۵، ۵، ۴۹-۵۶.
- نوری، نجیب‌الله و سقای بی‌ریا، ناصر (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین خوش بینی سرشتی و خوش بینی از دیدگاه اسلام با رضایت مندی از زندگی. *روان‌شناسی و دین*، ۷: ۶۷-۲۹.
- نیک‌منش، زهرا و زندوکیل، مریم (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بزهکاران نوجوان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، سال اول، شماره دوم، صفحات ۶۴-۵۳.

- Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. (2007). Living with hope: initial evaluation of psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *Journal Pain Symptom Manage*. 33(7): 247-257.
- Dukworth, A. L; Steen, T. A & Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651.
- Hagerty, M. R; Cummins, R. A; Ferriss, A. L; Land, K; Michalos, A. C; Peterson, M; Sharpe, A; Sirgy, J & Vogel, J. (2001) Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research *Social Indicators Research*, 55, 1, 1-96.
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in China: A qualitative study. *Social Indicators Research*, 75, 217 - 240.
- Malkina, I. G & Pykh, Y. Q. A. (2008). Quality-of-life indicators at different scales: theoretical background. *Ecological Indicators*, 8, 854-862.
- Muldoon M.F; Barger S.D & Flory J.D, Manuck S.B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*; 316: 542.

- Phillips, D.(2000). *Quality of life concept policy and practice*. London: routledge.
- Seligman MEP.(1998). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. New York: Free Press.
- Snyder, C. R., Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York: Sage publication Inc.
- Sumi ,K.(1997). Optimism,social support, stress, and physical and psychological well-being in Japanese women. *Psychological Reports*; 81(1): 299-306.
- Taft, CT;Schumm, J& Orazem RJ.(2010). Examining the link between posttraumatic stress disorder symptoms and dating aggression perpetration. *Violence and Victims* ,25(4), 456-69.
- Taylor S.E, Kemeny M.E, Reed G.M, Bower J.E, Gruenewald T.L. (2000) Psychological resources positive illusions health. *American Psychologist*, 55(1): 99-109.
- Ware J. E & Sherbourne C.D.(1992). Conceptual framework and item selection The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30:473-483.

