

## مقایسه اثربخشی آموزش کیفیت زندگی فریش و آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند

تاریخ دریافت مقاله: مرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش مقاله: شهریور ۱۳۹۹

بتول حیدری سورشجانی<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲</sup>، احمد غضنفری<sup>۳</sup>، مریم چرامی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
<sup>۴</sup> استادیار روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

نویسنده مسئول:

بتول حیدری سورشجانی

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش کیفیت زندگی فریش و آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا بود. مطالعه حاضر نیمه آزمایشی است، که از جامعه مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا شهرستان شهرکرد در استان چهارمحال و بختیاری، ۴۶ مراقب اصلی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه‌های تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و رفتارهای جامعه‌پسند (پتر، ۲۰۰۲) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. نتایج نشان داد اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی فریش و آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر افزایش تاب‌آوری ( $P < 0/001$ ) معنادار و اندازه اثر به ترتیب، ۰/۴۱ و ۰/۶۹ بوده و میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بیشتر از آموزش گروهی کیفیت زندگی فریش بود. همچنین، اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی فریش و آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر افزایش رفتارهای جامعه‌پسند ( $P < 0/001$ ) معنادار و اندازه اثر به ترتیب، ۰/۲۴ و ۰/۴۶ بوده و میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بیشتر از آموزش گروهی کیفیت زندگی فریش بود. بنابراین، می‌توان گفت آموزش کیفیت زندگی فریش و آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی می‌توانند میزان تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا را بهبود بخشند.

**کلمات کلیدی:** تاب‌آوری، رفتارهای جامعه‌پسند، کیفیت زندگی، مراقبین اصلی اسکیزوفرنیا.

## مقدمه

مطابق با اظهارات مدیرعامل انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی، در ایران حدود ۸۰۰ هزار بیمار اسکیزوفرنی وجود دارد. نکته مهم در این زمینه این است که بیماری یک عضو خانواده (خصوصاً بیماری‌های مزمن روانی)، کل خانواده را درگیر و سبک زندگی آنها را تغییر می‌دهد [۲،۱]. به‌عنوان مثال نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان تاب‌آوری مراقبین بیماران مزمن روانی کمتر از هنجارهای جامعه است [۳]. پژوهش دیگر، تاب‌آوری را به‌عنوان توانمندی فردی، در برقراری تعادل زیستی - روانی - معنوی، در شرایط خطرناک و شرکت فعال فرد در محیط تعریف کرده‌اند [۴]. در واقع، تاب‌آوری به انطباق موفقیت‌آمیزی گفته می‌شود که در مصائب و استرس‌های ناتوان ساز آشکار می‌گردد، یعنی تاب‌آوری بیانگر کنش‌وری و پویایی سازه‌ای است که مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطرناک و محافظت‌کننده است [۵]. همچنین، پژوهشگران دیگری، تاب‌آوری را به ظرفیت بازگشت از چالش‌های اجتماعی، مالی و یا هیجانی، به تعادل مجدد تعریف می‌کند [۶]. در واقع تاب‌آوری یک فرایند توانایی یا پیامد سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است [۷]. به عبارت دیگر، تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای استرس‌زا، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به‌وسیله‌ی آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌شود [۸]. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان دادند که فرایند شروع بیماری و درمان بیماری مزمن روانی در کاهش میزان تاب‌آوری مراقبین بیماران مزمن روانی اثرگذار بوده است [۹،۱۱،۱۰].

همچنین، نتایج برخی تحقیقات نشان دادند که علاوه بر کاهش تاب‌آوری در مراقبین بیماران مزمن روانی ممکن است میزان رفتارهای جامعه‌پسند آنان دچار اختلال باشد [۱۲]. به طور کلی، رفتار جامعه‌پسند رفتاری عمدی و ارادی است که به قصد سود رساندن به دیگران و در جهت رفاه و منافع آنان انجام می‌شود [۱۳،۱۴،۱۵]. در واقع رفتار جامعه‌پسند رفتار اجتماعی است که در آن افراد از طریق نشان دادن توجه و مراقبت نسبت به دیگران به نفع آنها عمل می‌کنند. بر این اساس، رفتار جامعه‌پسند به عنوان یک سازه چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که شامل رفتارهای مختلفی از جمله مهربانی کردن، کمک کردن، سهیم شدن، همکاری و دوستانه رفتار کردن است [۱۶،۱۷،۱۸]. به طور کلی به نظر می‌رسد مراقبان بیماران مزمن روانی به دلیل مشغله‌های فکری و عملی زیادی که در درمان و نگهداری بیماران خود دارند، تمرکز کمتری جهت بروز رفتارهای جامعه‌پسند خود دارند.

با توجه به توضیحات فوق، مراقبین اصلی بیماران مزمن روانی در زمینه‌های تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌توانند در بهبود توانمندی‌های فوق متمرکز باشند. یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها، برنامه آموزش کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) می‌باشد [۱۹]. هدف درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی. فریش (۲۰۰۶) معتقد است که این درمان مانند روان‌درمانگری‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسانها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است، به همین دلیل فریش با تأکید مفرط بر بهبود بخشیدن به مجموع کیفیت زندگی به عنوان هدف اصلی تمام مداخلات، اصلاح آن را برای افراد مهم و ضروری می‌داند [۱۹]. بنابراین روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی برای افرادی مناسب است که به دنبال رضایت و کمال در یک یا چند حوزه از زندگی هستند، در پیگیری و دستیابی به راه‌حل‌ها، اهداف و برنامه‌هایشان مشکل دارند، خواهان بنا نهادن زندگی نوینی هستند، دریافته‌اند که آنچه اکنون در زندگی‌شان انجام می‌دهند ثمربخش نیست و برای ایجاد تغییرات در زندگی خود برانگیخته شده‌اند [۲۰]. بنابراین روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی که هدف اصلی آن ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی است، بر اساس یک الگوی پنج راهه ارائه می‌گردد. راهبردهای پنج‌گانه‌ی این الگو از نگاه فریش (۲۰۰۶) عبارتند از الف) شرایط زندگی: اولین راهبرد یا شیوه، تغییر شرایط برای بهبود یک حوزه از زندگی است؛ ب) نگرش‌ها دومین شیوه برای افزایش رضایت در حوزه‌ای خاص از زندگی، تغییر نگرش نسبت به موقعیت یا شرایط و اصلاح آشفتنگی‌ها و افکار منفی می‌باشد؛ ج) استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم، راهبرد سوم برای افزایش رضایتمندی در یک حوزه خاص از زندگی، تغییر اهداف یا معیارها نسبت به آن حوزه می‌باشد؛ د) اولویت‌ها و ارزش‌ها: چهارمین راهبرد برای افزایش رضایت از زندگی، تغییر اولویت‌ها است یا تغییر آنچه که برای هر فرد در زندگی مهم است و ه) رضایت کلی از زندگی: راهبرد پنجم ناظر بر این اصل است که می‌توان با تمرکز بر حوزه‌هایی از زندگی که در حال

حاضر مسأله‌ی مورد نظر و درجه یک ما نیستند اما به هر حال به آن علاقه‌مندیم، و از طریق افزایش رضایتمندی نسبت به این حوزه‌های جدید، رضایت کلی خود را از زندگی افزایش دهیم [۱۹].

علاوه‌براین، باید در نظر داشت که به‌کارگیری مدل برنامه‌ی آموزش مبتنی بر کیفیت‌زندگی [۱۹]، اغلب در برگزیده‌ی مدل مراقبت چندرشته‌ای - چندسطحی هستند. پارادایم غالبی که در درمان و مراقبت از بیماران روانپزشکی مدنظر بوده است، مدل زیستی - روانی - اجتماعی است که هدف آن در نظر گرفتن انسان به عنوان یک کل است. این مدل بر نیاز به توجه به بیماری‌ها از یک منظر کل‌گرایانه صحت می‌گذارد. بنابراین از اتخاذ دیدگاهی کاهش‌گرایانه که تنها جنبه‌های زیستی یا تنها جنبه‌های روان‌شناختی فرد را در نظر می‌گیرد، اجتناب می‌ورزد. اما آنچه که در علم روان‌شناسی امروزه مطرح است، یکپارچه‌سازی مذهب/ معنویت در بعد اجتماعی این مدل یا ترجیحاً گنجاندن معنویت در هر سه بعد زیستی، روانی، اجتماعی و در نتیجه پرداختن به بیمار و بیماری در یک مدل زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی/ مذهبی است [۲۱]. در تحقیقی دیگر، محققان پی بردند که داشتن هدف در زندگی، سازگاری و کیفیت‌زندگی خانواده‌های افراد مبتلا به آسیب نخاعی را افزایش می‌دهد. مذهب نیاز به یافتن هستی و فلسفه وجود انسان را برآورده می‌سازد [۲۲]. علامه جعفری (۱۳۶۸) معتقد است که فقط با پاسخگویی معقول به چهار مسأله‌ی ارتباط با خویشتن، خداوند، جهان هستی و هم‌نوع خود بر اساس آموخته‌های دین است که می‌توان به هدف و فلسفه قانع‌کننده‌ای برای زندگی دست یافت. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که یکی از روش‌های مناسب برای پاسخگویی به مسأله چهارگانه فوق ترتیب دادن جلسات گروهی است، چرا که در این صورت اعضاء علاوه بر بهره‌مندی از سایر مزایای گروه می‌توانند تجارب عملی خود را در مورد به‌کارگیری تعالیم مذهبی در زمینه ارتباط با خود، خداوند، جهان هستی و روابط خانوادگی و اجتماعی و نتایج آن با یکدیگر در میان بگذارند تا هر کدام از آنها به این باور برسند که می‌توان آموزش‌های مذهبی را به عمل در آورد و از نتایج شیرین آن بهره‌مند شد [۲۳].

همانطوری که اشاره گردید، مذهب و معنویت بر جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و حتی بر جنبه‌های زیستی انسان تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر همه‌ی این ابعاد بر همدیگر تأثیر متقابل دارند، بنابراین رویکرد فوق به عنوان رویکردی مفید به خانواده‌های بیمار و بیماری می‌تواند توصیه و ترویج شود (۲۴). استفاده از معنویت در گروه‌درمانی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار و حائز اهمیت است که می‌تواند باعث ارتقاء حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامتی شود. گروه‌درمانی معنوی مذهبی نوعی از روان‌درمانگری است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی - مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی سلامت و رشد به دست آورند [۲۵].

امروزه روانشناسان به این نتیجه رسیده‌اند که پرداختن به درمان بدون توجه به معنویت نتیجه‌بخش نخواهد بود. اما باید توجه داشت برای افرادی که دین و جایگاه آن را فهمیده‌اند، کسب معنویت از رهگذر دین به صورت مطمئن‌تر حاصل می‌شود. ادیان الهی به‌ویژه اسلام، توصیه‌های کارسازی برای ارتباط انسان با موجودی نامتناهی از هر جهت ارائه می‌دهند. ارتباط انسان با خدا در اوج معنویت قرار می‌گیرد و در این مسیر، تجربه‌های معنوی و لذت‌های وصف‌ناپذیرش کسب می‌شود. به نظر می‌رسد رسیدن به بهزیستی روانی، در پرتو ادیان الهی به‌ویژه اسلام، بر راه‌های غیردینی آن ترجیح دارد. برای این برتری می‌توان دلایل متعددی برشمرد: (الف) از نظر اسلام، رفتارهایی که انسان در ارتباط معنوی با خدای متعال انجام می‌دهد، و نیز حالتی که در همین رابطه در روان انسان پدید می‌آید، ناشی از معرفتی است که به خدای متعال دارد. یعنی به دنبال خداشناسی، توجهات و کیفیات نفسانی خاصی در انسان پدید می‌آید که به مقتضای این حالات مخصوص و توجهاتی که نسبت به صفات الهی می‌یابد، در چارچوب شرایط محیطی رفتارهایی همسو با هدف بهزیستی و سلامت کلی شکل خواهد گرفت [۲۶]. همچنین دین با تأکید بر عبادت و پرستش نیز، انسان را به فضای معنویت عمیق و اصیلی دعوت می‌کند که ریشه در فطرت وی دارد. در سایه‌ی معنویت دینی، یکی از نیازهای اصیل روحی انسان که نیاز به ارتباط با موجود قادر مطلق و اتکا بر وی است، برآورده می‌شود. از مجرای عبادت و بندگی، مایه‌های فطری در روح انسان، به صورت احساسات و عواطف و کیفیات نفسانی تبلور می‌یابند و بخشی از آنها، همان‌هایی هستند که جنبه‌ی متعالی دارند و رفتارهای انسان را نیز تنظیم می‌کنند؛ (ب) اگر نیازهای اساسی انسان به‌طور مناسب تأمین نشود، نه تنها سلامت روانی تحقق نمی‌یابد، بلکه زمینه آسیب‌های دیگری نیز فراهم می‌شود. از این‌روی، ارتباط معنوی انسان با خدا به عنوان قادر مطلق، از راه عبادت و پرستش، مبنایی محکم و اطمینان‌بخش دارد و برخی از اساسی‌ترین نیازهای انسان مانند احساس امنیت و احساس تعلق را شکل می‌دهد. یعنی معرفتی که انسان نسبت به خدا

پیدا می‌کند، به تناسب عمق و کمال آن و مقدار توجهی که انسان نسبت به معرفت خویش دارد، حالات خاصی را در او به وجود می‌آورد که منشأ رفتارهای ویژه و همسو با بهزیستی است [۲۶].

آنچه لزوم نگاه دینی به کیفیت‌زندگی را بیشتر نمایان می‌سازد، تفاوت‌های موجود در روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی فریث و دیدگاه اسلامی به این مقوله است. اولین تفاوت عمده در این است که از نظر اسلام، شادکامی دارای مبانی چهارگانه‌ی خداشناختی، انسان‌شناختی، دین‌شناختی و جهان‌شناختی است که در این میان مبانی خداشناختی در رأس عوامل دیگر قرار دارد و تمامی مبانی دیگر شادکامی، متأثر از مبانی توحیدی آن است. این بدین معناست که بر خلاف دیدگاه فریث، در نظر اسلام، معنویت (با تعریفی که اسلام از معنویت دارد) که نماد آن توحید و باور به یگانگی خداوند در تکوین و تشریح است، در عرض عوامل دیگر قرار ندارد. در دیدگاه اسلام معنویت و مذهب فقط یک حوزه از حوزه‌های کیفیت‌زندگی نیست، بلکه عاملی فرادستی است که تمام حوزه‌های دیگر را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. تفاوت دوم در سکولار بودن رضایتمندی در روان‌شناسی و الهی بودن آن در فرهنگ اسلامی است. در روان‌شناسی، بحث درباره‌ی رضایت از زندگی است؛ اما در فرهنگ اسلامی، رضایت از زندگی در سطحی بالاتر قرار دارد و در حقیقت، رضایت از تقدیر خدا برای زندگی است [۲۷]. بنابراین، تحقق شادکامی وابسته به «واقعیت‌شناسی توحیدی» و «هماهنگ‌سازی با واقعیت‌های توحیدی» است. اگر همه‌ی ابعاد انسان و زندگی‌اش بر اساس توحید تنظیم شود، شادکامی تحقق می‌یابد [۲۸]. تفاوت مهم دیگر در نگاه به گستره‌ی زندگی است؛ از نگاه ادیان الهی، زندگی گستره‌ی دارد از پیش از تولد تا پس از مرگ و برای اینکه فرد ارزیابی درستی از کیفیت زندگی خود داشته باشد باید دستاوردهای خود در تمام این گستره را مورد ارزیابی قرار دهد و نه فقط آنچه را در حیات جسمانی و زندگی دنیایی خود به دست آورده است.

از سوی دیگر با وجود اشتراکات موجود در مبانی ادیان توحیدی، دین اسلام کامل‌ترین و آخرین دین الهی است که حاوی برنامه‌ی کاملی برای زندگی دنیوی و اخروی انسان‌هاست و برای سعادت و سلامت انسان در ابعاد مختلف، برنامه‌های مؤثر و همه‌جانبه‌ای ارائه داده است. با این حال تا کنون تلاش علمی آنچنان جدی و مدونی برای استفاده از آموزه‌های دین مبین اسلام در امر مراقبت و درمان‌های روان‌شناختی صورت نگرفته است. بنابراین اگرچه روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی توجهی ویژه به معنویت داشته است اما در این پژوهش به دلایلی که در بالا گفته شد، به ناب‌ترین شکل معنویت یعنی معنویت از رهگذر دین توجه شده است و با توجه به لزوم بومی‌سازی روش‌های درمانگری برای جامعه‌ی ایرانی، دین اسلام به عنوان کامل‌ترین دین الهی، مبنای کار قرار گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پرکردن این خلاء پژوهشی، به بررسی اثربخشی آموزش کیفیت‌زندگی فریث و آموزش کیفیت‌زندگی با جهت‌گیری اسلامی بر رشد تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین اصلی اسکیزوفرنیای شهرستان شهرکرد تفاوت دارند؟ بدین ترتیب، فرضیه این پژوهش به شرح زیر است:

بین اثربخشی آموزش گروهی کیفیت‌زندگی فریث و کیفیت‌زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین بیماران اسکیزوفرنیای شهرستان شهرکرد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیای تحت‌نظر مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان شهرکرد بود که تعداد آنان ۱۵۶۹ نفر می‌باشد. در این تحقیق ۴۶ مراقب بیماران اسکیزوفرنی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس از طریق جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (آموزش کیفیت‌زندگی فریث و آموزش کیفیت‌زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) و یک گروه گواه گمارده شدند.

برای اجرای پژوهش با هماهنگی مدیران و مربیان مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان شهرکرد، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیای در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) سازماندهی شده و پیش‌آزمون به اجرا درآمد. سپس، یکی از گروه‌های آزمایش مورد مداخله آموزش کیفیت‌زندگی فریث (طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) و گروه آزمایش دیگر مورد مداخله آموزش کیفیت‌زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) قرار گرفتند، ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و پس‌آزمون برای سه گروه به اجرا گذاشته شد و در نهایت پس از دو ماه از شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند اخذ گردید. سپس تجزیه و تحلیل با

استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه تاب‌آوری:** این پرسشنامه را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس به این صورت است که کاملاً نادرست، نمره صفر و همیشه درست، نمره چهار می‌گیرد؛ بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. دامنه امتیاز قابل کسب بین صفر تا ۱۰۰ است و هر چه امتیاز به‌دست‌آمده به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. نمره کلی تاب‌آوری به چهار سطح (۰-۲۵)، (۲۶-۵۰)، (۵۱-۷۵) و (۷۶-۱۰۰) طبقه‌بندی می‌شود. نتایج تحلیل عاملی حکایت از آن دارد که این آزمون دارای ۵ عامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، گواه و تأثیرات معنوی است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند [۸]. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک‌فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است [۸]. این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریابی شده است [۲۹]. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است [۸]. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از یک نمونه ۴۶ نفری از آزمودنی‌ها و از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۸ به دست آمد.

**پرسشنامه رفتارهای جامعه‌پسند:** این پرسشنامه توسط پتر تدوین شده است [۳۰]. این نسخه ۳۰ گویه‌ای است. این پرسشنامه به‌عنوان مقیاسی عمومی در روان‌شناسی اجتماعی برای ارزیابی گرایش‌های جامعه‌پسند از منظر صفات شخصیتی به کار می‌رود. این ابزار مسئولیت اجتماعی، نگاه از منظر پریشانی فردی، استدلال اخلاقی دو جانبه، استدلال‌های جهت‌گیری شده دیگران و نوع‌دوستی خودگزارشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵) به آن پاسخ می‌دهد و دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۵۰ است. این پرسشنامه دو عامل کمک‌رسانی و هم‌حسی جهت‌گیری شده دیگران را می‌سنجد. همگرایی درونی هر دو مقیاس بیش از ۰/۸۰ و روایی بازآزمایی برای هم‌حسی جهت‌گیری شده دیگران معادل ۰/۷۷ و برای کمک‌رسانی معادل ۰/۸۵ به دست آمده است [۳۰]. صفاری‌نیا، تدریس، محتشمی و حسن‌زاده پایایی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی ۰/۷۹ به‌دست آوردند [۳۱]. همچنین، ضرایب بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۹۸ و ضرایب خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۰ به‌دست آمد. ضریب آلفای در عامل هم‌حسی جهت‌گیری شده دیگران معادل ۰/۷۴ و برای عامل کمک‌رسانی ۰/۷۹ گزارش شد [۳۱]. در این پژوهش، برای تعیین پایایی پرسشنامه از یک نمونه ۶۰ نفری از آزمودنی‌ها و از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

همچنین، مبنای آموزش کیفیت زندگی، بسته آموزشی کیفیت زندگی فریش [۱۹] بود که جلسات آموزشی به‌صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

## جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی کیفیت زندگی برگرفته از فریش [۱۹]

تعداد جلسه	هدف، محتوای جلسه، تکلیف جلسه
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری؛ تعیین اهداف گروه؛ ذکر قوانین گروه و تأکید بر توجه کامل مباحث و تمرین‌های مربوطه؛ توضیحاتی مرتبط با استرس والدین، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی زندگی روزمره و پیوند زدن آن با متغیرهای وابسته؛ نقش و اهمیت این متغیرها در تجربه زندگی؛ بیان هدف دوره و منطق درمان؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ تعریف کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادمانی؛ اجرای مقیاس کیفیت زندگی، نمره‌گذاری بر اساس میزان رضایت؛ ارزیابی اهداف در ۱۶ بعد زندگی و اجرای تکلیف کیک شادمانی؛ بررسی علل نارضایتی در هر حیطة؛ تکلیف (تکمیل کاربرگه‌ی نظارت هر روزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی)
جلسه سوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با پنج راه رسیدن به رضایت از زندگی؛ مشخص کردن پنج بعد رضایت برای هر حیطة و رتبه‌بندی حیطة‌ها برای عملکرد بهتر؛ چالش حل تعارض اخلاقی با طرح موضوع در قالب داستان؛ تکلیف
جلسه چهارم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی؛ تعریف غنای اخلاقی درونی شده، معرفی ابعاد اخلاقی درونی شده و راه‌های رسیدن به اخلاقی درونی شده؛ تکلیف
جلسه پنجم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن؛ آموزش ارتقاء رفتارهای جامعه‌پسند به کمک فنون آن؛ تعریف رفتارهای جامعه‌پسند و راه‌های رسیدن به آن؛ تکلیف
جلسه ششم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و کاهش عاطفه منفی؛ مروری بر مدل پنج‌گانه رضایت؛ توضیح فن تغییر نگرش و عاطفه منفی، بیان منطق آن، آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر نگرش و عاطفه؛ تکلیف
جلسه هفتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی؛ توضیح من اهداف را تغییر بده؛ آموزش فنون تغییر اهداف؛ آموزش فنون تغییر اولویت‌ها؛ آموزش فنون تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطة‌ها؛ تکلیف
جلسه هشتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی؛ تکلیف
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل؛ پس‌آزمون

همچنین، مبنای آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بسته آموزشی سیفی و همکاران [۲۶] بود که جلسات آموزشی به‌صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: محتوای جلسات کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی [۲۶]**

جلسه	هدف، محتوای جلسه، تکلیف جلسه
جلسه اول	آشنایی اولیه با اعضای گروه و دوره آموزشی، توافق با اعضاء جهت زمان برگزاری دوره و اجرای پیش‌آزمون؛ و انتخاب حوزه‌هایی از کیفیت زندگی جهت انجام مداخله که از دیدگاه اعضای گروه بیش از سایر حوزه‌ها نیازمند بهبود می‌باشند (حوزه اهداف و ارزش‌ها و حوزه احترام به خویشتن).
جلسه دوم	بحث پیرامون کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی؛ ابعاد کیفیت زندگی و درخت زندگی، جمع‌بندی، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف.
جلسه سوم	تعریف الگوی اسلامی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی CASIO و پنج مؤلفه آن، بحث در مورد وضعیت مؤلفه‌های مذکور در اعضای گروه، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه تکلیف، جمع‌بندی.
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، معرفی راهبرد اول و دوم؛ تغییر شرایط (C) و تغییر نگرش‌ها (A) در ارتباط با اولین حوزه هدف (اهداف و ارزش‌ها) با جهت‌گیری اسلامی (استفاده از آیات و روایات و آموزه‌های دینی) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی و بحث گروهی پیرامون کاربرد اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر شرایط (C) و تغییر نگرش‌ها (A)، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	مروری بر جلسه چهارم، معرفی راهبرد سوم و چهارم یعنی تغییر استانداردها (S) و تغییر اولویت‌ها (I) در ارتباط با اولین حوزه هدف (اهداف و ارزش‌ها) با جهت‌گیری اسلامی (استفاده از آیات و روایات و آموزه‌های دینی)، بحث گروهی پیرامون کاربرد اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر استانداردها (S) و تغییر اولویت‌ها (I)، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف و جمع‌بندی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، معرفی راهبرد پنجم؛ افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر (O) در ارتباط با اولین حوزه هدف (اهداف و ارزش‌ها) با جهت‌گیری اسلامی (استفاده از آیات و روایات و آموزه‌های دینی) و بحث پیرامون کاربرد اصول مهم مرتبط با افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر (O) و کاربرد آن‌ها در افزایش رضایت از زندگی، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف و جمع‌بندی.
جلسه هفتم	مروری بر سه جلسه قبل، معرفی راهبرد اول و دوم؛ تغییر شرایط (C) و تغییر نگرش‌ها (A) در ارتباط با دومین حوزه هدف (احترام به خویشتن) با جهت‌گیری اسلامی (استفاده از آیات و روایات و آموزه‌های دینی) و کاربرد آن در ارتقاء کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون کاربرد اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر شرایط (C) و تغییر نگرش‌ها (A)، ارائه‌ی چهار اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف.
جلسه هشتم	مروری بر جلسه هفتم، معرفی راهبرد سوم و چهارم یعنی تغییر استانداردها (S) و تغییر اولویت‌ها (I) در ارتباط با دومین حوزه هدف (احترام به خویشتن) با جهت‌گیری اسلامی (استفاده از آیات و روایات و آموزه‌های دینی)، بحث گروهی پیرامون کاربرد اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر استانداردها (S) و تغییر اولویت‌ها (I)، ارائه‌ی چهار اصل از سی اصل شادی فریش، ارائه تکلیف و جمع‌بندی.
جلسه نهم	معرفی راهبرد پنجم؛ افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر (O) در ارتباط با دومین حوزه هدف (احترام به خویشتن) با جهت‌گیری اسلامی (استفاده از آیات و روایات و آموزه‌های دینی) و بحث پیرامون کاربرد اصول مهم مرتبط با افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر (O) و کاربرد آن‌ها در افزایش رضایت از زندگی، ارائه‌ی چهار اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه تکلیف، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

**یافته‌های پژوهش**

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است.

## جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین - انحراف - گین معیار	میانگین - انحراف - معیار ن	میانگین - انحراف - معیار ن
رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش آموزش کیفیت زندگی فریش	۱۰۱ ۷۹	۹۶/۱۳ ۱۱/۲۹	۸۱/۲۱ ۹۵/۸۷
	گروه آزمایش آموزش آموزه‌های اسلامی	۱۳۸ ۷۸	۴/۸۹ ۱۰۸	۱۱/۰۴ ۱۰۷
تاب‌آوری	گروه کنترل	۱۰۷ ۸۱	۸۱/۳۳ ۶/۹۹	۵/۶۳ ۸۱/۸۷
	گروه آزمایش آموزش آموزش کیفیت زندگی فریش	۱۶۰ ۵۷	۲/۵۵ ۷۳/۲۰	۵/۷۱ ۷۰/۴۷
پیگیری	گروه آزمایش آموزش آموزش آموزه‌های اسلامی	۱۳۱ ۵۶	۴/۰۹ ۸۵/۰۶	۴/۵۹ ۸۰/۸۸
	گروه کنترل	۱۲۰ ۵۷	۳/۳۷ ۵۶/۶۷	۴/۹۸ ۵۵/۴۰

به منظور بررسی فرضیه‌ی «آموزش کیفیت زندگی بر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری در مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا اثرگذار است»، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به‌کارگیری تحلیل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آن بررسی گردید. بدین منظور آزمون کالموگروف - اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد. همانگونه که در جدول ۴ نشان داده شده است، نتایج معنی‌دار نیست و نرمال بودن داده‌های پژوهش برقرار است.

## جدول ۴. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف در مورد نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	آماره	معناداری
پیش‌آزمون	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۶۳	۰/۸۲
رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۵۶	۰/۹۱
	گروه گواه	۰/۷۲	۰/۶۶
پس‌آزمون	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۵۵	۰/۹۲
رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۴۶	۰/۹۸
	گروه گواه	۰/۸۸	۰/۴۲
پیگیری	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۶۲	۰/۸۳
رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۵۲	۰/۹۵
	گروه گواه	۰/۶۳	۰/۸۱
پیش‌آزمون	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۵۵	۰/۹۲
تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۸۶	۰/۴۵
	گروه گواه	۰/۹۷	۰/۲۹
پس‌آزمون	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۶۲	۰/۸۳
تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۷۳	۰/۶۵
	گروه گواه	۰/۵۹	۰/۸۷
پیگیری	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۶۲	۰/۸۴
تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۵۳	۰/۹۴
	گروه گواه	۱/۰۶	۰/۲۱



همچنین، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها اجرا شد که نتایج معنی‌دار نبود و نشان داد که همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است (جدول ۵).

جدول ۵. آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها درباره متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۰/۹۹	۲	۴۳	۰/۳۷۹
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۳/۶۶	۲	۴۳	۰/۰۵۱
تاب‌آوری	گروه گواه	۳/۱۷	۲	۴۳	۰/۰۵۲
	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۱/۳۹	۲	۴۳	۰/۲۱۸
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۲/۳۶	۲	۴۳	۰/۱۰۶
	گروه گواه	۰/۱۲	۲	۴۳	۰/۸۸۴

همچنین، آزمون باکس جهت بررسی برابری کوواریانس‌های متغیر وابسته اجرا شد که نتایج معنی‌دار نبود. بنابراین بعد از برقراری مفروضه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری جهت مقایسه تاثیر آموزش «کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر روی رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری استفاده گردید. جهت بررسی این فرضیه لازم است ابتدا اثربخشی متغیر مستقل (آموزش کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) بر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنیای مورد آزمون قرار گرفته است.

جدول ۶. جدول موچلی مبنی بر بررسی پیش‌فرض کرویت متغیرها

متغیر	آزمون موچلی	مجذور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
رفتارهای جامعه‌پسند	۰/۹۳	۱/۷۹	۲	۰/۴۱
تاب‌آوری	۰/۹۸	۰/۵۲	۲	۰/۷۷

نتایج آزمون موچلی در جدول ۶ نشان می‌دهد که پیش‌فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است، بر آورده شده است.

**جدول ۷.** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی تاثیر آموزش کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنیا

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری	مقدار f	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات		
۹								
۱/۸	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۰/۴۹	۷۶۸/۶۷	۲	۱۵۳۷/۳۵	مراحل	رفتار های
۰								
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۳۳/۴۷	۱۷۸۶/۶۷	۱	۱۷۸۶/۶۷	گروه‌بندی	جامعه
۹								ه-
۱/۷	۰/۲۴	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۶۷۹/۰۷	۲	۱۳۵۸/۱۵	تعامل زمان و گروه‌بندی	پسند
۰								د
				۷۳/۲۳	۵۶	۴۱۰۱/۱۵	خطا	
۹								
۱/۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۵/۰۰۴	۴۵۶/۸۴	۲	۹۱۳/۶۸	مراحل	تاب-
۰								
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۱	۴۶/۳۴	۲۵۶۰/۰۱	۱	۲۵۶۰/۰۱	گروه‌بندی	آوری
۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱۹/۶۱	۵۹۶/۹۳	۲	۱۱۹۳/۸۶	تعامل زمان و گروه‌بندی	
				۳۰/۴۴	۵۶	۱۷۰۵/۱۱	خطا	

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنیا فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج گروه‌بندی جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنیا تاثیر معنادار داشته است. بدین معنا که آموزش کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که آموزش کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی داشته است. همچنین، نتایج نشان داد که ۲۴ درصد از تغییرات رفتارهای جامعه‌پسند و ۴۱ درصد از تغییرات تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه ابتدا به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پژوهش با همدیگر پرداخته می‌شود.

جدول ۸. آزمون بونفرنی برای بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش و گروه کنترل				
مقدار معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل	متغیرهای پژوهش
۰/۰۰۱	۱/۴۹	-۶/۹۹	آموزش کیفیت زندگی فریش با گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۵۲	۱۰/۶۶	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با گروه کنترل	تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۲/۱۳	۷/۹۹	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با فریش	
۰/۰۰۱	۲/۰۹	۸/۹۱	آموزش کیفیت زندگی فریش با گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۲/۰۸	۱۶/۷۰	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با گروه کنترل	رفتارهای جامعه-پسند
۰/۰۰۱	۲/۰۶	۷/۷۹	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با فریش	

همانگونه که نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی معنادار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر میزان تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از اثربخشی کیفیت زندگی فریش بوده است. همچنین، تفاوت گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) با گروه گواه معنادار بوده است. همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات رفتارهای جامعه‌پسند گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی معنادار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر میزان رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از اثربخشی کیفیت زندگی فریش بوده است. همچنین، تفاوت گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) با گروه گواه معنادار بوده است. در یک جمع بندی می‌توان اینگونه بیان کرد: روش گروه آموزش کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر میزان تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی تأثیر معناداری دارند؛ همچنین، میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر میزان تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از اثربخشی آموزش کیفیت زندگی فریش بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله آموزش «کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر میزان رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی مؤثر بوده است و میزان اثربخشی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از کیفیت زندگی فریش بود.

در زمینه اثربخشی «کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر رفتارهای جامعه‌پسند، در گذشته پژوهشی که به‌طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد، یافت نشد. اما نتایج این پژوهش، به‌طور تلویحی با نتایج برخی از تحقیقات همسو است [۳۳، ۳۲]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش کیفیت زندگی را می‌توان آموزش مبتنی بر تقویت همه ابعاد زندگی دانست که به لحاظ ماهیت امید، انعطاف، مقاومت، پشتکار، خوش‌بینی، هم‌نوع دوستی و کمک‌رسانی در زندگی اجتماعی را بر نظام باوری، شناختی و نهایتاً رفتاری افراد مسلط نموده و از این طریق رفتارهای سازگار و موردپسند جامعه را افزایش داده و باعث افزایش رضایتمندی افراد در زندگی خود به دلیل انجام

چنین رفتارهای نوع‌دوستانه خواهد شد. چنین نقشی در آموزش کیفیت زندگی از سازگار تقویت افراد از خود و جهان پیرامون نشأت می‌گیرد. به معنای دقیق‌تر، آموزش کیفیت زندگی موجب می‌شود تا افراد خود و توانایی‌هایشان را همراه با لحظات و حوادث زندگی مثبت و رو به تحول نگریخته و از آن طریق باعث تقویت رفتارهای بشردوستانه و رفتارهای جامعه‌پسند شود. همچنین، فریض که از بنیانگذاران آموزش کیفیت زندگی محسوب می‌شود، این رویکرد را مبتنی بر نظریه شناختی، نظریه فعالیت و روان‌شناسی مثبت‌نگر معرفی نموده و اعلام داشته که آموزش کیفیت زندگی به دنبال آن است تا به انسان‌ها کمک کند رویه‌ها و باورهای مثبت‌تری را برای زندگی در پیش بگیرند [۳۳]. از این نظریه می‌توان استنباط کرد که آموزش کیفیت زندگی که بر حول پنج محور (شرایط زندگی، نگرش‌ها، استانداردهای شخصی، اهمیت ارزش‌ها و رضایت کلی از خود و زندگی) و سی اصل بسیار مهم (معطوف به مسائلی نظیر سلامتی، عزت‌نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول، کار، بازی و سرگرمی، یادگیری، خلاقیت، یاری‌رسانی و کمک به هم‌نوع، عشق، دوستان، کودکان، فرزندان و بستگان) متمرکز است [۱۹]، این امکان را برای فراگیران و آموزش‌گیرندگان فراهم می‌کند تا افراد جهت‌گیری مثبت‌تری نسبت به افراد پیرامون خود در زندگی در پیش بگیرند و نهایتاً رفتارهای کمک‌رسانی و نوع‌دوستانه بیشتری نسبت به آنها نشان دهند. به عبارت دیگر، مراقبین اصلی بیماران مزمن روانی از جمله اسکیزوفرنیای که بار و فشار مراقبتی فراوانی را متحمل می‌شوند در پی آموزش کیفیت زندگی به دلیل فراگیری و درونی کردن محورها و اصول کیفیت زندگی، رفتارهای جامعه‌پسند بیشتری از خود نشان دادند.

همچنین، در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی بر میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مؤثرتر از آموزش گروهی کیفیت زندگی فریض بر رفتارهای جامعه‌پسند و خرده‌مقیاس‌های آن (کمک‌رسانی و هم‌حسی جهت‌گیری شده) در مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیای بود می‌توان چنین گفت که فرهنگ یکی از تعیین‌کننده‌ترین عوامل مؤثر بر شخصیت افراد است. هر فرهنگی دارای خصوصیات، ارزشها، پدیده‌ها و انتظارات ویژه‌ای است که در مجموع شخصیت فرد را شکل می‌دهند. در واقع فرهنگ، مجموعه‌ی یکپارچه‌ی دانش، عقیده و رفتار انسان است که از نسلی به نسل بعد منتقل می‌شود و از طریق یک رشته انتساب‌ها، سنت‌ها، آداب، عقاید و ارزش‌های مشترک، هنجارهایی برای زندگی انسان پدید می‌آورد. اغلب نظام‌های سنتی مشاوره‌ای، بعد فرهنگی مراجعان را نادیده می‌گیرند؛ در حالی که بیشتر آسیب‌های روانی به همان اندازه که زیستی‌اند، فرهنگی و جامعه‌شناختی نیز هستند [۳۴]. بنابراین آموزش‌دهندگان باید ویژگی‌های فرهنگی مراجعان را در فرایند آموزش مورد توجه قرار دهند و رابطه‌ی آموزشی را مطابق با نیازهای فردی و ترجیحات فرهنگی افراد تنظیم نمایند. به همین دلیل در رویکرد آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به جهت آموزش مفاهیم عمده با بهره‌گیری از آیات و احادیث که احساس تعاون و کمک‌رسانی را ترویج می‌دهند، واریانس بیشتری را در متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و خرده‌مقیاس آن (کمک‌رسانی و هم‌حسی جهت‌گیری شده) تبیین نموده است. به عبارت دقیق‌تر، به دلیل آنکه رویکرد آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بخش اساسی و جامعه‌گستر وجودی افراد را مورد هدف و آموزش قرار داده، بنابراین افزایش میزان رفتارهای جامعه‌پسند و خرده‌مقیاس آن (کمک‌رسانی و هم‌حسی جهت‌گیری شده) که بخش مهمی از آموزه‌های دینی - اسلامی است، منطقی به نظر می‌رسد.

در زمینه اثربخشی «کیفیت زندگی فریض و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر تاب‌آوری، نتایج این پژوهش، با نتایج برخی از پژوهش‌های [۳۶،۳۵،۳۱] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد تاب آور از احساس کارآمدی و اعتمادبه‌نفسی برخوردارند که به آن‌ها اجازه می‌دهد چالش‌های زندگی را با موفقیت پشت سر بگذارند. این افراد کمتر احساس ناامیدی و تنهایی می‌کنند و از این مهارت برخوردارند که به مشکل به‌منزله مسئله‌ای نگاه کنند که می‌تواند در آن کندوکاو کنند، آن را تغییر دهند، تحمل کنند، یا به طرق دیگر حل کنند و همین موضوع در کنار توان تحمل بالای آن‌ها در برابر مشکلات، سبب می‌شود که آنان چشم‌اندازی مثبت و شادمانه به زندگی پیدا کنند. به‌طور کلی، تاب‌آوری باعث افزایش مقابله مطلوب و مؤثر در فرد می‌شود، جهت‌گیری او به زندگی را مثبت می‌کند و در نتیجه، شادکامی را در او افزایش می‌دهد [۹]. درواقع، شادکامی یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است آنان با مسائل و مشکلات زندگی با دید مثبت و همراه با خوش‌بینی مواجه می‌شوند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می‌گردد. این‌گونه افراد برای آینده خود هدف و برنامه دارند و زندگی برایشان معنادار است و به علت شادکامی و باورهای مثبت زیادی که دارند، پس از شکست، ناامید و دلسرد نمی‌شوند و بر میزان تلاش‌های خود می‌افزایند [۳۵]. کیفیت زندگی معیار اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با چالش‌های موجود به مصرف می‌رسد و درنهایت، این سازگاری باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. پس می‌توان نتیجه گرفت

برای افزایش تاب‌آوری در افراد، باید میزان رضایتمندی، کیفیت زندگی و شادکامی را در آن‌ها بالا برد. اصول و تکنیک‌های مورد استفاده در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، فرد را در جهت رضایتمندی و شادکامی سوق می‌دهد و بالا رفتن رضایت از زندگی و شادکامی باعث افزایش توان مقابله در برابر مشکلات می‌شود و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. همچنین، در تبیین یافته‌های پژوهش مبنی بر میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مؤثرتر از آموزش گروهی کیفیت زندگی فریش بر تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های آن (تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، عزیمت فردی، تحمل عاطفی منفی، پذیرش مثبت تغییر و گواه و تاثیرات معنوی) در مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیای بود می‌توان چنین گفت که معنویت آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. معنویت و ارتباط با منبع قدرت می‌تواند میزان تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش دهد. ایمان، صبر و تحمل افراد در برابر مشکلات را افزایش داده و آن‌ها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی یاری می‌دهد. افکار مثبت و سخت‌رویی هر دو مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. معنویت می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد [۱۸]. از سویی دیگر معنویت امکان تفسیر مجدد رویدادهای گواه‌ناپذیر را فراهم می‌سازد و در نتیجه، رویدادها کم‌استرس‌تر و گواه‌پذیرتر به نظر می‌رسند و نیز نسبت دادن رویدادهای منفی به عوامل خارج از گواه فرد منجر به ایجاد سبک خوش‌بینانه‌ای می‌شود. ارتباطات فرا معنوی، یعنی به قدرت بزرگی ایمان داشتن، به‌عنوان عامل حمایتی فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری است و اعتقادات مذهبی به‌عنوان تکیه‌گاه و پشتیبان برای سازگاری بیشتر فرد عمل می‌کند. معنویت، عامل کلیدی برای پرورش تاب‌آوری دانسته شده است. ایمان موجود در معنویت می‌تواند به‌عنوان یک روش محافظتی در برابر شدت آسیب عمل کرده و آن را گواه کند [۳۷]. از طریق مذهب است که انسان درمی‌یابد که بین او و وجود متعالی و برتر مطلق، رابطه وجود دارد و این رابطه یا از راه قلب، یا از راه عقل و یا به‌وسیله‌ی اجرای مراسم و اعمال مذهبی برقرار می‌شود. فعالیت‌های دینی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم پیش‌بینی‌کننده سرسختی و تاب‌آوری است. همچنین، افراد تاب آور به‌احتمال بیشتری در رویارویی با شرایط ناگوار، در جست‌وجوی معنا هستند. می‌توان گفت افرادی که مذهبی‌ترند تاب‌آوری بیشتری دارند، زیرا اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، فرد را در برابر خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌دهد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند [۵]. همچنین، مذهب و معنویت به‌عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود. انسان در نتیجه وجود باورهای مذهبی، احساس ارتباط با قدرتی مافوق خود خواهد داشت و این احساس او را از ناآرامی‌ها و ناراحتی‌ها دور می‌کند. با عنایت به همین اعتقاد در پژوهش حاضر با استفاده از راهبردهای آموزش مبتنی بر زندگی با جهت‌گیری اسلامی، آموزه‌های اسلامی، روایات و احادیث تلاش شد، رضایتمندی، شادکامی و درنهایت تاب‌آوری شرکت‌کنندگان افزایش یابد. راهبردهای «خیر باوری»، «انس باخدا»، «خشنودی پروردگار»، «اصلاح اسنادها»، «واقعیت‌شناسی دنیا»، «مدیریت مقایسه‌ها» و رسیدن به «نظام ارزیابی خیرگرا»، در راستای رسیدن به این هدف مؤثر بود. به توجه به توضیحات فوق، می‌توان انتظار داشت برنامه‌ای که با فرهنگ دینی ما سنخیت بیشتری داشته باشد، مؤثرتر و کاراتر در جهت افزایش میزان تاب‌آوری افراد عمل نماید.

به لحاظ نظری، پژوهش حاضر تلویحات متعددی را به دنبال دارد. اول آن‌که این پژوهش شواهدی را در خصوص اثربخشی آموزش کیفیت زندگی مدل فریش [۱۹] و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی [۲۶] که همچنان از مدل‌های مطرح در زمینه کیفیت زندگی می‌باشند را فراهم نمود. دوم آنکه با نشان دادن نقش آموزش کیفیت زندگی در رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری، شکاف موجود در زمینه استفاده از این آموزش‌ها را در مراقبین بیماران مزمن روانی از جمله اسکیزوفرنیا مورد توجه قرار داده و با فراهم آوردن شواهد تجربی، به برطرف‌سازی این شکاف کمک نموده است. به لحاظ کاربردی نیز، بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، با فراهم کردن آموزش‌های لازم در زمینه کیفیت زندگی و فراگیری اصول اساسی این مدل‌ها (خصوصاً کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی)، افراد قادر خواهند شد رفتارهای بشردوستانه بیشتری از خود نشان دهند و میزان تاب‌آوری خود را بهبود بخشند. بر این اساس توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی کیفیت زندگی و اینکه چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح شده در این مدل‌ها بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمند شدن فراگیران کمک نمود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا در استان چهارمحال و بختیاری اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. با توجه به

آنکه در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری آموزش کیفیت زندگی (فریش و مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) در بین مراقبین (زن و مرد) پرداخته شود.

### سپاسگزاری

از کلیه بیماران، خانواده‌های بیماران و مسئولین بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی عمومی است.

### منابع و مراجع

- [1] Neong, S, & Rashid, A, 2018, Quality of life of caregivers of patients with psychiatric illness in Penang. *Journal Clinical Psychiatry College Psychology*, 2(1), p. 12-18.
- [2] Ndikuno, C, et al, 2016, Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *Journal of BMC Psychiatry*, 16(1), p. 400.
- [3] Sreekumar, S, et al, 2016, Factors associated with resilience in wives of individuals with alcohol dependence syndrome. *Indian Journal Psychiatry*, 58, p. 307-310.
- [4] Bonanno, G, 2004, Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Journal of American psychologist*, 59(1), p. 20-29.
- [5] Jemdal, O, et al. 2015, the cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC Psychology*, 3, p. 18-26.
- [6] Friberg, O, et al, 2006, Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), p. 213-219.
- [7] Lamond, A, 2009, Measurement and predictors of resilience among community dwelling older women. *Journal of psychiatric Research*, 43, p.148-156.
- [8] Conner, M, Davidson, J, 2003, Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson Resilience Scale (CD\_RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, p. 76-82.
- [9] Johnson, P, 2018, Resilience in wives of persons with alcoholism: An Indian exploration. *Indian Journal Psychiatry*, 60, p. 84-89.
- [10] Zauszniewski, J, 2010, Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Journal of Nurse Clinical North American*. 45(4), p. 613-26.
- [11] Voss, C, Tasmania, C, 2011, Hope, Empowerment, Resilience and Outcomes for Carers. *The Carers NSW Biennial Conference: H.E.R.O.*
- [12] Steven, L, et al, 2019, surviving the storm: Avoidant coping, helping behavior, resilience and affective symptoms around a major hurricane-flood. *Journal of Affective Disorders*, 257, p. 297-306.
- [13] Eisenberg, N, 2013, Prosocial development. In P. D.Zelazo (Ed.), *The Oxford handbook of developmental psychology. Self and Other*, Vol. 2. New York, NY: Oxford University Press.
- [14] Eisenberg, N, et al, 2015, The Development of prosocial behavior. In: David A. Schroeder and William G. Graziano (Eds). *The Oxford Handbook of Prosocial Behavior*, Oxford University Press.
- [15] Roberts, W, et al, 2014, Empathy, anger, guilt: Emotions and prosocial behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(4), p. 465-474.

- [16] Brittian, A, Humphries, M, 2015, Prosocial behavior during adolescence. In: James D. Wright (editor-in-chief), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (pp. 221-227). Oxford: Elsevier.
- [17] Clark, C, 2015, the role of parenting in relational aggression and prosocial behavior among emerging adults. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(2), p. 185-202.
- [18] Garcia, D, Rime, B, 2019, Collective Emotions and Social Resilience in the Digital Traces after a Terrorist Attack. *Journal of Psychological Science*, 30(4), p. 617-628.
- [19] Frisch, M, 2006, Finding happiness with Quality of Life Therapy: A positive psychology approach. John Wiley & Sons.
- [20] Troup, G, 2019, The factor structure of the Quality of Life Inventory (QOLI) following traumatic brain injury. *Neuropsychology Rehabilitees*, 8, 1-21.
- [21] Huguelet, P, Koenig, H, 2009, Religion and spirituality in psychiatry. Cambridge University Press.
- [22] Thompson, N, et al, 2003, Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), p. 100- 108.
- [۲۳] جعفری، محمدتقی، ۱۳۶۸، ترجمه و تفسیر نهج البلاغه (جلد ۲۲)، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- [۲۴] درودگر، خدیجه، صفوری پاریزی، محمد مهدی، ۱۳۹۷، رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی. *مجله روان شناسی و دین، سال یازدهم، ش ۴، ص ۱-۱۰*.
- [۲۵] جدیدی، علی، فراهانی‌نیا، مرحمت، جانمحمدی، سارا، حقانی، حمید، ۱۳۹۰، بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. *نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۴، ش ۷۲، ص ۴۸-۵۶*.
- [۲۶] سیفی‌گندمانی، محمدیاسین، جان‌بزرگی، مسعود، علیپور، احمد، علی‌اکبری دهکردی، مهناز، ۱۳۹۵، الگوی اسلامی روان‌درمانگری/آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، فصلنامه روان‌شناسی و دین، سال نهم، ش ۱، ص ۵۱-۶۸.
- [۲۷] پسندیده، عباس، گلزاری، محمود، و براتی سده، فرید، ۱۳۹۱، پایه‌ی نظری رضامندی از دیدگاه اسلام، فصلنامه روانشناسی و دین، سال پنجم، ش ۴، ص ۸۵ - ۱۰۴.
- [۲۸] پسندیده، عباس، ۱۳۹۲، الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا، قم: مؤسسه‌ی علمی فرهنگی دارالحدیث.
- [۲۹] محمدی، مسلم، ۱۳۸۶، عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در معرض خطر، پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.
- [30] Penner, P, 2002, Measuring the Prosocial Personality. *Journal of dvances in personality assessment*, 10, p. 1-15.
- [۳۱] صفاری‌نیا، مجید، آقاییوسفی، علیرضا، ایمانی‌فر، حمیدرضا، ۱۳۹۴، پیش‌بینی کننده‌های شخصیتی و خلقی جامعه‌پسندی، *مجله مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره پنجم، ش ۲، ۲۵۵-۲۷۱*.
- [32] Sin, & Lyubomirsky, S, 2009, Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), p. 467-487.
- [33] Frisch MB, et al, 2005, Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory, *Assessment*, 12(1), p. 66-78.

[34] Stellar, J, 2017, Self-transcendent emotions and their social functions: Compassion, gratitude, and awe bind us to others through prosociality. *Emotion Review*, 9(3), p. 200-207.

[35] Ebersohn, L, et al, 2017, Analysing risk and resilience in the first sand tray of youth at a rural school. *The Arts in Psychotherapy*, 2 (3), p. 16-25.

[۳۶] کرمی، جهانگیر، زکی‌بی، علی، علیخانی، مصطفی، ۱۳۹۱، رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تاب‌آوری و امیدواری در دانشجویان دانشگاه رازی. *مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۴۳-۲۵۵.

[37] Seligman, M, 2019, Positive Psychology: A Personal History. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, p. 1-23.

