

## مقدمه

کیفیت زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است. با وجود این، به عقیده سلینگمن، روان‌شناسی تا پیش از یکی دو دهه اخیر، توجه چندانی به این آرزوی دیرین انسان‌ها نداشته است. به عقیده وی، روان‌شناسی سه مأموریت ذاتی دارد: درمان بیماری‌ها، کمک به مردم برای دستیابی به زندگی مولدتر و پربارتر، و شناختن و پرورش استعداد‌های عالی انسانی. وی بر این باور بود که پیش از جنگ جهانی دوم، روان‌شناسی تا حد زیادی، دو مأموریت آخر خود را مورد غفلت قرار داده است (سلینگمن، ۱۳۸۸، ص ۷۶). به بیان استعاره‌ای، روان‌شناسی درصدد بود تا انسان منفی یک را به صفر تبدیل کند، ولی نمی‌گفت چگونه این انسان را از صفر به مثبت یک برسانیم (فریش و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۴۴). در پنجاه سال گذشته، بیشتر تلاش روان‌شناسان بالینی بر شناخت قربانیان و درمان کمبودها و رفع ناتوانی‌ها متمرکز بوده است. به همین دلیل، سلینگمن و سیکزنت می‌هالی با این ادعا که روان‌شناسی موجود چیزی برای ساختن یک زندگی بهتر ارائه نمی‌دهد، مبحثی مهم به نام روان‌شناسی مثبت‌نگر را در انجمن روان‌شناسی آمریکا گشودند (سلینگمن و همکاران، ۲۰۰۵).

امروزه رهبران مکاتب نظری جایگزین در روان‌شناسی بالینی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی سلامت و پزشکی عمومی، رشد و تحول معیارهای غیرآسیب‌شناختی کیفیت زندگی، سلامت‌ذهنی، رضایت‌مندی از زندگی، روان‌شناسی مثبت‌نگر و سلامت روانی مثبت را ترغیب می‌کنند و درصددند تا تأکید بر عواطف و علایم منفی را کاهش دهند (رک: دین و همکاران، ۲۰۰۴؛ هوپر، ۲۰۰۹؛ کی یس، ۲۰۰۵). امروزه برخی نظریه‌پردازان شناختی رفتاری، روان تحلیل‌گری و انسان‌گرا معتقدند که شادمانی یا رضایت‌مندی مراجع از زندگی، معیار اصلی سلامت‌روانی و بازده مثبت در روان‌درمانی است (فریش و همکاران، ۲۰۰۵؛ سلینگمن و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع ظهور دو جریان، یکی توجه به ارتقای روان‌شناختی و سلامت و دیگری، روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب تغییر رویکرد روان‌شناسان از مدل پزشکی یا آسیب‌شناختی، به مدل‌های مثبت‌نگر در موضوع سلامت شده است (کامپتون، ۲۰۰۱).

اگرچه به نظر می‌رسد ظهور روان‌شناسی مثبت‌نگر راه را برای رسیدن انسان به زندگی مطلوب‌تر گشود، اما در ابتدا متأثر از پارادایم‌های غالب در دنیای روان‌شناسی بود. 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 توجه به بیماری‌ها از یک منظر کل‌گرایانه صحنه می‌گذارد (هاگلت و کوپینگ، ۲۰۰۹). به‌کارگیری این مدل، به طور طبیعی مستلزم پرداختن به

## الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

محمدیاسین سیفی گندمانی / مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

مسعود جان‌بزرگی / دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

احمد علیپور / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

مهناز علی‌اکبری دهکردی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

دریافت: ۱۳۹۳/۶/۲۶ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸

## چکیده

روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقا رضایت از زندگی تدوین شده است. این پژوهش، به روش توصیفی-تحلیلی و با هدف تدوین الگوی اسلامی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی سامان یافته است. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، برای ارتقای آن در هر عرصه زندگی، از مدل پنجاه راه CASIO استفاده می‌کند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، در الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، با تغییر نگرش‌های فرد با جهت‌گیری توحیدی (A)، تغییر در معیارهای زندگی در هر حوزه از زندگی، با جهت‌گیری توحیدی (S)، تغییر اولویت‌های فرد در زندگی و اتخاذ اولویت‌های توحیدی (I) و تمرکز بر حوزه‌های مغفول زندگی (O)، و در نهایت، هماهنگ‌سازی آنها با واقعیت‌های توحیدی، زمینه ارتقای کیفیت زندگی، رضایت‌مندی و شادکامی فرد فراهم می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانگری، کیفیت زندگی، روان‌شناسی مثبت‌نگر، اسلام، واقعیت‌های توحیدی.

معنویت به عنوان یکی از پرنفوذترین مؤلفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی است؛ خواه با یکپارچه‌سازی مذهب/ معنویت در بُعد اجتماعی این مدل و یا ترجیحاً گنجاندن معنویت در هر سه بعد زیستی، روانی، اجتماعی و در نتیجه، پرداختن به انسان در یک مدل زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی/ مذهبی. به عقیده برگین (۱۹۸۸)، اکنون زمان آن فرا رسیده است که بُعد معنویت را به ابعاد ساختاری رویکردهای درمانی بیفزاییم.

بر اساس پارادایم جدید (چهار بعدی) و همچنین بر اساس نظریه میدانی لوین، رفتار انسان تابعی از فرد و محیط است. آنچه در محیط پیرامون ما در جامعه ایرانی می‌گذرد، با آنچه بر دیگران در جای‌جای جهان می‌گذرد، متفاوت است. به طریق اولی، آنچه در محیط یک انسان موحد می‌گذرد، با دیگران متفاوت است. مشاوره و روان‌درمانی برای هر گروه دارای فرهنگ خاص، دارای معانی متفاوتی است که عمیقاً وابسته به ارزش‌های فرهنگی آنهاست (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱، ص ۱۳۶). بنابراین، تدوین یا بومی‌سازی برنامه‌های درمانی و آموزشی با الگوی اسلامی برای جامعه مسلمان ایرانی، امری ضروری به نظر می‌رسد.

تأثیر مثبت رویکردهای گوناگون روان‌درمانگری، با جهت‌گیری مذهبی در افزایش سلامت روان افراد جوامع و فرهنگ‌های مختلف و با موقعیت‌های اجتماعی متفاوت و آشفته‌گی‌های روانی گوناگون، طی تحقیقات متعدد نشان داده شده است. مطالعه بورس و همکاران (۲۰۰۷)، با عنوان «عقاید مذهبی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا»، هاگلت و همکاران (۲۰۰۷)، در مورد «تأثیر مذهب بر خودکشی بیماران اسکیزوفرنیا»، موهر و همکاران (۲۰۰۶)، با عنوان «تلفیق معنویت و مذهب در بُعد روانی اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک»، رندال (۲۰۰۳)، با هدف تأثیر درمان چندمدلی بهبودی محور با رویکرد معنویت بر علایم و نشانه‌های بیماران اسکیزوفرنیک مزمن از این دسته‌اند. در ایران نیز در سال‌های اخیر، علاقه فزاینده‌ای به درمان با جهت‌گیری مذهبی ایجاد شده است. از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های عرب (۱۳۷۸) در مورد اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مذهبی، بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معنادار خود معرف؛ مرادی و همکاران (۱۳۸۳)، با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی مذهبی بر نیمرخ روانی معلولان جسمی زن؛ یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱)، با موضوع مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، بر اضطراب آشکار دانشجویان پسر خوابگاهی و غلامی و بشلیه (۱۳۹۰)، با هدف اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت‌روان زنان مطلقه اشاره نمود.

همچنین سیفی و همکاران (۱۳۹۱)، تأثیر مداخله مبتنی بر خودمعنوی و خودخانوادگی، بر کاهش علایم افسردگی دانشجویان را مورد بررسی قرار داده‌اند. در پژوهش دیگری موحسلی و همکاران (۱۳۹۳)، کارآیی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان را مورد بررسی قرار داده‌اند. جان‌بزرگی (۱۳۸۶)، در پژوهشی دریافت که بین مذهب یا مذهبی بودن، با سلامت روان رابطه مستقیم وجود دارد؛ هرچه جهت‌گیری مذهبی در فرد درونی‌تر می‌شود، سلامت روانی بالاتر می‌رود. نوری و جان‌بزرگی (۱۳۹۲)، رابطه خوش‌بینی از دیدگاه اسلام، با افکار اضطرابی و افکار فراشناختی نگرانی (فرانگرانی) را مطالعه نموده‌اند. در پژوهشی دیگر نیز هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های بالینی و شخصیت در مددجویان زندان مرکزی قم را مورد مطالعه قرار دادند. همه این پژوهش‌ها بر تأثیر مذهب و معنویت، در درمان و ارتقای سلامت روان شرکت‌کنندگان در پژوهش‌ها تأکید دارند.

امروزه با پیدایش و گسترش روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت، نگرش درباره اختلالات، از چارچوب پزشکی و مدل تک‌عاملی خارج شده است. محققان معتقدند که شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی ناشی از سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد است و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (سلیگمن و سیکزنت میهالی، ۲۰۰۰). در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را داشت (هارنکویس، ۱۹۸۲)، اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود. منظور از آن، سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت‌بخشی باشد (سلیگمن، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی، مفهومی پویا و وسیع‌تر از سلامتی است (عبداللهی و محمدپور، ۱۳۸۴). بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را دربر گیرد (مونتساگن و همکاران، ۲۰۰۲). تعریف و مفهوم‌پردازی «کیفیت زندگی»، فرایندی است که شامل دشواری‌های فراوان فنی و فلسفی است. این وضعیت، شالوک (۱۹۹۶) را بر آن داشت تا دنبال تعریف واحدی از کیفیت زندگی نباشد، بلکه باید به جای آن، به کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم سازمان‌دهنده بیان‌دیشیم؛ ایده‌ای که می‌تواند به توسعه کیفیت زندگی و ارزیابی حوزه‌های اصلی مرتبط با آن کمک کند. گود (۱۹۹۷)، برای نمونه هفت تعریف برگزیده را از ادبیات پژوهشی مربوط در سراسر جهان ارائه نموده است. وی مشاهده نمود که تمامی این تعاریف در سه مؤلفه مشترکند: احساس کلی بهزیستی، فرصت‌هایی برای

شکوفایی استعدادها و احساس مشغله اجتماعی مثبت. از نظر وی برخی پژوهشگران بر این باورند که کیفیت زندگی نمی‌تواند به دقت و صراحت تعریف و اندازه‌گیری شود. اکنون پژوهشگران برای ارائه تعریفی تخصصی از کیفیت زندگی تلاش کمتری می‌کنند و بیشتر سعی دارند سطوح و عوامل آن را مورد مطالعه قرار دهند؛ اگرچه این کار نیز خود به ناچار مستلزم تعریف عملی مفاهیم است.

### نظریه کیفیت زندگی

بزرگ‌ترین چالش علمی نسل‌ها، روان‌شناسی شادی است؛ چراکه افزایش ثروت، پیشرفت‌های فناوری و پزشکی و علوم طبیعی، مثل فیزیک و شیمی، نتوانسته است بر شادمانی انسان تأثیر قابل ملاحظه‌ای بگذارد (دینر و همکاران، ۲۰۰۴؛ ایستربوک، ۲۰۰۴؛ مایرز، ۲۰۰۰؛ فریش و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۸۵). *فلت*، کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف نموده است (امین جعفری، ۱۳۸۸). به نظر او، سنجش خشنودی از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجام‌پذیر است. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر، معنی و مفهوم مشترک نداشته باشد. ریف، کیفیت زندگی را شامل شش مؤلفه پذیرش خود، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌داند (همان). در نتیجه این تعاریف و طبقه‌بندی‌های متعدد و متفاوت، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که اختلاف تعاریف را کنار بگذارند و تعریف سازمان بهداشت جهانی را به عنوان یک تعریف، ملاک مورد پذیرش قرار دهند و چهار الی پنج قلمرو اصلی را به منظور عملیاتی کردن آن در نظر بگیرند. تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی عبارت است: کیفیت زندگی، ادراک افراد از وضعیتی است که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی است که در آن هستند، این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنها شکل می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸).

به عقیده آلبرت بندورا و بر اساس نظریه کیفیت زندگی، که اساس درمان را مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌داند، کنترل آگاهی، افکار، احساسات و حواس جسمانی بزرگ‌ترین چالش برای روان‌شناسان بالینی است. با تأکید نظریه کیفیت زندگی بر رضایتمندی از زندگی و تجربه ذهنی سلامت، کیفیت زندگی تا حد زیادی به کیفیت آگاهی، یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان، اشاره می‌کند. تعریف کیفیت زندگی، بر حسب تجربه درونی، ذهنی و شخصی، شاخص پژوهش‌های سلامت ذهنی، به‌طور کلی و نظریه کیفیت زندگی به طور اختصاصی است. نتایج حاصل از این رویکرد، ذهنی- درونی به کیفیت زندگی، از نتایج حاصل از رویکرد کاملاً «عینی» به کیفیت زندگی، سلامت و

اندازه‌گیری آنکه بر حسب رفاه صرفاً مادی تعریف می‌شود، متفاوت است (فریش، ۲۰۰۶، ص ۹۲). در عین حال، رویکرد تجربه درونی یا ذهنی، هرگز ارتباط شرایط عینی زندگی را انکار نمی‌کند و شرایط عینی، تنها بخشی از معادله شادکامی است. در نظریه کیفیت زندگی، عواطف و هیجانات - و قضاوت‌های مربوط به رضایتمندی - جنبه انطباقی دارند و پس‌خوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌سازند. بر حسب نظریه کیفیت زندگی، سلامت ذهنی و احساس بهزیستی و سعادت‌مندی و سلامت مترادف با شادمانی فردی است. شادمانی فردی نیز به نوبه خود، سه جزء دارد: رضایتمندی از زندگی، عواطف و هیجانات مثبت و عواطف و هیجانات منفی (دینر، ۲۰۰۸). در نظریه کیفیت زندگی، مانند نظریه‌های شناختی با رویکرد رضایتمندی از زندگی، رضایتمندی از زندگی، ارزیابی ذهنی فرد از میزان برآورده شدن نیازها، اهداف و آرزوهای اوست. بنابراین، تفاوت موجود میان آنچه که فرد دارد و با آنچه که خواهان آن است، تعیین‌کننده میزان رضایتمندی یا عدم رضایتمندی فرد است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت: در نظریه کیفیت زندگی، کیفیت زندگی معادل با رضایتمندی از زندگی است (فریش، ۲۰۰۰). در این پژوهش، همین معنا از کیفیت زندگی مدنظر است.

### روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT)

روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با هدف ایجاد بهزیستی روان‌شناختی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و... در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان، توسط مایکل فریش (۲۰۰۶) و با ترکیب رویکرد شناختی آرون. تی. بک در حوزه بالینی و تئوری فعالیت سبکزن میهالی با روان‌شناسی مثبت سلیگمن، به همراه استفاده از استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه بنا نهاده شده است. هدف درمان‌گری مبتنی بر کیفیت زندگی عبارت است از: «افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی» (فریش، ۲۰۰۶، ص ۱۰۲). این برنامه، برای ارتقای کیفیت زندگی، هم در گروه‌های بالینی (بیمار) و هم در گروه‌های غیربالینی به کار می‌رود. از این رو، در مورد گروه اول «درمان» و در مورد گروه دوم «آموزش» نامیده می‌شود (همان، ص ۱۰۶). بهبود کیفیت زندگی، یکی از رویکردهای مختلف در روان‌شناسی مثبت‌نگر است که نسبت به افزایش شادمانی و کیفیت زندگی انسانی، طرفدار رویکرد رضایتمندی از زندگی است. این رویکرد، نوعی معنادرمانی است. به‌طوری‌که به مراجعان کمک می‌کند تا معنادارترین چیزی که برای شادمانی و سلامت آنها لازم است، بیابند. به‌طور کلی، این برنامه دیدگاهی کلی به زندگی، یا دیدگاهی کل‌نگر به اهداف زندگی دارد که در آن، هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط

است. این رویکرد درمانی بر این باور است که کیفیت زندگی کلی یا رضایتمندی کلی فرد از زندگی، حاصل جمع رضایت فرد از هریک از حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی است.

### عناصر اصلی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی

۱. حیطه‌های کیفیت زندگی و رضایتمندی: به عقیده فریش (۲۰۰۶)، سرخط روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، شامل شانزده حوزه اصلی زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره شروع شده، تا همسایگان، اجتماعات و اینکه چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هریک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این شانزده حوزه اصلی، که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند از: سلامتی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و استانداردهای زندگی، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاریگری، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، اطرافیان و جامعه.

لازم به یادآوری است که فریش، از معنویت غافل نبوده است و آن را یکی از مؤلفه‌های حوزه «اهداف و ارزش‌ها» برشمرده است. با وجود این، نکته قابل تأمل در نگاه فریش به معنویت این است که وی معنویت را با نگاهی سکولار در برنامه خود گنجانده است؛ زیرا اولاً، معنویت را اعم از همراه با مذهب و یا بدون پابندی مذهبی، یکی از عوامل کیفیت زندگی می‌داند. ثانیاً، معتقد است معنویت و مذهب می‌تواند بخش مهمی از اهداف و ارزش‌های فرد باشد و یا نباشد.

۲. مدل CASIO: مدل یا دستورالعمل پنج مرحله‌ای درباره رضایتمندی از زندگی است که طرح و نقشه‌ای را برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد. این مدل پنج مرحله‌ای، حاکی از این است که رضایتمندی در هریک از حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی، دارای چهار جزء است: ۱. شرایط یا ویژگی‌های یک حیطه (Circumstance)؛ ۲. نگرش، ادراک و تفسیر فرد از آن حیطه، بر حسب خرسندی او (Attitude)؛ ۳. ارزیابی فرد از میزان رضایتمندی خود در آن حیطه خاص، مبتنی بر کاربرد معیارهای رضایتمندی و پیشرفت (Standard)؛ ۴. ارزش یا اهمیتی که فرد به دلیل شادمانی و خرسندی کلی که کسب کرده است، به آن حیطه می‌دهد (Importance). این چهار جزء، با عامل دیگری به نام «رضایتمندی کلی»، در سایر حیطه‌های زندگی که مورد توجه فوری نیستند (Overall satisfaction)، ترکیب می‌شود و مدل پنج مرحله‌ای را تشکیل می‌دهد که موجب افزایش رضایتمندی و شادکامی می‌شود.

۳. فرایندها و ابزارهای تغییر: برای ایجاد تغییر و افزایش رضایت و خرسندی فرد در هریک از حیطه‌های زندگی، باید به محورهای پنج‌گانه مدل CASIO بازگشت؛ یعنی یا شرایط آن حیطه را تغییر

داد و یا نگرش فرد را نسبت به آن تغییر نمود و یا در استانداردها و معیارهای رضایت در آن حیطه تجدیدنظر نمود و یا اینکه اولویت‌های فرد را تغییر داد و یا به سراغ سایر حیطه‌هایی رفت که می‌تواند برای فرد ایجاد خرسندی کنند، اما فعلاً مورد غفلت واقع شده‌اند. برای ایجاد این تغییرات، از ابزارهایی مثل شناخت درمانی، آرام‌سازی عضلانی، مراقبه، استعاره، تکالیف خانگی و... استفاده می‌شود (فریش، ۲۰۰۶ الف، ص ۲۰۳).

۴. الگوی تغییر: الگوی (ACT): ارزیابی / مفهوم‌سازی / درمان: مفهوم‌سازی مسئله در درمان، مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اساس مدل ACT، دارای سه مرحله است که عبارتند از: ارزیابی کامل مسئله که شامل تشخیص / علایم، توانمندی‌ها، مسائل و مشکلات زندگی و مسائل مبتنی بر نظریه‌هاست. مفهوم‌سازی مسئله و تعیین اولویت‌های درمانی؛ و طرح دقیق درمان که اولویت‌های درمانی در چارچوب آن قرار می‌گیرد (فریش، ۲۰۰۶ ب). به زبان ساده، می‌توان گفت: در این برنامه درمانی، ابتدا با استفاده از ابزارهای موجود، کیفیت زندگی فرد در هریک از حیطه‌های شانزده‌گانه سنجیده می‌شود. سپس، بر اساس نیم‌رخ که از این سنجش به دست می‌آید و نیز اطلاعات تکمیلی حاصل از مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-IV، مفهوم‌پردازی مسئله شکل می‌گیرد و اولویت‌های درمانی مشخص می‌شود. در نهایت، طرح درمان تدوین و اجرا می‌گردد (سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۴، ص ۳۱۷).

همان‌گونه که گفته شد، هدف از روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، افزایش غنای درونی، شادمانی و رضایت فرد است. نگاهی اجمالی به آموزه‌های اصیل دین مبین اسلام، ما را با انبوهی از توصیه‌ها و راهکارهایی آشنا می‌کند که در دستیابی به اهداف فوق، یعنی غنای درون و شادمانی و رضایت واقعی و اصیل، کارساز و مؤثر می‌باشند. از این رو، هدف این پژوهش، تدوین الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا اسلام به عنوان کامل‌ترین دین الهی، برنامه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی انسان دارد؟ اگر چنین برنامه‌ای وجود دارد، الگوی علمی و عملی آن چگونه است.

### کیفیت زندگی از دیدگاه اسلام

گفته شد که در نظریه کیفیت زندگی، کیفیت زندگی، معادل رضایت از زندگی و شادمانی است. پس می‌توان کیفیت زندگی را از منظر اسلام، به واسطه متغیرهای همبسته و هم‌معنی‌اش تعریف و تحلیل نمود. اما پیش از پرداختن به موارد فوق، نگاهی اجمالی به الگوی بهبود کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) می‌تواند در ادامه بحث راهگشا باشد.

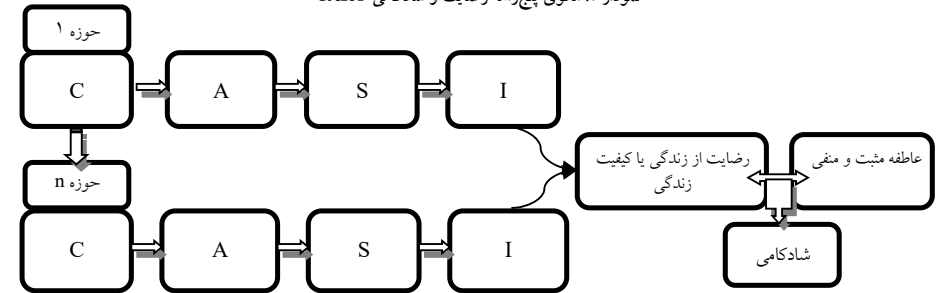
تفاوت دوم این است که اسلام، معنویت بدون مذهب و بدون حضور خداوند را به رسمیت نمی‌شناسد. آنچه در نظر اسلام به عنوان تجربه‌ای معنوی شناخته می‌شود، فقط و فقط حاصل ایمان به خداوندی است که انسان را آفریده است. اگر جز این باشد، معنویت که جنبه تجربی و شخصی داشته باشد و انسان را متصل به کسی که منشأ آفرینش است نکند و تمام رمز و رموز خلقت و هستی انسان را می‌داند و به هدایت و گمراهی او آگاه است، راه سعادت او را می‌داند و برای دستیابی به این سعادت برنامه‌ای مدون دارد، نمی‌تواند برای شادکامی انسان در تمامی حوزه‌های مورد بحث برنامه داشته باشد (سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۴، ص ۳۱۵). به عبارت دیگر، تفاوت در «سکولار» بودن رضامندی در روان‌شناسی، و «الهی بودن» آن در فرهنگ اسلامی است. در روان‌شناسی، بحث درباره رضایت از زندگی است. اما در فرهنگ اسلامی، رضایت از زندگی در سطحی بالاتر قرار دارد. در حقیقت، رضایت از تقدیر خدا برای زندگی است؛ رضایت از تقدیر خداست که احساس رضایت از زندگی را به وجود می‌آورد. تفاوت دیگر، در مؤلفه‌های رضامندی است و تفاوت سوم، در پایه نظری رضامندی اسلامی است. هرچند با رویکرد جدید روان‌شناسی هماهنگ‌تر به نظر می‌رسد، اما در نوع با آن تفاوت دارد (پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱).

### شادکامی از دیدگاه اسلام

شادکامی مبتنی بر «واقعیت‌های توحیدی» است که اگر شناخته شوند و فرد خود را با آنها تنظیم کند، به شادکامی دست می‌یابد. در توضیح و تبیین این عبارت، باید گفت: نظام هستی به معنای عام آن، واقعیت‌هایی دارد که از توحید سرچشمه می‌گیرد. به همین دلیل، «واقعیت‌های توحیدی» نامیده می‌شوند. این واقعیت‌ها، مجموعه مبانی را تشکیل می‌دهند که همه آنها بر محور توحید دوران دارند، که می‌توان آنها را «مبانی توحیدی» نیز نام نهاد (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۵۰۵). آنچه شادکامی را تحقق می‌بخشد، شناخت این واقعیت‌های توحیدی و تنظیم خود و زندگی با آنهاست. در واقع، شادکامی حقیقی است موجود که با توجه به انواع چهارگانه مبانی، تعریف شده و به دست می‌آید. این خود، یکی از قوانین و واقعیت‌هاست. بنابراین، تحقق شادکامی وابسته به «واقعیت‌شناسی توحیدی» و «هماهنگ‌سازی با واقعیت‌های توحیدی» است. اگر همه ابعاد انسان و زندگی او بر اساس توحید تنظیم شود، شادکامی تحقق می‌یابد (پسندیده، ۱۳۹۰).

مبانی توحیدی، دارای چهار نوع و عبارتند از: مبانی خداشناسی، جهان‌شناختی، دین‌شناختی و انسان‌شناختی. علت چهارگانه بودن مبانی، این است که شادکامی مربوط به «انسان» است. انسان در

نمودار ۱. الگوی پنجره‌ای رضایت و شادکامی CASIO



بر اساس الگوی فوق، شادکامی شامل رضایت از زندگی یا کیفیت زندگی، به علاوه عاطفه مثبت و منفی است. رضایت از زندگی، حاصل جمع رضایت فرد از حوزه‌های شانزده‌گانه زندگی است. رضامندی، یعنی احساس خرسندی و خشنودی از زندگی که شامل گذشته نیز می‌شود؛ اما این مسئله که آنچه موجب این احساس می‌شود، لذت و راحتی است یا عوامل دیگر، مسئله‌ای است که از قلمرو ماهیت این احساس جداست. بنابراین، گاه ممکن است شرایط عینی زندگی، سخت باشد، اما در همین شرایط، می‌توان در چارچوب بهزیستی ذهنی، دارای احساس خرسندی و رضامندی بود (پسندیده، ۱۳۹۰). با وجود این شباهت، بین نگاه اندیشمندان غرب، به‌طور ویژه فریش، و نگاه اسلام به کیفیت زندگی، تفاوت‌های اساسی وجود دارد.

اولین تفاوت عمده این است که از نظر اسلام، شادکامی دارای مبانی چهارگانه خداشناختی، انسان‌شناختی، دین‌شناختی و جهان‌شناختی است. در این میان، مبانی خداشناختی در رأس عوامل دیگر قرار دارد و سایر مبانی شادکامی، متأثر از مبانی توحیدی است. این بدین معناست که برخلاف دیدگاه فریش، در نظر اسلام، معنویت که نماد آن توحید و باور به یگانگی خداوند در تکوین و تشریح است، در عرض سایر عوامل قرار ندارد. بنابراین، در دیدگاه اسلام، رضایت و شادمانی در همه حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی زمانی، به معنای واقعی خود محقق می‌شود که همسو با مبانی خداشناختی اسلام باشد. به عنوان نمونه، در این دیدگاه، فرد زمانی در حوزه خانواده، شغل، پول و... احساس رضایت و شادمانی اصیل خواهد داشت که شرایط حوزه‌های فوق (C)، نگرش فرد نسبت به هر حوزه (A)، استانداردهای هر حوزه (S) و ترجیحات هر حوزه (I)، همه بر اساس مبانی خداشناختی ارزیابی و تحلیل شوند. پس در دیدگاه اسلام، معنویت و مذهب فقط یک حوزه از حوزه‌های کیفیت زندگی نیست، بلکه عاملی فرادستی است که سایر حوزه‌های دیگر را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

محیطی به نام «جهان» زندگی می‌کند و برنامه‌ای به نام «دین» دارد. تا ویژگی‌های جهان به عنوان محیط زندگی انسان و ظرف تحقق شادکامی - ویژگی‌های انسان - به عنوان موجودی که شادکامی او مورد بحث قرار می‌گیرد، ویژگی‌های دین - به عنوان برنامه‌ای زندگی انسان - شناخته نشوند، تحقق شادکامی ناممکن است. سرانجام، همه این امور سه‌گانه را «خداوند متعال» تنظیم و تقدیر می‌کند. البته میان مبانی چهارگانه شادکامی، که مجموعه «توحید» را تشکیل می‌دهند، نظام خاصی برقرار است. در این مجموعه، مبانی خداشناختی در رأس قرار دارد و مبانی جهان‌شناختی، انسان‌شناختی و دین‌شناختی از آن سرچشمه می‌گیرند (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۵۰۵).

سعادت در اسلام، که برحسب تعاریف می‌تواند معادل کیفیت زندگی و شادکامی باشد، دارای ساختاری دو مؤلفه‌ای «نشاط» و «رضا» است. به بیان دیگر، در ماهیت سعادت، دو مفهوم اساسی وجود دارد: یکی، «خیر» و دیگری، «سرور». بنابراین، می‌توان گفت: سعادت، ترکیبی از خیر و سرور است. براین‌اساس، سعادت وقتی حاصل می‌شود که روند زندگی، بر خیر مبتنی باشد و با سرور و خرسندی همراه باشد. پس سعادت، حالتی است پایدار از زندگی خوب (خیر) و شاد (سرور) (پسندیده، ۱۳۹۰).

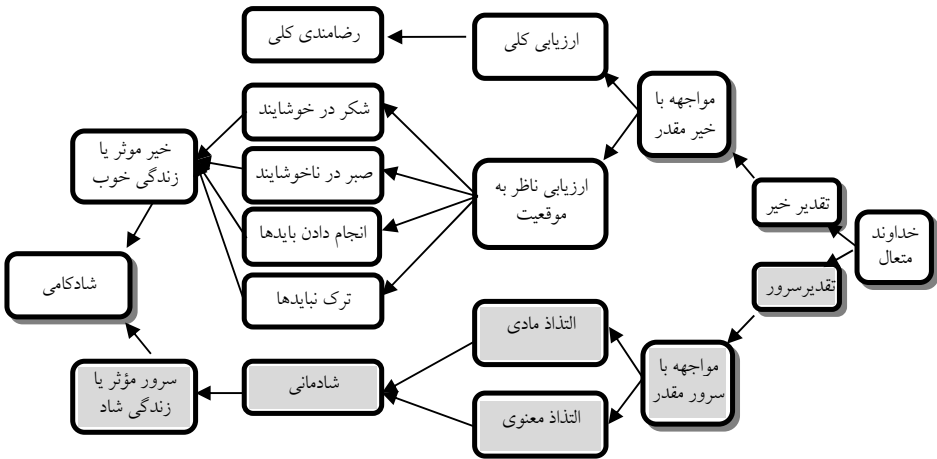
مبانی رضامندی از دیدگاه اسلام، «خیرباوری» است که از یک‌سو، مبتنی بر این واقعیت خداشناختی است که همه امور به «تقدیر» خداوند رقم می‌خورد و همه تقدرهای او «خیر» است. از سوی دیگر، مبتنی بر این رفتار انسانی است که اگر انسان به آن واقعیت خداشناختی باور پیدا کند، به رضامندی دست می‌یازد. نتیجه اینکه، برای رسیدن به رضامندی، باید باور به خیر بودن تقدیر را به وجود آورد (پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱). افزون بر رضامندی، ثمربخشی خیر در زندگی، متوقف بر شکر در خوشایند، صبر در ناخوشایند، انجام بایدها و ترک نبایدها نیز می‌باشد. تا این امور تحقق نیابند، خیر بودن زندگی، و یا به تعبیری، خیر مقدر توسط خداوند متعال نیز تحقق نمی‌یابد. ازاین‌رو، تحقق

خیر در زندگی، مشروط به واکنش مثبت انسان به تقدیر است. در رضامندی، دو مقام **خداوند متعال** و مقام تحقق. مقام تقدیر، با مقام تحقق تفاوت دارد. درست است که همه چیز تو متعال تقدیر می‌شود، اما الزاماً هرچه تقدیر می‌شود، در زندگی انسان محقق نمی‌گردد، بلکه گاه مشروط است (تقدیر مشروط)؛ و شرط آن نیز واکنش مناسب انسان می‌باشد. بنابراین، ما با مراحل سه‌گانه «تقدیر»، «واکنش» و «تحقق» روبه‌رو هستیم. نوع واکنش انسان، تعیین‌کننده تحقق یا عدم تحقق خیر است. واکنش مناسب، موجب تحقق تقدیر، و واکنش نامناسب، موجب عدم تحقق آن می‌شود. واکنش مناسب به خیر مقدر، دارای دو سطح است: یک سطح آن، واکنش کلی به تقدیر خداوند، و سطح دیگر

آن، واکنش ناظر به موقعیت‌های چهارگانه (خوشایند و ناخوشایند/ باید و نباید) است. واکنش کلی، «رضامندی»، و واکنش‌های ناظر به موقعیت، به ترتیب عبارتند از: «شکر در خوشایند»، «صبر در ناخوشایند»، «رغبت به طاعت و انجام آن در مورد بایدها» و «کراهت از معصیت و ترک آن در مورد نبایدها». آنچه دوسطحی بودن واکنش را تبیین می‌کند، نوع مناسبات قضا و قدر، با ابعاد چهارگانه آن است. این نوع، دارای دو گونه ارزیابی است. وقتی خیر مقدر به عنوان یک کل و بدون توجه به ابعاد، ارزیابی می‌شود، رضامندی از تقدیر به وجود می‌آید؛ و هنگامی که ابعاد چهارگانه آن ارزیابی می‌شوند، شکر، صبر، رغبت به طاعت و انجام آن، و کراهت از معصیت و ترک آن به وجود می‌آیند. در این صورت، خیر مقدر به خیر مؤثر تبدیل می‌شود. خیر مؤثر، زندگی خوب را رقم می‌زند. در نتیجه، رضایت ثانویه از زندگی به وجود می‌آید. رضایت نخست، رضایت از تقدیر خیر، و رضایت دوم، رضایت از تحقق خیر (یا زندگی خوب) است (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۵۰۷).

به‌طورکلی، می‌توان مناسبات کلی کیفیت زندگی، رضایت‌مندی و شادی را از نگاه اسلامی، چنین ترسیم نمود:

نمودار ۲. شادکامی از دیدگاه اسلام (برگرفته از پسندیده، ۱۳۹۲، با اندکی تغییرات)

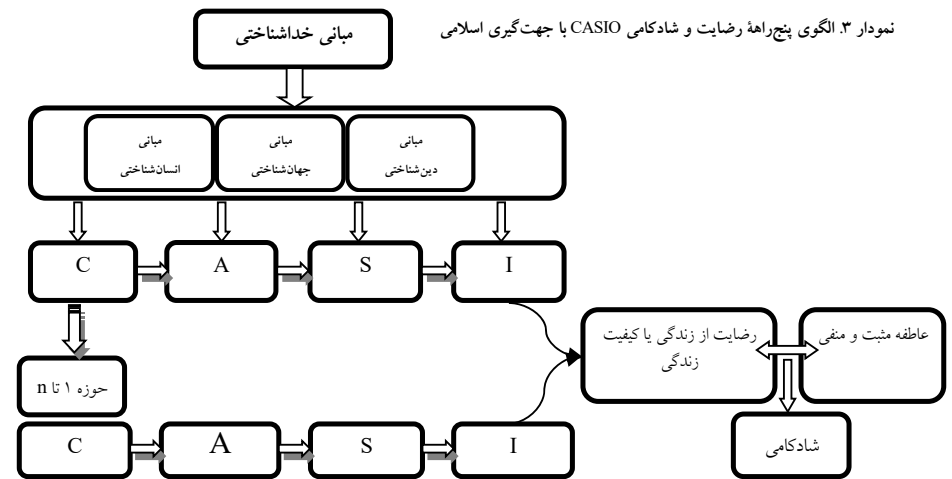


### نظریه کیفیت زندگی با الگوی اسلامی

اگر الگوی پنج راهه فریش (۲۰۰۶) را به عنوان الگوی پیش فرض بپذیریم، و بخواهیم آن را با مبانی اسلامی مقایسه کنیم، باید تغییری اساسی در آن اعمال کنیم که این تغییر، الگوی فریش را چه به لحاظ شکلی و محتوایی دگرگون خواهد کرد. تغییر اساسی موردنظر این است که از منظر اسلام، نگرش فرد

نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و دارایی‌های مادی، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه و همسایه‌ها، جامعه و همسر است. خیر و سرور مقدر، همان شرایط واقعی زندگی فرد در هر حوزه (C) است که در صورت واکنش توحیدی فرد، می‌تواند او را به کیفیت زندگی برتر رهنمون کند. اما این واکنش توحیدی یعنی صبر، شکر، رغبت به طاعت و کراهت از معصیت، خود مستلزم داشتن نگرش‌های توحیدی (A)، استانداردها و معیارهای توحیدی برای هر حوزه از زندگی (S) و اولویت‌ها و ترجیحات توحیدی (I) است. افزون بر این، نگاهی توحیدی به سایر حوزه‌های زندگی (O) و توجه به حوزه‌های مغفول زندگی نیز به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک خواهد کرد. بنابراین در این برنامه، الگوی ارزیابی، مفهوم‌پردازی و درمان (ACT)، که بیان شد، مورد استفاده قرار خواهد گرفت، اما طرح درمانی این برنامه، یک اولویت اساسی دارد و آن عبارت است از: «هماهنگ‌سازی شرایط واقعی زندگی (C)، نگرش‌ها (A)، استانداردها (S) و اولویت‌های فرد (I) با واقعیت‌های توحیدی». بنابراین، ارزیابی و مفهوم‌پردازی مسائل فرد (مراجع)، مطابق با الگوی درمانی فریش، انجام خواهد شد. اما مداخلات درمانی با محوریت شناخت واقعیت‌های توحیدی پیش‌گفته و هماهنگی فرد با این واقعیت‌ها انجام خواهد گرفت. به بیان روشن‌تر، در این الگو، فرض بر این است که واکنش فرد به شرایط واقعی زندگی، یا خیر مقدر الهی، مستلزم نگرش توحیدی (Unitarismic Attitude) (U.A)، به زندگی و حوزه‌های شانزده‌گانه آن است. بدون نگرش توحیدی، رضایت کلی از تقدیر الهی و هیچ‌یک از واکنش‌های توحیدی ناظر به موقعیت‌های چهارگانه یعنی شکر، صبر، رغبت و کراهت محقق نخواهد شد. پس، نخستین و بنیادی‌ترین گام در این برنامه آموزشی / درمانی، معرفی و شناخت نگرش توحیدی به زندگی است. اما علاوه بر نگرش توحیدی کلی نسبت به تقدیر الهی، رضایت از زندگی، مستلزم این است که فرد معیارهای موفقیت و رضایت در هریک از حوزه‌های شانزده‌گانه مانند پول، سلامت، خانواده، همسایه، کار و... را بر مبنای نگرش توحیدی بنا نهد. لذا گام دوم در الگوی اسلامی این برنامه، شناخت استانداردهای الهی (Unitarismic Standard) زندگی در هریک از حوزه‌های زندگی است. شناخت این استانداردها، خود متوقف بر واقعیت‌شناسی انسان و زندگی از منظر دین خواهد بود. در سومین گام، فرد باید زندگی را به عنوان یک کل ملاحظه کند: هم از حیث اینکه رضایت از زندگی شامل همه حوزه‌های زندگی است، و هم از این حیث که رضایت از زندگی، محدود به رضایت در زندگی دنیا نیست. از این رو، با نگرشی الهی نسبت به همه گستره زندگی، باید حوزه‌هایی از زندگی را که تاکنون مورد غفلت قرار داده، ولی پرداختن به آنها می‌تواند موجبات رضایت بیشتر انسان را فراهم کند، بیشتر مورد توجه قرار دهد و اولویت‌های جدیدی برای خود بیافریند (Unitarismic Importance). برای نمونه، در این گام فرد می‌آموزد

به هر حوزه از زندگی (A)، معیارها و استانداردهای رضایت و پیشرفت (S) و اولویت‌ها و ترجیحات فرد (I)، همگی از مبانی توحیدی سرچشمه می‌گیرند. از این رو، در حوزه‌ای مانند «پول و دارایی مادی»، نگرش فرد نسبت به پول، معیارهای فرد در مورد موفقیت مالی و اولویت پول در زندگی فرد، همه باید با مبانی توحیدی تنظیم می‌شوند. از سوی دیگر، با نگاه توحیدی ممکن است فرد حوزه‌هایی از زندگی را بیابد که ممکن است بسیار پاداش‌دهنده و نشاط‌آور باشند، اما آنها را به دست فراموشی سپرده است (O). برای مثال، حوزه کمک و یاری‌رسانی حوزه‌ای است که اگر با نگاهی توحیدی به آن بنگریم، می‌تواند یکی از اولویت‌های مهم زندگی فرد (I) باشد که میزان بالایی از رضایت و خرسندی را به همراه دارد. پرداختن به آن، کیفیت کلی زندگی فرد را بهبود می‌بخشد. به همین دلیل، تغییر شکل مزبور این است که در الگوی اسلامی CASIO، معنویت، که در دین و مبانی خداشناسی تجلی می‌یابد، عاملی فرادستی است که تمامی حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (نمودار ۳). به لحاظ ماهوی نیز نگرش‌ها (A)، استانداردها (S) و اولویت‌های فرد (I)، همگی با درونمایه الهی شکل می‌گیرند. لذا می‌توان الگوی اسلامی CASIO را بدین صورت ترسیم نمود:



### نتیجه‌گیری

با عنایت به آنچه در مورد الگوی اسلامی شادکامی و نظریه کیفیت زندگی گفته شد، ارتقای کیفیت زندگی کلی از دیدگاه اسلام، در گرو حرکت از خیر و سرور مقدر به سوی «زندگی خوب / خیر مؤثر» و «زندگی شاد / سرور مؤثر» در هریک از حوزه‌های شانزده‌گانه زندگی، یعنی بهداشت و سلامت جسمانی، عزت





- disabilities(pp. ۲۱۱-۲۲۱). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Hornquis, J, ۱۹۸۲, The Concept Of Quality Of Life In Scandinavian, *Journal of Social Medicine*, v. ۱۰, p. ۷۶۰-۷۷۱.
- Huguelet, P, & et al, ۲۰۰۷, Effect Of Religion On Suicide In Outpatient With Schizophrenia Or Schizo-Affective Disorders Coppared With Inpatients With Nonpsychotic Disorders, *European Psychiatry*, v. ۲۲, p. ۱۸۸-۱۹۴.
- Huguelet, P, & Koenig, M. D, ۲۰۰۹, *Spirituality and religion in psychiatry*, New York, Cambridge University Press.
- Huppert, F. A, ۲۰۰۹, Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences, *Applied Psychology: Health and Well-Being*, v. ۱, p. ۱۳۷-۱۶۴.
- Keyes, C. L. M, ۲۰۰۵, Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. ۷۳, p. ۵۳۹-۵۴۸.
- Mohr, S, & et al, ۲۰۰۶, Toward An Integration Of Religiousness And Spirituality Into The Psychosocial Dimension Of Schizophrenia, *Am J Psychiatry*, v. ۱۶۳, p. ۱۹۵۲-۱۹۵۹.
- Montagne, J, & et al, ۲۰۰۲, The Wellenss Solution, *Journal of Active Aging*, v. ۱۸, p. ۶۷-۸۱.
- Randal, P, & et al, ۲۰۰۳, Can Recovery-Focused Multimodel Psychotherapy Facilitate Symptom And Function Improvement In People With Treatment-Resistant Psychotic Illness, *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, v. ۳۷, p. ۷۲۰-۷۲۷.
- Schalock, R. L, ۱۹۹۶, Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Volume I. Conceptualization and measurement* (pp. ۱۲۳-۱۳۹). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Seligman, M. E. P, & Csikszentmihaly, M, ۲۰۰۰, Positive Psychology: An Introduction, *Journal of American Psychology*, v. ۵۵, p. ۵-۱۴.
- Seligman, M. E. P, & et al, ۲۰۰۵, Positive psychology progress - empirical validation of interventions, *American Psychology*, v. ۶۰, p. ۴۱۰-۴۲۱.
- Seligman, M. E. P, ۱۹۹۸, What Is The Good Life, *American Psychology Association*, v. ۲۹, p.

- نوری، نجیب‌الله و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۹۲، «رابطه خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با افکار اضطرابی و افکار فراشناختی نگرانی (فرانگرانی)»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲۴، ص ۶۳-۷۹.
- هادی، مهدی و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۸، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۲، ص ۷۱-۱۰۴.
- یعقوبی، حسن و همکاران، ۱۳۹۱، «مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و درمان معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر اضطراب آشکار دانشجویان»، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۲)، ص ۹۹-۱۰۷.
- Borras, L, & et al, ۲۰۰۷, Religious Beliefs In Schizophrenia: Their Relevance For Adherence To Treatment, *Schizophrenia Bollentin*, v. ۹, p. ۱-۹.
- Campton, D, ۲۰۰۱, A social connective perspective on religious believe, *Jurnal of clinical psychology*, v. ۲۱(۷), p. ۹۸۹-۱۰۰۳.
- Diener, E, & et al, ۲۰۰۴, The evolving concept of subjective well- being: The multifaceted nature of happiness, *The psychology of aging*, v. ۲۵, p. ۱۳۲-۱۵۱.
- Diener, E, ۲۰۰۸, Myths in the science of happiness, and directions for future research. In The science of subjective well-being, edited by M. Eid and R. J. Larsen. New York: Guilford Press.
- Eid, M, & Larson, R. J, ۲۰۰۸, *The Science Of Subjective Well-Being*, New York: Guilford Press.
- Frisch, M. B, & et al, ۲۰۰۵, Predictive and treatment validity of life satisfaction and the Quality of Life Inventory, *Assessment*, v. ۱۲ (۱), p. ۶۶-۷۸.
- Frisch, M. B, ۲۰۰۰, Improving mental and physical health care through quality of lif therapy and assessment. In E. Diener& D. R. Rahtz (Eds.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. ۲۰۷-۲۴۱). New York: Kluwer Academic.
- Frisch, M. B, ۲۰۰۶, Finding happiness with Quality of Life Therapy: Appositve psychology approach. Wood way, TX: Quality of Life Press. E- mail contact: Michael- Frisch@ Baylor. Edu.
- Frisch, M. B, ۲۰۰۶, *Quality Of Life Therapy*, New Jersey: John Wiley & Sons Press.
- Goode, D, ۱۹۹۷, Quality of life as international disability policy: Implications for international research. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume II. Application to persons with*