

روانشناسی ۲۰۱۳۰۱۸

## اثربخشی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت گیری اسلامی بر خودکارآمدی و شادکامی دانش آموزان

mseifi79@gmail.com

ftmsh.mm@gmail.com

fariba.kiani64@gmail.com

محمدیاسین سیفی گندمانی / استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور

فاطمه ملک محمدی / کارشناس ارشد روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران

فریبا کیانی هرچگانی / استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۳ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳

### چکیده

دانش آموزان سرمایه‌های عظیم کشور هستند و تأثیری شگرف در آینده کشور دارند. توجه به عوامل مؤثر بر سلامت روان آنها از جمله شادکامی و خودکارآمدی از اهمیت زیادی برخوردار است. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، با جهت گیری اسلامی بر شادکامی و خودکارآمدی دانش آموزان دختر دبیرستان‌های مقطع متوسطه دوم بروجن انجام شد. در این پژوهش، که از نوع نیمه تجربی بود، جامعه آماری ۱۲۷۰ نفر از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان بروجن بود. با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی، ۳۶ دانش آموز انتخاب و به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به طور برابر قرار گرفتند. گروه آزمایش در طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش کیفیت زندگی اسلامی (IS-QOLT) قرار گرفت. اندازه گیری‌ها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام شد. ابزارهای اندازه گیری، شامل پرسش نامه شادکامی آکسفورد (OHI) و مقیاس خودکارآمدی (SGSES) بود. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت گیری اسلامی، اثر معنادار برافزایش شادکامی و خودکارآمدی گروه آزمایش داشته است. براساس یافته‌های این پژوهش می توان گفت افزودن بعد معنویت، به ویژه در سایه مذهب، با نگاهی کل گرایانه و یکپارچه نسبت به انسان، می تواند به اثربخشی مداخلات، به ویژه در حوزه روان شناسی مثبت نگر کمک کند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، جهت گیری اسلامی، شادکامی، خودکارآمدی و دانش آموزان.

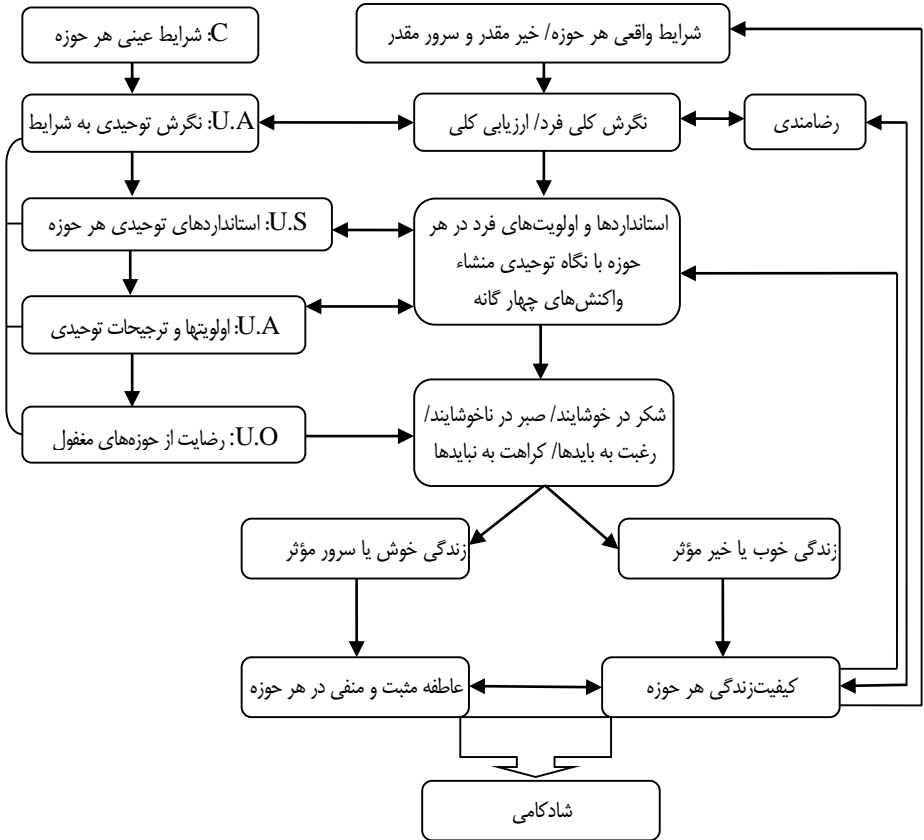
یکی از مهم‌ترین تحولات در روان‌شناسی معاصر، جنبش روان‌شناسی مثبت است. این جنبش، موجب شد تمرکز علم روان‌شناسی از آسیب‌شناسی روانی، به‌سوی موضوعات مثبت مانند شادکامی، سلامت ذهن، عواطف مثبت، معنویت، خلاقیت و فضایل اخلاقی سوق داده شود. *سلیگمن* و *سیکرنز میهالی* (۲۰۱۴، ص ۲۸۱) معتقدند: روان‌شناسی مثبت‌گرا به‌عنوان شاخه جدیدی از روان‌شناسی، به مطالعه علمی نیرومندی‌ها و بهزیستی ذهنی انسان نظر دارد. مؤلفه اصلی و شناختی بهزیستی ذهنی، رضایتمندی از زندگی است که به‌عنوان ارزیابی کلی شخص از زندگی، جنبه کلیدی بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی به‌شمار می‌آید (هونبر و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۱۸). ظهور روان‌شناسی مثبت‌گرا و طرح مثل کیفیت زندگی، فضایل انسان، شادکامی، زندگی با معنا و رضایتمندی، توجه روان‌شناسان را در دو دهه اخیر، بیش از قبل، به بعد معنویت جلب کرده است. نادیده گرفتن دنیای معنوی انسان، درست مثل نادیده گرفتن محیط اجتماعی یا وضعیت روان‌شناختی فرد است. نتیجه این غفلت، شکست در درمان «کل انسان» یا انسان به‌عنوان یک کل است (سیفی گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ الف). امروزه روان‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که پرداختن به درمان، بدون توجه به معنویت نتیجه‌بخش نخواهد بود. مذهب به‌عنوان یکی از منابع اصلی ارزش‌ها و اخلاق افراد جامعه، در معنابخشی به زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (دنولی، ۲۰۱۱، ص ۴۹). به عقیده برگین، اکنون زمان آن فرا رسیده است که بعد معنویت را به ابعاد ساختاری رویکردهای درمانی بیفزاییم (سیفی گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ ب). به‌کارگیری این نتایج، به‌طور طبیعی مستلزم پرداختن به معنویت به‌عنوان یکی از پرنفوذترین مؤلفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی است؛ خواه با یکپارچه‌سازی مذهب / معنویت، در بعد 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.

روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، رویکردی نو به روان‌شناسی مثبت‌نگر است (همان، ص ۵۶). این درمان، در ۱۶ حیطه ارتقای کیفیت زندگی هم در گروه‌های بالینی (بیمار) و هم در گروه‌های غیربالینی (افراد بهنجار) ارائه شده است. این رویکرد، باهدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقاء رضایت از زندگی، از مدل پنج راهه (CASIO) استفاده می‌کند. راهبردهای پنج‌گانه این الگو، عبارت‌اند از: ویژگی‌ها یا شرایط عینی یک حوزه، چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص، ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه، بر مبنای کاربرد استانداردهای تحقق‌یافته یا موفقیت‌ها، ارزش یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی و یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد، بالاخره رضایت کلی در سایر حوزه‌های زندگی است که دغدغه فعلی فرد نیستند، یا به هر دلیل مغفول واقع شده‌اند (فریش، ۱۳۹۰، ج ۱، ص ۵۴).

با توجه به دیدگاه‌های نو نسبت به درمان، پرداختن به نقش معنویت و مذهب، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های فرهنگ در روان‌درمانگری، به‌ویژه در جامعه ایران ضروری به نظر می‌رسد. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، با جهت‌گیری اسلامی (IS-QOLT)، که توسط سیفی گندمانی (۱۳۹۴) تدوین شده، در پاسخ به همین نیاز شکل گرفته است. الگویی که براساس چارچوب کلی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی فریش و افزودن

آموزه‌های اسلامی به این رویکرد شکل گرفته است. در الگوی اسلامی (CASIO)، معنویت، که در دین و مبانی خدانشناسی تجلی می‌یابد، عاملی فرادستی است که همه حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به لحاظ ماهوی نیز نگرش‌ها (A)، استانداردها (S) و اولویت‌های فرد (I)، همگی با درون‌مایه الهی شکل می‌گیرند. از این رو، می‌توان الگوی اسلامی CASIO را به صورت نمودار زیر ترسیم نمود (همان منبع).

نمودار ۱: الگوی اسلامی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی



یکی از مفاهیم اساسی در روان‌شناسی مثبت‌نگر و به تبع آن در الگوی اسلامی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، شادکامی است. روان‌شناسی مثبت‌نگر، علم ارتقای شادکامی است. افزایش شادکامی، به سلامتی بهتر، روابط پاداش‌دهنده‌تر و موفقیت بیشتر در زندگی، تحصیل و کار می‌انجامد (فیلیپس، ۲۰۰۶، ص ۲۲). به باور برخی پژوهشگران، شادکامی سه جزء اساسی دارد: هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجان‌های منفی همچون افسردگی و اضطراب (آرگیل، مارتین و لو، ۱۹۹۵، ص ۹۰). شادی عبارت است از: هیجان مثبتی که از دو بعد رفتارهای اجتماعی و رضایت درونی تشکیل شده و می‌تواند احساس نشاط فرد را نشان دهد (رئوف و قادری، ۱۳۹۴، ص ۱۳۵). در تعریفی دیگر،

شادکامی درجه و میزانی است که با آن یک فرد کیفیت کلی زندگی خود را به‌عنوان یک زندگی کاملاً مطلوب مورد قضاوت قرار می‌دهد. شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط است و همچون سپری می‌تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (پلکانو و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۲۰). از نظر 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 دَوْران دارند که می‌توان آنها را «مبانی توحیدی» نام نهاد (پسندیده، ۱۳۹۰، ص ۱۵).

کیفیت زندگی، شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی، نیازهای همیشگی انسان در هر دوره‌ای از زندگی هستند، اما در برخی از دوره‌های تحول فرد، اهمیت بیشتری می‌یابند. دوره نوجوانی، دوره‌ای از چرخه تحول است که در خلال آن، باورهای خودکارآمدی بر پیامدهای روان‌شناختی، تأثیرگذار و مهم است؛ زیرا در این دوره افراد با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شوند و چگونگی کنار آمدن و سازگاری با این چالش‌ها تا حدی تحت تأثیر باورهای خودکارآمدی فرد است (کاپرارا جی و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۷۵۶). خودکارآمدی به این معناست که فرد فکر کند قادر است پدیده‌ها و رویدادها را برای رسیدن به وضعیت مطلوب، با رفتار و کردار مناسب خود سازمان دهد (جین و داوسون، ۲۰۰۹، ص ۲۴۲). خودکارآمدی، یعنی فرد می‌تواند بر موقعیتی تسلط یابد و پیامدهای مثبتی تولید کند (بندورا، ۲۰۰۶، ص ۳۱۵).

با عنایت به آنچه گذشت، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که «آیا الگوی اسلامی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی و شادکامی در دانش‌آموزان شود؟».

تنها پژوهش منتشرشده‌ای که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را با رویکردی مذهبی به کار گرفته باشد، پژوهش سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۵ ب)، با موضوع اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی، مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) بهنجار و افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری است. نتایج این پژوهش، نشان داد روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، کاهش معنادار افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی معنوی را در گروه آزمایش به همراه داشته است. بنابراین ناگزیر، در ادامه به برخی کارهای انجام‌شده در زمینه روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، روان‌درمانگری‌های مثبت و درمان‌های معنوی اشاره شده است.

نتایج مطالعات گل‌پرور و بهاری (۱۳۹۳، ص ۸۵)، نشان داد آموزش کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری) دانشجویان دختر تأثیر مثبت داشته است. پژوهش حمید و همکاران (۱۳۹۲، ص ۸۰۸)، حکایت از این دارد که آموزش کیفیت زندگی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان شهر اهواز تأثیر مثبت داشته است. همچنین، پادش و همکاران (۱۳۹۰، ص ۱۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی زنان و مردان متأهل مؤثر بوده است. همچنین، این پژوهش، نشان داد روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی توانسته است

در طی هشت جلسه، شادکامی همسران را بهبود ببخشد. با توجه به پژوهش رجیبی و همکاران (۱۳۹۴، ص ۴۹۹)، می توان گفت: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می تواند شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق افراد معنادار را افزایش دهد.

نتایج پژوهش برزور و همکاران (۱۳۹۴، ص ۱۴۳) نشان داد این روش مداخله، که از ترکیب روان شناسی مثبت با رویکرد شناختی رفتاری شکل گرفته، می تواند تأثیر معنادار بر کیفیت زندگی معنادان داشته باشد. *عابدی و وستاین* (۲۰۱۰، ص ۶۰۸) با مقایسه رویکرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با رویکرد شناختی رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و مادران آنها، نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و کاهش نشانه های اضطراب این بیماران شده است. پژوهش *شریعتی و همکاران* (۱۳۹۲، ص ۲۸۵)، بیانگر این است که درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، توانسته اند در مرحله پس آزمون به طور معنی داری نمرات خودکارآمدی معنادان را نسبت به گروه کنترل افزایش دهند. البته نکته قابل ذکر اثر بخشی بیشتر درمان، مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی معنادان در مرحله پیگیری بود. پژوهش *سلطانی تیزاد و همکاران* (۱۳۹۲، ص ۳۴) نشان داد که آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر دارد و موجب افزایش خودکارآمدی آنان می شود. *روشنفر و همکاران* (۱۳۹۲، ص ۲۰۵۰) نیز تأثیر این روش درمانگری را بر کیفیت زندگی مراجعان به مراکز مشاوره شهر اصفهان آزموده اند. این پژوهشگران نشان داده اند که روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، پس از هشت جلسه به بهبود کیفیت زندگی و همه زیرمقیاس های آن، یعنی سلامت روانی، سلامت جسمانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی در مراجعان شهر اصفهان شده است. *طغیانی* (۱۳۹۰، ص ۱۳۴) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی کیفیت زندگی درمانی بر ۲۶ نوجوان پسر پرداخت و نشان داد که کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان، احساس سرزندگی، عواطف مثبت، تعیین کنندگی در زندگی - این سازه همپوشی قابل توجهی با خودکارآمدی و تاب آوری دارد - و بهزیستی ذهنی مؤثر است. نتایج پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۲، ص ۱۱۶)، بر روی ۴۰ زوج مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی موجب افزایش بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های مهارت محیطی، رشد شخصی، هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود شده است. نتیجه پژوهش *دهقانی* (۱۳۹۵، ص ۴۲۰)، نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، می تواند سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق افراد سوء مصرف کننده مواد را افزایش دهد. مطالعه *علی و همکاران* (۱۳۹۵، ص ۶۶)، بر روی زنان نابارور نشان داد که گروه درمانی برنامه کیفیت زندگی بر صمیمت زناشویی تأثیر داشت و آن را بهبود بخشید. از این رو، استفاده از آن به عنوان یک برنامه مکمل پیشنهاد می گردد. *گرات و همکاران* (۱۹۹۵، ص ۱۲۰۷)، اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را بر افراد افسرده بررسی کردند و نشان دادند که علاوه بر کاهش میزان افسردگی، یک افزایش معنادار در کیفیت زندگی و خودکارآمدی همه بیماران مشاهده شد. از جمله مطالعاتی که در ارتباط با تأثیر مذهب بر گروه های مختلف و بر متغیرهای مختلف انجام شده است، می توان به موارد ذیل اشاره کرد: نتایج پژوهش *عبدالخالق و لستر* (۲۰۱۷، ص ۱۵)، بر روی دانشجویان نشان داد که دین داری و مذهبی بودن، تأثیر مثبت بر شادکامی، خودکارآمدی و سلامت روان دارد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش *آمالیا و همکاران* (۲۰۱۶، ص ۸۰)، بر روی کارمندان مؤسسات آموزش عالی

می‌توان گفت: ارزش‌های مذهبی از طریق الگوی مصرف اسلامی بر شادکامی تأثیر مثبت دارد و به اعتقاد آنان بین ارزش‌های مذهبی و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش /بیرسن و همکاران (۲۰۱۷)، نشان داد که معنویت، نیازهای برآورده شده و حس تعلق، از جمله منابعی هستند که موجب افزایش تاب‌آوری در نوجوانان می‌شود. *گاندلاش و آپه‌ینگر* (۲۰۱۳، ص ۵۳۰)، در پژوهشی فراتحلیل با موضوع دین‌داری، به‌عنوان عامل تعیین‌کننده شادی، رابطه تجربی بین شادی و مذهب را بررسی کرده‌اند. نتایج تجربی به‌دست‌آمده بر سه اصل از متون تجربی استوار است؛ یعنی همبستگی مثبت بین خوشبختی و مذهبی بودن، همبستگی مثبت بین شادی و درآمد و همبستگی منفی بین مذهبی بودن و درآمد است. با عنایت به پیشینه پژوهش، این پژوهش به دنبال آزمون این فرضیه است که آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، با جهت‌گیری اسلامی بر افزایش شادکامی و خودکارآمدی دانش‌آموزان موثر است.

## روش

این پژوهش از نوع آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری است. جامعه مورد مطالعه، کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان بروجرد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ می‌باشد که شامل ۱۲۷۰ نفر می‌شد. برای انجام مداخله، از بین جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به صورت تصادفی، از بین دبیرستان‌های دخترانه، یک دبیرستان انتخاب و از بین کلاس‌های دبیرستان دو کلاس انتخاب شد. سپس، از بین این ۵۰ دانش‌آموز، ۳۶ دانش‌آموز، که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به‌صورت جایگزینی تصادفی به‌طور برابر به دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) تقسیم شدند. هر دو گروه، در پیش‌آزمون شرکت نموده و سپس، گروه آزمایش به مدت دوماه آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی را برای ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را تجربه نکردند. در این پژوهش، براساس ارزیابی اولیه از شرکت‌کنندگان، از بین ۱۶ حوزه کیفیت زندگی، دو حوزه «اهداف و ارزش‌ها» و حوزه «احترام به خویشان (عزت‌نفس)» کمترین نمرات را به خود اختصاص دادند. از این‌رو، به‌عنوان حوزه‌های هدف در نظر گرفته شدند. برای تغییر در هر یک از حوزه‌های انتخابی، از تکنیک‌های ویژه‌ای سود برده شده که برخی برگرفته از رویکرد فریش و برخی دیگر از الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی *سینی گندمانی* (۱۳۹۴) بوده است. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از ۴۵ روز، پیگیری انجام شد. به دلیل انصراف یکی از شرکت‌کنندگان گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، درنهایت تعداد گروه کنترل به ۱۷ نفر کاهش یافت و گروه آزمایش ۱۸ نفر باقی ماند. لازم به یادآوری است که برای رعایت اصول اخلاقی تمامی دانش‌آموزان با رضایت کامل در این پژوهش شرکت نموده و مختار به ترک مداخلات در هر مرحله‌ای بوده‌اند. در ضمن دانش‌آموزان گروه کنترل، در لیست انتظار قرار داشته و پس از پایان پژوهش، آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی را دریافت نمودند.

## ابزارهای پژوهش

### ۱. پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI-2001)

مقیاس شادکامی آکسفورد، میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایه نظری این پرسش‌نامه، تعریف *آرگایل* و همکاران (۱۹۸۹، ص ۱۹۸) از شادکامی است. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط *آرگایل* و *لو*، براساس پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) ساخته شده است. ۲۱ عبارت از عبارات این پرسش‌نامه از (BDI) گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده است، تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. این آزمون، شامل ۲۹ گویه چهارگزینه‌ای است که نمره‌گذاری گزینه‌های هر گویه به ترتیب، عبارت است از: صفر، یک، دو و سه. بدین ترتیب بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در این مقیاس کسب کند، ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس، صفر است که نشان‌دهنده ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است. نمره بهنجار این آزمون، بین ۴۰ تا ۴۲ است. *آرگایل* و همکاران (۱۹۸۹، ص ۲۰۱)، پایایی پرسش‌نامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسش‌نامه، با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. *علی‌پور و آگاه‌هریس* (۱۳۸۶) نیز نشان دادند که OHI برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه ایرانی، از پایایی مناسب برخوردار است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد ۰/۸۹ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب پرسش‌نامه است. همچنین، روایی این پرسش‌نامه براساس نظر متخصصان، مطلوب گزارش شده است.

### ۲. مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران (SGSES-1982)

این پرسش‌نامه را شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲، برای سنجش باورهای خودکارآمدی عمومی ساختند (شرر و همکاران، ۱۹۸۲، ص ۶۷۰). این پرسش‌نامه، دارای ۱۷ گویه است، هر گویه این مقیاس بر روی طیف *لیکرت* ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (یک امتیاز) تا کاملاً موافقم (۵ امتیاز) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد، ۸۵ و حداقل ۱۷ است. شرر و همکاران (۱۹۸۲)، پایایی محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۸۶ و روایی آن را نیز از طریق روایی سازه مطلوب گزارش کرده‌اند. *براتی* (۱۳۷۶)، برای به دست آوردن روایی سازه آزمون، همبستگی آن را با مقیاس عزت‌نفس برابر ۰/۶۱ گزارش کرده است. وی پایایی آزمون خودکارآمدی را در دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان با روش *اسپیرومن - براون*، با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش *دو نیمه کردن گاتمن* نیز ۰/۷۶ به دست آورده است. وی برای اطمینان از پایایی، آلفای کرونباخ را در نمونه برابر با ۰/۸۰ به دست آورد (نجفی و فولادچنگ، ۱۳۸۶، ص ۷۸). *یوسف‌زاده* و همکاران (۱۳۹۱، ص ۱۲۸) نیز در پژوهش خود برای سنجش پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و میزان پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش کردند. در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر و همکاران ۰/۷۵ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب پرسش‌نامه است. همچنین، روایی این پرسش‌نامه براساس نظر متخصصان، مطلوب گزارش شده است.

لازم به یادآوری است بسته آموزش / روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی نیز مطابق با نظر متخصصان حوزه و دانشگاه از روایی مطلوبی برای استفاده در جامعه ایرانی برخوردار است (سیفی گندمانی، ۱۳۹۴).

### یافته‌های پژوهش

پیش از پرداختن به تحلیل استنباطی یافته‌ای پژوهش، آماره‌های مربوط به متغیرهای مورد بررسی ارائه شده است: جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای شادکامی و خودکارآمدی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	میانگین		انحراف استاندارد		کمترین		بیشترین	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
شادکامی	پیش‌آزمون	۷۱/۷۸	۷۰/۰۱	۸/۸۵	۱۲/۹۱	۶۲	۴۵	۹۳	۸۹
	پس‌آزمون	۸۶/۸۳	۶۶/۸۸	۱۳/۶۷	۱۴/۰۸	۵۱	۳۹	۱۰۶	۸۶
	پیگیری	۸۴/۹۴	۶۸/۴۱	۱۳/۹۵	۱۴/۳۷	۵۴	۳۰	۱۰۱	۹۴
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۴۴/۲	۴۵/۲۴	۷/۸۸	۵/۲۵	۳۱	۳۴	۵۸	۵۴
	پس‌آزمون	۴۸/۳۹	۴۶/۴۱	۷/۸۱	۵/۱۳	۳۸	۳۸	۶۷	۵۶
	پیگیری	۴۹/۴۴	۴۵/۵۳	۷/۴۹	۵/۳۲	۳۸	۳۵	۶۸	۵۶

برای تحلیل یافته‌ها، ابتدا برای بررسی پیش فرض نرمال بودن و عدم وجود خطای واریانس متغیرهای وابسته پژوهشی از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و آزمون ماچلی استفاده گردید. آزمون آماری کالموگروف - اسمیرنوف، پیش فرض نرمال بودن متغیرها را تأیید نمود و نیز آزمون آماری کروییت ماچلی، نشان داد در مورد متغیرهای وابسته خطای واریانس وجود ندارد. همچنین، نتایج آزمون t در مقایسه پیش‌آزمون متغیرهای مورد بررسی معنادار نبود. بنابراین، گروه‌ها به لحاظ میانگین متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری در پیش‌آزمون ندارند. از این رو، می‌توان برای بررسی اثربخشی مداخله بر متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده نمود. نتایج تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای هر دو متغیر مورد بررسی در ادامه آمده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای شادکامی در سه مرحله اجرا

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
شادکامی	مراحل	۷۵۶/۲۵	۱	۷۵۶/۲۵	۷/۲۳	۰/۰۱۶
	خطا	۱۷۷۷/۲۵	۱۷	۱۰۴/۵۴		
خودکارآمدی	مراحل	۲۴۰/۲۵	۱	۲۴۰/۲۵	۶/۸۵	۰/۰۱۸
	خطا	۵۹۶/۲۵	۱۷	۳۵/۰۷		

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری آزمودنی‌ها در هر دو متغیر شادکامی ( $F=7/23, p<0/016$ ) و خودکارآمدی ( $F=6/85, p<0/018$ ) تفاوت آماری معناداری وجود دارد. برای مقایسه دویه‌دوی میانگین‌های شادکامی و خودکارآمدی، در سه نوبت اجرا از آزمون مقایسه‌های چندگانه بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است:



جدول ۳: نتایج آزمون بونفرونی مقایسه میانگین های شادکامی در سه مرحله اجرا

متغیرها	مراحل	پس آزمون	پیگیری
شادکامی	پیش آزمون	۳/۱۴*	۲/۶۹*
	پس آزمون	-	۰/۹۲۴
	پیگیری	۰/۹۲۴	-
خودکارآمدی	پیش آزمون	۲/۰۳*	۲/۶۱*
	پس آزمون	-	۱/۶۰۱
	پیگیری	۱/۶۰۱	-

نتایج نشان می دهد که هم شادکامی و هم خودکارآمدی در مرحله پیش آزمون متفاوت از مرحله پس آزمون و پیگیری است. نگاهی به ویژگی های توصیفی متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد گروه آزمایش در هر دو متغیر شادکامی و خودکارآمدی، در پس آزمون و پیگیری نمرات بالاتری نسبت به پیش آزمون کسب کردند. این مسئله در مورد گروه کنترل صدق نمی کرد. در نتیجه، می توان گفت: آموزش کیفیت زندگی با جهت گیری اسلامی برافزایش شادکامی و خودکارآمدی دانش آموزان در طول زمان اثر پایداری داشته است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت گیری اسلامی، بر خودکارآمدی و شادکامی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه در شهرستان بروجن انجام گرفت. آزمون فرضیه پژوهش نشان داد که مداخله موردنظر، به افزایش شادکامی و خودکارآمدی در گروه آزمایش انجامیده است. این اثرات در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده اند. بنابراین، فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد. نتایج این مطالعه از جهت تأیید اثربخشی روان درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، با یافته های پژوهش سیفی گندمانی و همکاران (۱۳۹۵ ب)، حمید و همکاران (۱۳۹۲)، پاداش و همکاران (۱۳۹۰) همسو بوده است. همچنین، یافته های این پژوهش از حیث به کارگیری الگوی اسلامی، همسو با پژوهش های متعددی است که اثربخشی درمان های معنوی - مذهبی را بر شادکامی، تاب آوری، خودکارآمدی، سلامت روانی، رضایت از زندگی، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی گزارش کرده اند. از این میان، می توان به عبدالخالق و لستر (۲۰۱۷)، آمالیا و همکاران (۲۰۱۶)، هدی و همکاران (۲۰۱۰)، سلطانی نژاد و همکاران (۱۳۹۲)، شریعتی و همکاران (۱۳۹۲)، طولابی و همکاران (۱۳۹۲) و خالدیان و کرمی باغطفی زنی (۱۳۹۵، ص ۸۰) اشاره کرد.

در تبیین یافته های این پژوهش، باید سه نکته را در نظر گرفت: یکی اینکه روان درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، دیدگاهی کل نگر نسبت به انسان، زندگی، سلامتی و رضایتمندی از زندگی دارد و با تلفیق CBT، روان شناسی مثبت و درمان های، مذهبی - معنوی، به خوبی این نگاه فراگیر را نشان می دهد. این روش درمانی، به گونه ای طراحی شده که از یک سو، با رویدادهای روزمره و بافت واقعی زندگی فرد سروکار دارد و از سوی دیگر، تکنیک ها، اصول و تکالیف درمانی آن، مستلزم درگیری شناختی و چالش های فکری جدی برای فرد است و از رهگذر

همین چالش‌های شناختی، به فرد کمک می‌کند تا ارزیابی شناختی خود را از میزان رضایت از زندگی بازنگری کند. در نتیجه، عواطف مثبت و منفی نیز که با رضایت از زندگی، یا همان کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارند، به تعادل نزدیک شوند (سیفی گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵ ب).

نکته دوم اینکه قسمت زیادی از درد و رنج انسان‌ها و آنچه موجب می‌شود افراد احساس نارضایتی از زندگی داشته باشند، فاصله بین هست‌ها و باید‌هاست. به عبارت دیگر، فاصله بین آرزوها و واقعیت‌ها در افراد موجب نارضایتی از زندگی است. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، با جهت‌گیری اسلامی به روش‌های مختلفی می‌تواند به کاهش این فاصله کمک کند. این رویکرد درمانی، با تأکید بر واقعیت‌شناسی دنیا و انسان بر اساس آموزه‌ها و دستورات اسلامی، با اصلاح مقایسه‌ها و اسنادها، با تعدیل آرزوها و تغییر در بازخوردها (A)، استانداردها (S) و اولویت‌ها (I)، سعی در تغییر در خواسته‌ها و باید‌ها دارد. از سوی دیگر، با اصلاح اندازه سنج داشته‌های افراد و سایر تکنیک‌ها به آنها کمک می‌کند تا واقعیت موجود را بهتر بشناسند. بنابراین به نظر می‌رسد این روش با کاهش فاصله میان باید‌ها و هست‌ها، به افزایش رضایتمندی و کیفیت زندگی منجر می‌شود (همان).

نکته سوم، با توجه به اینکه در یک دوره درمان نمی‌توان به هر شانزده حوزه کیفیت زندگی پرداخت، بنابراین، بر اساس ارزیابی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، حوزه‌های احترام به خویشان (عزت نفس) و اهداف و ارزش‌ها، حوزه‌هایی بودند که به‌عنوان حوزه‌های هدف، برای تغییر در نظر گرفته شدند. برای تغییر در حوزه‌های مذکور، از تکنیک‌هایی مثل «توجه به موهبت‌ها (BAT)»، «ثبت افکار و احساسات ناکارآمد»، «سبد تخم‌مرغ‌ها»، «کیک شادکامی»، تکنیک «عقیده نفر دوم»، «آرام‌سازی» و اصولی مانند اصل «معنایابی / هدف‌یابی»، اصل «دوست صمیمی»، اصل «معنا مانند اتوبوس»، اصل «پذیرش آنچه نمی‌توانید تغییر دهید»، اصل «سود بانکی»، که از تکنیک‌های اصلی رویکرد (QOLT) هستند، استفاده شد.

از آنجا که رویکرد این پژوهش، رویکردی اسلامی است، در کنار تکنیک‌های فوق، از اصول و راهبردهای آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی مثل «خبرباوری»، «راهبردهای تنظیم نظام ارزیابی»، «اصلاح تفسیر از مالکیت»، «تنظیم تکیه‌گاه»، «تنظیم رغبت»، «واقعیت‌شناسی دنیا»، «تنظیم روزی»، «تنظیم انتظارات» و «اصلاح مقایسه‌ها»، که همگی برگرفته از آموزه‌های تعالی‌بخش اسلام است، کمک گرفته شده است.

در تبیین چگونگی اثربخشی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، با جهت‌گیری اسلامی، بر خودکارآمدی دانش‌آموزان، می‌توان گفت: احترام به خویشان (عزت نفس)، تبلوری از نگاه ارزشمند انسان به خود، خدا و جهان هستی و ارتباط بین آنهاست. از این رو، فرایند شکل‌گیری عزت نفس آدمی زمانی میسر است که باورها و نگرش‌ها و اعتقادات او بر پایه ایدئولوژی و جهان‌بینی صحیح استوار باشد تا با هدفمند کردن انسان، او را به اوج برساند. عزت نفس تنها به معنای حس ارزشیابی و سودمندی شخص از خویش نیست، بلکه با نگاهی جامع‌تر، به مجموعه‌ای از روحیات و صفات و ملکات نفسانی اطلاق می‌گردد که از یک سو، امری فردی قلمداد می‌شود و از سوی دیگر، به

لحاظ اجتماعی و ارتباط با محیط انسانی و در نگاهی وسیع تر در ارتباط انسان با خداوند دارای اثری عمیق است (محمدی، ۱۳۸۳، ص ۴۹). همچنین، از آنجا که داشتن اهداف و ارزش‌هایی متناسب با توانایی‌ها و استعدادها، گام بلندی در راستای کمک به افراد در جهت افزایش خودکارآمدی است، در حوزه اهداف و ارزش‌ها، تمرین «کسب بینش» اصل «زمان مرگ و عزیمت»، «اصل بایدها و خواسته‌ها»، تکنیک «ترسناک‌ترین آگهی ترحیم من» اصل «خوب اما نه بزرگ» برای شناخت اهداف و ارزش‌های مراجعان به کار گرفته شد و سپس، از افراد خواسته شد «دستورالعمل نوین زندگی» خود را تدوین کنند. این دستورالعمل نوین، با توجه به اصول اسلامی مانند «زندگی موحدانه»، «واقعیت‌شناسی دنیا»، «تنظیم آرزوها» و «تنظیم رغبت‌ها» تنظیم شد.

یکی از راهبردهایی که موجب افزایش خودکارآمدی و عزت نفس می‌شود، راهبرد «پذیرش خویشتن» است که به افراد می‌آموزد، صرف‌نظر از آنچه به دست آورده‌اند، ارزشمند هستند. آیات متعددی در قرآن کریم، دلالت بر کرامت ذاتی عموم انسان‌ها دارد. برای نمونه، در سوره مبارکه «سراء»، آیه ۷۰ خداوند می‌فرماید: «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْوَجْرِ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا»؛ ما نوع آدم را (انسان‌ها) را کریم (بزرگ) داشتیم و نوع انسانی را بر بسیاری از مخلوقات برتری دادیم. مراجع باید بدانند پذیرش خود، مبتنی بر زمینه‌های منطقی و الهی است و همه انسان‌ها به صرف اینکه توسط او خلق شده‌اند، ارزشمند هستند و سزاوار این هستند که در مورد خودشان احساس خوبی داشته باشند. برای افزایش احترام به خویشتن و خودکارآمدی، از راهبردها و تکنیک‌های دیگر کیفیت زندگی، با جهت‌گیری اسلامی استفاده شد. از جمله این راهبردها، راهبرد «خیرباوری»، «اصلاح اسنادها»، «تنظیم نظام ارزیابی» و «اصلاح اندازه‌سج داشته‌ها» را می‌توان نام برد.

در نهایت، در پرتو نتایج حاصل از این پژوهش، می‌توان گفت: درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی، بر سه رکن یا اصل بنیادین شادمانی استوار است که عبارتند از: غنای درونی، کیفیت‌زمان و معنایابی موحدانه. این رویکرد می‌تواند با تعدیل شناخت‌ها، هیجانات و رفتارها و تعبیر در نظام ارزیابی فرد از خود، زندگی، فقر و غنا، مالکیت، انتظارات و آرزوها منجر به کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی شود. یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد این رویکرد، این است که گستره زندگی را محدود به دوره زمانی تولد تا مرگ نمی‌داند. بنابراین، رضایت از زندگی در این منظر، تنها به ارزیابی فرد از حیات مادی خود محدود نمی‌شود و دستاوردهای معنوی انسان را نیز که به زندگی پس از مرگ مربوط می‌شوند، در این ارزیابی دخیل می‌کند. در واقع، کیفیت زندگی در این دیدگاه، ارزیابی فرد از ماحصل نهایی زندگی است و نه آنچه اکنون و در این دنیا، فرد به آن رسیده است. استفاده از معنویت در گروه‌درمانی، به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند موجب ارتقاء حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامتی شود (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۳، ص ۵۹). از آنجاکه مذهب و معنویت، بر جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و حتی بر جنبه‌های زیستی انسان تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر، همه این ابعاد بر همدیگر تأثیر متقابل دارند، رویکردهای معنوی مذهبی می‌تواند به‌عنوان رویکردی مفید به بیمار و بیماری توصیه شود.

## منابع

- براتی، سیامک، ۱۳۷۶، *بررسی رابطه خوداتریششی، عزت نفس و خودپایی در میان دانش آموزان سوم دبیرستان*، اهواز، دانشگاه شهید چمران.
- پاداش، زهرا و همکاران، ۱۳۹۰، «اتریششی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۱، ص ۱۱۵-۱۳۰.
- پرزور، پرویز و همکاران، ۱۳۹۴، «اتریششی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی»، *اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ش ۳۵، ص ۱۳۷-۱۴۸.
- پسندیده، عباس، ۱۳۹۰، «نظریه توحید در شادکامی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳، ص ۱-۳۰.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۲، «اتریششی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی به شیوه گروهی در شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد شهر اهواز»، *مجله پزشکی ارومیه*، دوره بیست و چهارم، ش ۱۰، ص ۸۰۰-۸۱۱.
- خالدیان، محمد و زهرا کرمی باغلیفونی، ۱۳۹۵، «کارآمدی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر ارتقای سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) در دانشجویان»، *روان‌شناسی و دین*، سال نهم، ش ۴، ص ۷۱-۸۶.
- دهقانی، یوسف، ۱۳۹۵، «اتریششی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوءمصرف‌کنندگان»، *طب جنوب*، سال نوزدهم، ش ۳، ص ۴۱۱-۴۲۴.
- رجبی، سوران و همکاران، ۱۳۹۴، «اتریششی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معنادان مرد شهر اهواز»، *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، دوره چهارم و یکم، ش ۵، ص ۴۹۳-۵۰۳.
- رستمی، مریم و همکاران، ۱۳۹۲، «اتریششی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال سوم، ش ۱، ص ۱۰۵-۱۲۳.
- روشنفر، علیرضا و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی اتریششی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان»، *تحقیقات نظام سلامت (ویژه‌نامه آموزش بهداشت)*، ش ۱۴، ص ۲۰۵۵-۲۰۴۶.
- ریاحی، فروغ و همکاران، ۱۳۹۳، «اتریششی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم»، *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، دوره سیزدهم، ش ۱، ص ۵۳-۶۵.
- رئوف، سیدحمید و زهره قادری، ۱۳۹۴، «مؤلفه‌های تحقق احساس شادمانی در اسلام»، *پژوهش‌های اجتماعی اسلامی*، سال بیست و یکم، ش ۴، ص ۱۳۳-۱۶۱.
- سلطانی‌نژاد، سمیه و همکاران، ۱۳۹۲، «تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیلیز»، *پرستاری داخلی-جراحی*، سال دوم، ش ۱، ص ۳۳-۳۸.
- سیفی گندمانی، محمدیاسین، ۱۳۹۴، *تدوین روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی و بررسی اتریششی آن بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی معنوی در دانشجویان افسرده و بهنجار دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری*، تهران، دانشگاه پیام نور.
- سیفی گندمانی، محمدیاسین و همکاران، ۱۳۹۵ الف، «الگوی اسلامی روان‌درمانگری/ آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، سال نهم، ش ۱، ص ۵۱-۶۸.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۹۵ ب، «اتریششی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری»، *طلوع بهداشت*، سال پانزدهم، ش ۱، ص ۲۲۴-۲۳۹.

- شریعتی، محمدابراهیم و همکاران، ۱۳۹۲، «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معنادار»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره یازدهم، ش ۴، ص ۲۷۹-۲۸۸.
- طیفانی، مجتبی، ۱۳۹۰، *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روانی، بهزیستی ذهنی و عملکرد تحصیلی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- طولایی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی نقش میانجی عزت‌نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سازگاری اجتماعی جوانان شهر مشهد»، *مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، سال سوم، ش ۹، ص ۱۱۵-۱۳۲.
- عدل، حدیث‌السادات و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان ناباور»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال نوزدهم، ش ۱۰، ص ۵۹-۷۱.
- علی‌پور، احمد و مزگان آگاه هریس، ۱۳۸۶، *اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها*، تهران، دانشگاه پیام نور.
- فریش، مایکل. بی، ۱۳۹۰، *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی*، ترجمه اکرم خمسه، تهران، ارجمند.
- گل‌پرور، محسن و وحیده بهاری، ۱۳۹۳، «تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر»، *مطالعات زن و خانواده*، دوره دوم، ش ۱، ص ۷۳-۹۱.
- محمدی، حسن، ۱۳۸۳، «عزت‌نفس و نقش خانواده در آن»، *پژوهش‌های مدیریت راهبردی*، ش ۳۲، ص ۴۳-۵۶.
- نجفی، محمود و محبوبه فولادچنگ، ۱۳۸۶، «رابطه خودکارآمدی و سلامت روان»، *دانشور رفتار*، سال چهاردهم، دوره جدید، ش ۲۲، ص ۶۹-۸۱.
- یوسف‌زاده، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش مهارت‌های فراشناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه»، *روان‌شناسی مدرسه*، دوره اول، ش ۳، ص ۱۱۸-۱۳۳.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D, 2017, "The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students", *Personality and Individual Differences*, n. 109, p 12-16.
- Abedi, M. R., & Vostanis, P, 2010, "Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran", *European child & adolescent psychiatry*, n. 19(7), p 605-613.
- Amalia, I., Riani, W., & Julia, A, 2016, "The influence of religiosity values on happiness with Islamic consuming ethics as moderator variable", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, n. 219, p 76-83.
- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L, 1995, "Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors", *Stress and emotion*, n. 15, p 173-187.
- Bandura, A, 2006, "Guide for constructing self-efficacy scales", *Self-efficacy beliefs of adolescents*, n. 5, p 307-337.
- Bergin, A. E, 1991, "Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental health", *Journal of American Psychologist*, n. 4, 394-403
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Cervone, D, 2004, "The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies", *Personality and individual Differences*, n. 37(4), p 751-763.
- Deneulin, S, 2011, "Revisiting Religion: Development Studies thirty years on", *World Development*, v. 39, n. 1, p 45-54.
- Ebersöhn, L., Nel, M., & Loots, T, 2017, "Analysing risk and resilience in the first sand tray of youth at a rural school", *The Arts in Psychotherapy*, v. 55, p 146-157.

- Frisch, M. B., 2005, *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*, John Wiley & Sons.
- Grant, G. M., Salcedo, V., Hynan, L. S., Frisch, M. B., & Puster, K., 1995, "Effectiveness of quality of life therapy for depression", *Psychological Reports*, n. 76(3\_suppl), p 1203-1208.
- Gundlach, E., & Opfinger, M., 2013, "Religiosity as a Determinant of Happiness", *Review of Development Economics*, n. 17(3), p 523-539.
- Headey, B., Schupp, J., Tucci, I., & Wagner, G. G., 2010, "Authentic happiness theory supported by impact of religion on life satisfaction: A longitudinal analysis with data for Germany", *The Journal of Positive Psychology*, n. 5(1), 73-82.
- Huebner, E. S., Valois, R. F., Paxton, R. J., & Drane, J. W., 2005, "Middle school students' perceptions of quality of life", *Journal of Happiness Studies*, n. 6(1), p 15-24.
- Huguelet, P., Koenig, MD, 2009, *Spirituality and religion in psychiatry*. First edition, New York: Cambridge University Press, 226-235.
- Jain, S., & Dowson, M., 2009, "Mathematics anxiety as a function of multidimensional self-regulation and self-efficacy", *Contemporary Educational Psychology*, n. 34(3), p 240-249.
- Pelechano, V., González-Leandro, P., García, L., & Morán, C., 2013, "Is it possible to be too happy? Happiness, personality, and psychopathology", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, n. 13(1), p 18-24.
- Phillips, D., 2006, *Quality of life: Concept, policy and practice*. Routledge.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M., 2014, *Positive psychology: An introduction. In Flow and the foundations of positive psychology*, Springer, Netherlands, p 279-298.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W., 1982, "The self-efficacy scale: Construction and validation", *Psychological Reports*, v. 51, p 663-671.