


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

b.heidari1359@gmail.com

بتول حیدری سورشجانی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد

کتب طیبه شریفی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد

sharifi_ta@yahoo.com

 orcid.org/0000-0002-8224-8805

aghazan5@yahoo.com

احمد غضنفری / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد

choramimaryam@gmail.com

مریم چرامی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳ - پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۴

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیا بوده است. در این مطالعه نیمه‌آزمایشی که از جامعه مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیا شهرستان شهرکرد در استان چهارمحال و بختیاری به عمل آمد، ۴۶ مراقب اصلی با استفاده از روش «نمونه‌گیری در دسترس» انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های «تاب‌آوری» و «رفتارهای جامعه‌پسند» بود. 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» بیش 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» بیش از «آموزش گروهی کیفیت زندگی» فریش بوده است. بنابراین می‌توان گفت: «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» می‌توانند میزان تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیا را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، رفتارهای جامعه‌پسند، کیفیت زندگی، مراقبان اصلی اسکیزوفرنیا.

مطابق اظهارات معاون توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، در ایران قریب ۸۰۰ هزار بیمار اسکیزوفرنی وجود دارد (خبرگزاری مهر، mehrnews.com) نکته مهم در این زمینه آن است که بیماری یک عضو خانواده - به‌ویژه بیماری‌های مزمن روانی - کل خانواده را درگیر می‌کند و سبک زندگی آنها را تغییر می‌دهد (نونگ و راشید، ۲۰۱۸؛ ندیکونو و همکاران، ۲۰۱۶). برای مثال، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده که میزان تاب‌آوری مراقبان بیماران مزمن روانی کمتر از هنجارهای جامعه است (سریکومار و همکاران، ۲۰۱۶).

بنانو (Bonanno, 2004) «تاب‌آوری» را توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در شرایط خطرناک و شرکت فعال فرد در محیط تعریف کرده است. در واقع، «تاب‌آوری» به انطباق موفقیت‌آمیزی گفته می‌شود که در مصائب و استرس‌های ناتوان‌ساز آشکار می‌گردد؛ یعنی تاب‌آوری بیانگر کنش‌وری و پویایی سازه‌ای است که مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطرناک و محافظت‌کننده است (جمدال و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین فریبورگ (Friborg) و همکاران (۲۰۰۶) «تاب‌آوری» را به ظرفیت بازگشت از چالش‌های اجتماعی، مالی و یا هیجانی، به تعادل مجدد تعریف می‌کند. درواقع تاب‌آوری یک فرایند توانایی یا پیامد سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (لاموند و همکاران، ۲۰۰۹).

به عبارت دیگر، «تاب‌آوری» به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلایا یا فشارهای استرس‌زا، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به‌وسیله آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌مثابه یک ویژگی مثبت متبلور می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است: فرایند شروع بیماری و درمان بیماری مزمن روانی در کاهش میزان تاب‌آوری مراقبان بیماران مزمن روانی اثرگذار بوده است (جانسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ سوزنویسکی و همکاران، ۲۰۱۰؛ ووس و تاسمانیا، ۲۰۱۱، ص ۱۲۰).

همچنین نتایج برخی تحقیقات نشان داد علاوه بر کاهش تاب‌آوری در مراقبان بیماران مزمن روانی ممکن است میزان رفتارهای جامعه‌پسند آنان دچار اختلال باشد (استیون و همکاران، ۲۰۱۹).

به‌طور کلی، «رفتار جامعه‌پسند» رفتاری عمدی و ارادی است که به قصد سود رساندن به دیگران و در جهت رفاه و منافع آنان انجام می‌شود (ایزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ روبرتس و همکاران، ۲۰۱۴). درواقع 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 به‌مثابه یک سازه چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که شامل رفتارهای گوناگون از جمله مهربانی کردن، کمک کردن، سهیم شدن، همکاری و دوستانه رفتار کردن است (براتین و هامفریس، ۲۰۱۵؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۵؛ گارسیا و ریمی، ۲۰۱۹). به‌طور کلی به نظر می‌رسد

مراقبان بیماران مزمن روانی به علت مشغله‌های فکری و عملی زیادی که در درمان و نگهداری بیماران خود دارند، تمرکز کمتری بر بروز رفتارهای جامعه‌پسند خود دارند.

با توجه به توضیحات فوق، مراقبان اصلی بیماران مزمن روانی در زمینه‌های تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌تواند در بهبود توانمندی‌های مزبور مثرتر باشد. یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها برنامه «آموزش کیفیت زندگی» فریش (Frisch, 2006) است.

فریش (۲۰۰۶) معتقد است: این درمان مانند روان‌درمانگری‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقای شادی و بهزیستی انسان‌ها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است. به همین علت فریش با تأکید مفرط بر بهبود بخشیدن به مجموع کیفیت زندگی به مثابه هدف اصلی تمام مداخلات، اصلاح آن را برای افراد مهم و ضروری می‌داند. 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 (توروپ و همکاران، ۲۰۱۹).

علاوه بر این، باید در نظر داشت که به‌کارگیری الگوی برنامه «آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی» (فریش، ۲۰۰۶)، اغلب دربرگیرنده الگوی مراقبت چندرشته‌ای - چندسطحی است. الگوواره غالبی که در درمان و مراقبت از بیماران روان‌پزشکی مدنظر بوده، الگوی زیستی - روانی - اجتماعی است که هدف آن در نظر گرفتن انسان به‌مثابه یک کل است. این الگو بر نیاز به توجه به بیماری‌ها از یک منظر کل‌گرایانه صحنه می‌گذارد. بنابراین از اتخاذ دیدگاهی کاهش‌گرایانه که تنها جنبه‌های زیستی یا تنها جنبه‌های روان‌شناختی فرد را در نظر می‌گیرد، اجتناب می‌ورزد. اما آنچه در علم روان‌شناسی امروزه مطرح است، یکپارچه‌سازی مذهب / معنویت در بُعد اجتماعی این الگو یا ترجیحاً گنجاندن معنویت در هر سه بُعد زیستی، روانی، اجتماعی و در نتیجه، پرداختن به بیمار و بیماری در یک الگوی زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی / مذهبی است (هاگلت و کوپینگ، ۲۰۰۹).

تامپسون و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی پی بردند که داشتن هدف در زندگی، سازگاری و کیفیت زندگی خانواده‌های افراد مبتلا به آسیب نخاعی را افزایش می‌دهد. مذهب نیاز به یافتن هستی و فلسفه وجود انسان را برآورده می‌سازد.

علامه جعفری (۱۳۶۸، ج ۲۲، ص ۲۲۶) معتقد است: فقط با پاسخ‌گویی معقول به چهار مسئله (ارتباط با خویشان، خداوند، جهان هستی و هم‌نوع خود) براساس آموزه‌های دین است که می‌توان به هدف و فلسفه قانع‌کننده‌ای برای زندگی دست یافت.

از سوی دیگر به نظر می‌رسد یکی از روش‌های مناسب برای پاسخ‌گویی به مسائل چهارگانه فوق‌برگزاری جلسات گروهی است؛ زیرا در این صورت اعضا علاوه بر بهره‌مندی از سایر مزایای گروه، می‌توانند تجارب عملی

خود را درخصوص 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 درآورد و از نتایج شیرین آن بهره‌مند شد.

همان‌گونه که اشاره گردید، مذهب و معنویت بر جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و حتی برجسته‌های زیستی انسان تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر همه این ابعاد بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. بنابراین رویکرد مزبور به‌مثابه رویکردی مفید به خانواده‌های بیمار و بیماری می‌تواند توصیه و ترویج شود (دردگر و صفوراپی پاریزی، ۱۳۹۷).

استفاده از معنویت در گروه‌درمانی یکی از عوامل تأثیرگذار و حائز اهمیت است که می‌تواند موجب ارتقای 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، از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت و رشد به‌دست آورند (جدیدی و دیگران، ۱۳۹۰).

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، 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 (سیفی گندمانی و همکاران، ۱۳۹۵).

ب. اگر نیازهای اساسی انسان به‌طور مناسب تأمین نشود، نه‌تنها سلامت روانی تحقق نمی‌یابد، بلکه زمینه آسیب‌های دیگری نیز فراهم می‌شود. از این‌رو ارتباط معنوی انسان با خداوند قادر مطلق، از راه عبادت و پرستش، مبنایی محکم و اطمینان‌بخشی 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 (همان).

آنچه لزوم نگاه دینی به کیفیت زندگی را بیشتر نمایان می‌سازد، تفاوت‌های موجود در روان‌مانگری مبتنی بر کیفیت زندگی فریش و دیدگاه اسلامی به این مقوله است. اولین تفاوت عمده در این است که از نظر اسلام، شادکامی دارای مبانی چهارگانه (خداشناختی، انسان‌شناختی، دین‌شناختی و جهان‌شناختی) است که در این میان مبانی خداشناختی در رأس عوامل دیگر قرار دارد و تمام مبانی دیگر شادکامی متأثر از مبانی توحیدی آن است.

این بدان معناست که برخلاف دیدگاه فریش، 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 کیفیت زندگی 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 درباره 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 (پسندیده و دیگران، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر با وجود اشتراکات موجود در مبانی ادیان توحیدی، دین اسلام کامل‌ترین و آخرین دین الهی است که برنامه کاملی برای زندگی دنیوی و اخروی انسان‌ها دارد و برای سعادت و سلامت انسان در ابعاد گوناگون، برنامه‌های مؤثر و همه‌جانبه‌ای ارائه داده است. با این حال تا کنون تلاش علمی جدی و مدونی برای استفاده از آموزه‌های دین مبین اسلام در زمینه مراقبت و درمان‌های روان‌شناختی صورت نگرفته است. بنابراین اگرچه روان‌مانگری مبتنی بر کیفیت زندگی توجهی ویژه به معنویت داشته، اما در این پژوهش به عللی که ذکر شد، به ناب‌ترین شکل معنوی، یعنی «معنویت از رهگذر دین» توجه شده و با توجه به لزوم بومی‌سازی روش‌های درمانگری برای جامعه ایرانی، دین اسلام به‌مثابه کامل‌ترین دین الهی مبنای کار قرار گرفته است.

بنابراین پژوهش حاضر درصدد پرکردن این خلأ پژوهشی، به مقایسه اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش (۲۰۰۶) و «آموزش کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی» بر رشد تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبان اصلی اسکیزوفرنیای شهرستان شهرکرد پرداخته است. بدین‌روی، فرضیه این پژوهش عبارت است از:

آیا بین اثربخشی «آموزش گروهی کیفیت زندگی» فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبان بیماران اسکیزوفرنیای شهرستان شهرکرد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی، و به لحاظ روش «تیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیای تحت نظر مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان شهرکرد به تعداد آنان ۱،۵۶۹ نفر بود.

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 کیفیت زندگی فریش و آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) و یک گروه گواه گمارده شدند.

لازم به ذکر است ملاک‌های ورود در پژوهش عبارت بود از: عدم شرکت به‌صورت همزمان در سایر جلسات آموزشی و دارا بودن سواد (حداقل در حد خواندن و نوشتن)، و ملاک‌های خروج در پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها.

برای اجرای پژوهش با هماهنگی مدیران و مربیان مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان شهرکرد، مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) سازماندهی شدند و پیش‌آزمون در ابتدای تیرماه سال ۱۳۹۸ به اجرا درآمد. سپس یکی از گروه‌های آزمایش مورد مداخله «آموزش کیفیت زندگی» فریش (طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) در تیر و مرداد ماه سال ۱۳۹۹ توسط نویسنده اول مقاله حاضر و گروه آزمایش دیگر مورد مداخله «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» (طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) در شهریور و مهرماه سال ۱۳۹۹ توسط نویسنده قرار گرفتند، ولی گروه گواه 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.

لازم به ذکر است در شروع مداخلات آزمایشی تعداد شرکت‌کنندگان ۵۶ تن بودند که تعداد ۱۲ تن به علت مشکلات شخصی و ملاک‌های خروج، از جریان پژوهش خارج گردیدند و در نهایت، تحلیل بر روی ۴۶ تن از شرکت‌کنندگان صورت گرفت. در ضمن آموزش به‌صورت گروهی و با هماهنگی قبلی و اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان از تیرماه تا پایان مهرماه (زمان اجرای پس‌آزمون) در «مرکز توانبخشی خدمات در منزل ثمین» اجرا گردید.

در پایان برنامه به لحاظ رعایت اخلاق، برای گروه گواه کارگاه مشابه اجرا گردید. سپس تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. لازم به ذکر است که 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

۱. پرسشنامه تاب‌آوری

این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. 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 هرچه امتیاز به‌دست آمده 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 پنج عامل «تصور شایستگی فردی»، «اعتماد به‌خود فردی»، «تحمل عاطفه منفی»، «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن‌گواه»، و «تأثیرات معنوی» است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است.

این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس «تاب‌آوری» کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره‌گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. 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 به‌دست آمد.

۲. پرسشنامه رفتارهای جامعه‌پسند

این پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای توسط پِرنر (Penner, 2002) تدوین شده است. آزمودنی براساس طیف لیکرت پنج 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 جهت‌گیری‌شده دیگران» را می‌سنجد. همگرایی درونی هر دو مقیاس بیش از ۰/۸۰ و روایی بازآزمایی برای «هم‌حسی جهت‌گیری‌شده دیگران» معادل ۰/۷۷ و برای «کمک‌رسانی» معادل ۰/۸۵ به‌دست آمده است (پنر، ۲۰۰۲).

صفاری‌نیا، تدریس، محتشمی و حسن‌زاده (۱۳۹۳) پایایی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی ۰/۷۹ به‌دست آوردند. همچنین ضرایب بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۹۸ و ضرایب خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۰ به‌دست

آمد. ضریب آلفای عامل «هم‌حسی جهت‌گیری شده دیگران» معادل ۰/۷۴ و عامل «کمک‌رسانی» ۰/۷۹ گزارش شد (صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳). 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 به‌دست آمد.

همچنین مبنای آموزش کیفیت زندگی، بسته «آموزش کیفیت زندگی» فریش (۲۰۰۶) بود. هدف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی عبارت است از: افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی معطوف به تقویت شادکامی از طریق توجه به مشکلات و شکوفایی در همه عرصه‌های بارز زندگی است.

در کیفیت زندگی درمانی، «مراقبت از خود» معادل «غنای درونی» است و به «احساس آرامش عمیق، راحتی، تمرکز، محبت، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه زندگی به شیوه‌ای اندیشمند، عاشقانه، دلسوزانه و جامع» تعریف می‌شود. «کیفیت زندگی درمانی» علاوه بر کار بر روی اسناد، به ارائه راهکارها و اصولی برای افزایش شادی و حل مسئله می‌پردازد. همچنین با استفاده از روان‌شناسی مثبت و اصول آن به جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر قدیمی می‌پردازد (فریش، ۲۰۰۶). در جدول (۱) جلسات بسته آموزشی کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) به اجمال ارائه شده است:

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی کیفیت زندگی برگرفته از فریش (۲۰۰۶)

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 به مباحث و تمرین‌های ذی‌ربط؛ توضیحاتی مرتبط با استرس والدین، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی زندگی روزمره و پیوند زن آن با متغیرهای وابسته؛ اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ تعریف کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادمانی؛ اجرای مقیاس کیفیت زندگی، نمره‌گذاری براساس میزان رضایت؛ ارزیابی اهداف در ۱۶ بُعد زندگی و اجرای تکلیف کیک شادمانی؛ بررسی علل ناراضی‌تی در هر حیطه؛ تکلیف (تکمیل کاربرگ نظارت هر روزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی).
جلسه سوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با پنج راه رسیدن به رضایت از زندگی؛ مشخص کردن پنج بُعد رضایت برای هر حیطه و رتبه‌بندی حیطه‌ها برای عملکرد بهتر؛ چالش حل تعارض اخلاقی با طرح موضوع در قالب داستان؛ تکلیف.
جلسه چهارم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی (غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی)؛ تکلیف.
جلسه پنجم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن؛ آموزش ارتقای 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 انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با پنج بُعد رضایت از زندگی و کاهش عاطفه منفی؛ مروری بر الگوی پنجگانه «رضایت»؛ تکلیف.
جلسه هفتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ آشنایی اعضا با پنج بُعد رضایت از زندگی و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی، آموزش فنون تغییر اهداف؛ آموزش فنون تغییر اولویت‌ها؛ تکلیف.
جلسه هشتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام‌شده؛ 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 (۱۳۹۵) بود. در الگوی «کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی»، با تغییر نگرش‌های فرد با جهت‌گیری توحیدی، تغییر در معیارهای زندگی در هر حوزه از زندگی با جهت‌گیری توحیدی، تغییر اولویت‌های فرد در زندگی و اتخاذ اولویت‌های توحیدی و تمرکز توجه بر حوزه‌های مغفول زندگی و در نهایت، هماهنگ‌سازی آنها با واقعیت‌های توحیدی، زمینه ارتقای کیفیت زندگی، رضایتمندی و شادکامی فرد فراهم می‌گردد (سیفی و همکاران، ۱۳۹۵). در جدول (۲) جلسات بسته آموزشی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (سیفی و همکاران، ۱۳۹۵) به اجمال ارائه شده است:

جدول ۲: محتوای جلسات کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی (سیفی و همکاران، ۱۳۹۵)

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

یافته‌های پژوهش

همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، در گروه «آزمایش کیفیت زندگی» فریش ۳ تن (۶/۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیردیپلم، ۳ تن (۶/۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۶ تن (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و ۳ تن (۶/۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی بالاتر از کارشناسی بودند. همچنین در گروه آزمایش «کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» ۳ تن (۶/۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیردیپلم، ۶ تن (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۶ تن (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و ۱ تن (۲/۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی بالاتر از کارشناسی بودند. همچنین در گروه گواه ۶ تن (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و زیردیپلم، ۴ تن (۸/۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۳ تن (۶/۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و ۲ تن (۴/۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی بالاتر از کارشناسی بودند.

جدول ۳: فراوانی و درصد فراوانی سطح تحصیلات مراقبان گروه‌های نمونه پژوهش

تحصیلات مراقبان	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
زیر دیپلم و دیپلم	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۳	۶/۵
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۳	۶/۵
	گروه گواه	۶	۱۳
فوق دیپلم	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۳	۶/۵
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۶	۱۳
	گروه گواه	۴	۸/۷
کارشناسی	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۶	۱۳
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۶	۱۳
	گروه گواه	۳	۶/۵
بالاتر از کارشناسی	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۳	۶/۵
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۲	۲/۲
	گروه گواه	۲	۴/۳

همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش «آموزش کیفیت زندگی» فریش ۲ تن (۴/۳ درصد) دارای سن زیر ۲۵ سال، ۴ تن (۸/۷ درصد) دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۲ تن (۴/۳ درصد) دارای سن بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۷ تن (۱۵/۲ درصد) دارای سن بالاتر از ۴۶ سال بودند.

همچنین در گروه آزمایش «کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» ۵ تن (۱۰/۹ درصد) دارای سن زیر ۲۵ سال، ۲ تن (۴/۳ درصد) دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۳ تن (۶/۵ درصد) دارای سن بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۶ تن (۱۳ درصد) دارای سن بالاتر از ۴۶ سال بودند. همچنین در گروه گواه ۴ تن (۸/۷ درصد) دارای سن زیر ۲۵ سال، ۴ تن (۸/۷ درصد) دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۷ تن (۱۵/۲ درصد) دارای سن بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱۸ تن (۳۹/۱ درصد) دارای سن بالاتر از ۴۶ سال بودند.

جدول ۴: فراوانی و درصد فراوانی سطح سن مراقبان گروه‌های نمونه پژوهش

سن مراقبان	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
زیر ۲۵ سال	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۲	۴/۳
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۵	۱۰/۹
	گروه گواه	۴	۸/۷
بین ۲۶ تا ۳۵ سال	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۴	۸/۷
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۲	۴/۳
	گروه گواه	۴	۸/۷
بین ۳۶ تا ۴۵ سال	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۲	۴/۳
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۳	۶/۵
	گروه گواه	۲	۴/۳
بالتر از ۴۶ سال	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۷	۱۵/۲
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۶	۱۳
	گروه گواه	۵	۱۰/۹

همان‌گونه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش «آموزش کیفیت زندگی» فریش ۷ تن (۱۵/۲) درصد مرد و ۸ تن (۱۷/۴) درصد زن بودند. همچنین در گروه آزمایش «کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» ۹ تن (۱۹/۶) درصد مرد و ۷ تن (۱۵/۲) درصد زن بودند. همچنین در گروه گواه ۶ تن (۱۳) درصد مرد و ۹ تن (۱۹/۶) درصد زن بودند.

جدول ۵: فراوانی و درصد فراوانی جنسیت مراقبان گروه‌های نمونه پژوهش

جنسیت مراقبان	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۷	۱۵/۲
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۹	۱۹/۶
	گروه گواه	۶	۱۳
زن	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۸	۱۷/۴
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۷	۱۵/۲
	گروه گواه	۹	۱۹/۶

در جدول (۶) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است.

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مؤلفه‌ها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۷۹/۰۱	۵/۶۱	۹۶/۱۳	۱۱/۲۹	۸/۲۱	۹۵/۸۷	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	رفتارهای جامعه‌پسند
۷۸/۳۸	۴/۸۹	۱۰۸/۳۸	۱۵/۶۲	۱۱/۰۴	۱۰۷/۶۲	گروه آزمایش آموزش آموزه‌های اسلامی	
۸۱/۰۷	۶/۹۹	۸۱/۳۳	۹/۶۱	۵/۶۳	۸۱/۸۷	گروه کنترل	
۵۷/۶۰	۲/۵۵	۷۳/۲۰	۴/۴۱	۵/۷۱	۷۰/۴۷	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	تاب‌آوری
۵۶/۳۱	۴/۰۹	۸۵/۰۶	۵/۶۳	۴/۵۹	۸۰/۸۸	گروه آزمایش آموزش آموزه‌های اسلامی	
۵۷/۲۰	۳/۳۷	۵۶/۶۷	۳/۲۴	۴/۹۸	۵۵/۴۰	گروه کنترل	

به منظور بررسی فرضیه «آموزش کیفیت زندگی بر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری در مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیا اثرگذار است»، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به‌کارگیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروض‌های آن بررسی گردید. بدین‌منظور آزمون کالموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی متعادل بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد. همان‌گونه که در جدول (۷) نشان داده شده، نتایج معنادار نیست و متعادل بودن داده‌های پژوهش برقرار است:

جدول ۷: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف درباره متعادل بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	آماره	معناداری
پیش‌آزمون رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	۰/۶۳	۰/۸۲
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۵۶	۰/۹۱
	گروه گواه	۰/۷۲	۰/۶۶
پس‌آزمون رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	۰/۵۵	۰/۹۲
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۴۶	۰/۹۸
	گروه گواه	۰/۸۸	۰/۴۲
پیش‌گیری رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	۰/۶۲	۰/۸۳
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۵۲	۰/۹۵
	گروه گواه	۰/۶۳	۰/۸۱
پیش‌آزمون تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	۰/۵۵	۰/۹۲
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۸۶	۰/۴۵
	گروه گواه	۰/۹۷	۰/۲۹
پس‌آزمون تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	۰/۶۲	۰/۸۳
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۰/۷۳	۰/۶۵
	گروه گواه	۰/۵۹	۰/۸۷
پیش‌گیری تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریض	۰/۶۲	۰/۸۴
	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 معنادار نبود و نشان داد که همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است (جدول ۸):

جدول ۸: 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
	گروه گواه	۳/۱۷	۲	۴۳	۰/۰۵۲
تاب‌آوری	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۱/۳۹	۲	۴۳	۰/۳۱۸
	گروه آزمایش آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی	۲/۳۶	۲	۴۳	۰/۱۰۶
	گروه گواه	۰/۱۲	۲	۴۳	۰/۸۸۴

همچنین آزمون باکس به منظور بررسی برابری کوواریانس‌های متغیر وابسته اجرا شد که نتایج معنادار نبود. بنابراین بعد از برقراری مفروضه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری برای مقایسه تأثیر آموزش «کیفیت زندگی فریش و کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری استفاده گردید.

برای 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 تحت آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون موجلی در جدول (۹) نشان می‌دهد پیش فرض کرویت که از پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است، بر آورده شده است.

جدول ۹: جدول موجلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها

متغیر	آزمون موجلی	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 جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول (۱۰) نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنیا فارغ از تأثیر گروه‌بندی، طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده است که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به‌شمار می‌رود. از سوی دیگر 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 تأثیر معناداری داشته است؛ بدین معنا که «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» در مقایسه با گروه گواه دارای یک اثر معنادار بوده است. اما در نهایت سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به‌مثابه مهم‌ترین یافته جدول مزبور حاکی از آن است که «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی داشته است.

همچنین نتایج نشان داد ۲۴ درصد از تغییرات رفتارهای جامعه‌پسند و ۴۱ درصد از تغییرات تاب‌آوری مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. در ادامه ابتدا گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته پژوهش با همدیگر مقایسه می‌شود.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی تأثیر 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 مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۰/۹۸	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۰۴۹	۷۶۸/۶۷	۲	۱۵۳۷/۳۵	مراحل	رفتارهای جامعه‌پسند
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۳۳/۴۷	۱۷۸۶/۶۷	۱	۱۷۸۶/۶۷	گروه‌بندی	
۰/۹۷	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۶۷۹/۰۷	۲	۱۳۵۸/۱۵	تعامل زمان و گروه‌بندی	
				۷۲/۲۳	۵۶	۴۱۰۱/۱۵	خطا	
۰/۹۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۰۴ ۱۵	۴۵۶/۸۴	۲	۹۱۳/۶۸	مراحل	تاب‌آوری
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۱	۴۶/۲۴	۲۵۶۰/۰۱	۱	۲۵۶۰/۰۱	گروه‌بندی	
۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱۹/۶۱	۵۹۶/۹۳	۲	۱۱۹۳/۸۶	تعامل زمان و گروه‌بندی	
				۳۰/۴۴	۵۶	۱۷۰۵/۱۱	خطا	

همان‌گونه که نتایج جدول (۱۱) 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 بیش از اثربخشی «آموزش 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 بود.

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 بدان معناست که میزان اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر میزان رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی بیش از اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش بوده است.

تفاوت گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) با گروه گواه نیز معنادار بود. در یک جمع‌بندی می‌توان این‌گونه بیان کرد: روش گروه «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر میزان تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی تأثیر معناداری دارد.

میزان اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر میزان تاب‌آوری و رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی نیز بیش از اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش بوده است.

جدول ۱۱: آزمون بونفرونی برای بررسی تفاوت‌های دو به دو برای مقایسه اثر گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

مقدار معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	متغیرهای پژوهش مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه	
۰/۰۰۱	۱/۴۹	-۶/۹۹	آموزش کیفیت زندگی فریش با گروه گواه	تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۱/۵۲	۱۰/۶۶	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۲/۱۳	۷/۹۹	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با فریش	
۰/۰۰۱	۲/۰۹	۸/۹۱	آموزش کیفیت زندگی فریش با گروه گواه	رفتارهای جامعه‌پسند
۰/۰۰۱	۲/۰۸	۱۶/۷۰	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۲/۰۶	۷/۷۹	آموزش کیفیت آموزه‌های اسلامی با فریش	

نتایج پژوهش حاضر نشان داد 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 بیش از «آموزش کیفیت زندگی» فریش بود.

در زمینه اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «آموزش 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 به صورت تلویحی با نتایج پژوهش‌های محمدی و همکاران (۱۳۹۰) و سین و لیوبومیرسکی (۲۰۰۹) همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: آموزش کیفیت زندگی را می‌توان آموزش مبتنی بر تقویت همه ابعاد زندگی دانست که به لحاظ ماهیت امید، انعطاف، مقاومت، پشتکار، خوش‌بینی، همون دوستی و کمک‌رسانی در زندگی

اجتماعی را بر نظام باوری، شناختی و در نهایت، رفتاری افراد مسلط نموده و از این طریق رفتارهای سازگار و مورد پسند جامعه را افزایش داده است و موجب افزایش رضایتمندی افراد در زندگی خود به علت انجام این رفتارهای نوع‌دوستانه خواهد شد.

چنین نقشی در آموزش کیفیت زندگی از سازگار تقویت افراد از خود و جهان پیرامون نشئت 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 نگریسته، از آن طریق موجب تقویت رفتارهای بشردوستانه و رفتارهای جامعه‌پسند شوند. 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 که به انسان‌ها کمک کند تا رویه‌ها و باورهای مثبت‌تری را برای زندگی در پیش بگیرند (فریض، ۲۰۰۶).

از این نظریه می‌توان استنباط کرد که آموزش کیفیت زندگی این امکان را برای فراگیران و آموزش‌گیرندگان فراهم می‌کند تا افراد جهت‌گیری مثبت‌تری نسبت به افراد پیرامون خود در زندگی در پیش بگیرند و در نهایت، رفتارهای کمک‌رسانی و نوع‌دوستانه بیشتری نسبت به آنها نشان دهند. به عبارت دیگر، مراقبان اصلی بیماران مزمن روانی (از جمله اسکیزوفرنیا) که بار و فشار مراقبتی فراوانی را متحمل می‌شوند، در پی آموزش کیفیت زندگی به سبب فراگیری و درونی کردن محورها و اصول کیفیت زندگی، رفتارهای جامعه‌پسند بیشتری از خود نشان دادند.

همچنین در تبیین یافته این پژوهش مبنی بر میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مؤثرتر نسبت به آموزش گروهی کیفیت زندگی فریض بر رفتارهای جامعه‌پسند و خرده‌مقیاس‌های آن (کمک‌رسانی و هم‌حسی جهت‌گیری شده) در مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیایی، می‌توان گفت: 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 می‌دهد.

درواقع، فرهنگ مجموعه یکپارچه 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. بیشتر 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 (استلار و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین آموزش‌دهندگان باید ویژگی‌های فرهنگی مراجعان را در فرایند آموزش مدنظر قرار دهند و رابطه آموزشی را مطابق با نیازهای فردی و ترجیحات فرهنگی افراد تنظیم نمایند. به همین سبب در رویکرد «آموزش

گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» که 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 جهت‌گیری‌شده) تبیین نموده است. به عبارت دقیق‌تر، به علت آنکه رویکرد «آموزش گروهی کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بخش اساسی و جامعه‌گستر وجودی افراد را هدف آموزش قرار داده، بنابراین افزایش میزان رفتارهای جامعه‌پسند و خرده‌مقیاس آن (کمک‌رسانی و هم‌حسی جهت‌گیری‌شده) که بخش مهمی از آموزه‌های دینی - اسلامی است، منطقی به نظر می‌رسد.

در زمینه اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش و «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» بر تاب‌آوری، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ایبرسن و همکاران (۲۰۱۷)، صفاری‌نیا و همکاران (۱۳۹۴) و کرمی و همکاران (۱۳۹۱) همسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: افراد تاب‌آور از احساس کارآمدی و اعتماد به نفسی 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 می‌توانند در آن کندوکاو کنند، آن را تغییر دهند، تحمل نمایند، 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 موجب افزایش مقابله مطلوب و مؤثر در فرد می‌شود، جهت‌گیری او به زندگی را مثبت می‌کند و در نتیجه، شادکامی را در او افزایش می‌دهد (جانسون و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع، «شادکامی» یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است. آنان با مسائل و مشکلات زندگی با دیدی 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 (ایبرسون و همکاران، ۲۰۱۷).

کیفیت زندگی معیار اندازه‌گیری بهترین نیرو در فرد است. این نیرو برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با چالش‌های موجود به مصرف می‌رسد و در نهایت، این سازگاری موجب 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 فنون استفاده‌شده در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، فرد را در جهت رضایتمندی و شادکامی سوق می‌دهد و بالا رفتن رضایت از زندگی و شادکامی افزایش توان مقابله در برابر مشکلات را به دنبال دارد و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد.

همچنین در تبیین یافته این 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 به‌غرایز فردی، تحمل عاطفی منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن‌گواه، و تأثیرات معنوی) در مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنیا بوده است. بدین‌رو می‌توان گفت: «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 و ایمان، صبر و تحمل افراد در برابر مشکلات را افزایش داده، 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 (گارسیا و ریملی، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر معنویت امکان تفسیر مجدد رویدادهای گواه‌ناپذیر را فراهم می‌سازد و در نتیجه، رویدادها کم‌استرس‌تر و گواه‌پذیرتر به نظر می‌رسند. نیز نسبت دادن رویدادهای منفی به عوامل خارج از گواه فرد منجر به ایجاد سبک خوش‌بینانه‌ای می‌شود. ارتباطات فرامعنوی (یعنی به قدرت بزرگی ایمان داشتن) عامل حمایتی فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری به‌شمار می‌آید و اعتقادات مذهبی به‌مثابه تکیه‌گاه و پشتیبان برای سازگاری بیشتر فرد عمل می‌کند.

معنویت عامل کلیدی برای پرورش تاب‌آوری به‌شمار آمده است. ایمان موجود در معنویت می‌تواند یک روش محافظتی در برابر شدت آسیب عمل بوده، آن را گواه کند (سلیگمن، ۲۰۱۹). از طریق مذهب است که انسان درمی‌یابد بین او و وجود متعالی و برتر مطلق، رابطه وجود دارد و این رابطه، یا از راه قلب، یا از راه عقل و یا با اجرای مراسم و اعمال مذهبی برقرار می‌شود.

فعالیت‌های دینی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم پیش‌بینی‌کننده سرسختی و تاب‌آوری است. همچنین افراد تاب‌آور 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 (جمدال و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین مذهب و معنویت منابع مهمی برای 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 در نهایت، تاب‌آوری شرکت‌کنندگان افزایش یابد. راهبردهای «خبرباوری»، «انس با خدا»، «خشنودی پروردگار»، «اصلاح اسنادها»، «واقعیت‌شناسی دنیا»، «مدیریت مقایسه‌ها» و رسیدن به «نظام ارزیابی خیرگرا» در جهت رسیدن به این هدف مؤثر بود. با توجه به توضیحات مزبور، می‌توان انتظار داشت برنامه‌ای که با فرهنگ دینی ما سنخیت بیشتری داشته باشد، مؤثرتر و کارا تر در جهت افزایش میزان تاب‌آوری افراد عمل نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

دین برنامه‌ای جامع و مدون برای بهبود کیفیت زندگی براساس زندگی فردی و جمعی با توجه به نیازهای احساسی، هیجانی و عوامل درونی انسان و نیز از منظر روابط بین فرد و اجتماع، مفهوم‌سازی و سازمان‌دهی کرده است. «کیفیت زندگی» از منظر اسلام، شناخت صحیح خود، داشتن تفکر متعالی و ارتباط صحیح با مبدأ هستی، با حفظ هماهنگی اجتماعی - اخلاقی و سعی در کاهش عواطف منفی در بشر و حرکت به سوی کمال همراه است.

با این نگرش در کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، مراقبان بیماران اسکیزوفرنی راهنمایی شدند تا ارزیابی شناختی مجددی از زندگی داشته باشند و با برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی، بُعد عاطفی زندگی خود را بهبود بخشند و رضایتمندی خود از زندگی را بالا ببرند و تمرین‌های رفتاری، تغییرات شناختی و هیجانی را در عمل تجربه کنند. به آنها با رویکرد شناختی اسلامی با تأکید بر معنا و هدف در زندگی آموخته شد که زندگی ارزشمند و هدفمند می‌تواند بازتعریف شود و لازم است که آنها استانداردها و اولویت‌های جدیدی داشته باشند و بایدهای جدیدی را برای خود خلق کنند و با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد، با این بایدها و استانداردهای جدید و رشد همه ابعاد زندگی، میزان رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری را بهبود بخشند.

به لحاظ نظری، پژوهش حاضر تلویحات متعددی را به دنبال دارد:

اول. این پژوهش شواهدی را در خصوص اثربخشی «آموزش کیفیت زندگی» فریش (۲۰۰۶) و «آموزش کیفیت زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» (سیفی و همکاران، ۱۳۹۵) که همچنان از الگوهای مطرح در زمینه کیفیت زندگی هستند، فراهم نمود.

دوم. با نشان دادن نقش آموزش کیفیت زندگی در رفتارهای جامعه‌پسند و تاب‌آوری، شکاف موجود در زمینه استفاده از این آموزش‌ها را در مراقبان بیماران مزمن روانی (از جمله اسکیزوفرنیا) مدنظر 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 الگوها (به‌ویژه 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 برای آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی کیفیت زندگی و اینکه چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح‌شده در این الگوها بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمند شدن فراگیران کمک شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد این مطالعه به مراقبان 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 مطالعه نشده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری آموزش کیفیت زندگی (فریش و مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) در بین مراقبان (زن و مرد) پرداخته شود.

منابع

- پسندیده، عباس و دیگران، ۱۳۹۱، «پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۴، ص ۸۵-۱۰۴.
- جدیدی، علی و دیگران، ۱۳۹۰، «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک»، *پرستاری ایران*، دوره بیست و چهارم، ش ۷۲، ص ۴۸-۵۶.
- جعفری، محمدتقی، ۱۳۶۸، *ترجمه و تفسیر نهج البلاغه*، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- خبرگزاری مهر، ۱۳۹۷، <https://www.mehrnews.com/news/4557299/>
- دردرگر، خدیجه و محمدمهدی صفورایی پاریزی، ۱۳۹۷، «رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، سال یازدهم، ش ۴، ص ۱-۱۰.
- سیفی گندمانی، محمدیاسین و همکاران، ۱۳۹۵، «الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، سال نهم، ش ۱، ص ۵۱-۶۸.
- صفاری‌نیا، مجید و همکاران، ۱۳۹۳، «تأثیر مؤلفه‌های شخصیت جامعه‌پسند و خودشیفتگی بر بهزیستی اجتماعی در ساکنان شهر تهران»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، دوره ۱۵، ش ۳، ص ۳۵-۴۴.
- صفاری‌نیا، مجید و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی‌کننده‌های شخصیتی و خلقی جامعه‌پسندی»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، دوره پنجم، ش ۲، ص ۲۵۵-۲۷۱.
- کریمی، جهانگیر و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تاب‌آوری و امیدواری در دانشجویان دانشگاه رازی»، *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۴۳-۲۵۵.
- محمدی، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی»، *حکیم*، دوره چهاردهم، ش ۳، ص ۱۴۴-۱۵۰.
- محمدی، مسلم، ۱۳۸۶، *عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در معرض خطر*، رساله دکتری روانشناسی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- Bonanno, G, 2004, "Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?", *Journal of American psychologist*, N. 59(1), p. 20-29.
- Brittian, A, Humphries, M, 2015, "Prosocial behavior during adolescence", in James D. Wright (editor-in-chief), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Oxford, Elsevier.
- Clark, C, et al., 2015, "the role of parenting in relational aggression and prosocial behavior among emerging adults", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, N. 24(2), p. 185-202.
- Conner, M, Davidson, J, 2003, "Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson Resilience Scale (CD_RISC)", *Journal of Depression and Anxiety*, N. 18, p. 76-82.
- Ebersohn, L, et al, 2017, "Analysing risk and resilience in the first sand tray of youth at a rural school", *The Arts in Psychotherapy*, N. 2 (3), p. 16-25.
- Eisenberg, N, 2013, "Prosocial development", in P. D.Zelazo (Ed.), *The Oxford handbook of developmental psychology. Self and Other*, New York, NY, Oxford University Press.
- 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.

- Friborg, O, et al, 2006, "Resilience as a moderator of pain and stress", *Journal of Psychosomatic Research*, N. 61(2), p. 213-219.
- Frisch, M, 2006, *Finding happiness with Quality of Life Therapy: A positive psychology approach*, John Wiley & Sons.
- Garcia, D, Rime, B, 2019, "Collective Emotions and Social Resilience in the Digital Traces after a Terrorist Attack", *Journal of Psychological Science*, N. 30(4), p. 617-628.
- Huguelet, P, Koenig, H, 2009, *Religion and spirituality in psychiatry*, Cambridge University Press.
- Jemdal, O, et al. 2015, "the cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil", *BMC Psychology*, N. 3, p. 18-26.
- Johnson, P, et al, 2018, "Resilience in wives of persons with alcoholism: An Indian exploration", *Indian Journal Psychiatry*, N. 60, p. 84-89.
- Lamond, A, 2009, "Measurement and predictors of resilience among community dwelling older women", *Journal of psychiatric Research*, N. 43, p. 148-156.
- 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.
- Neong, S, & Rashid, A, 2018, "Quality of life of caregivers of patients with psychiatric illness in Penang", *Journal Clinical Psychiatry College Psychology*, N. 2(1), p. 12-18.
- Penner, P, 2002, "Measuring the Prosocial Personality", *Journal of dvances in personality assessment*, N. 10, p. 1-15.
- Roberts, W, et al, 2014, "Empathy, anger, guilt: Emotions and prosocial behavior", *Canadian Journal of Behavioural Science*, N. 46(4), p. 465-474.
- Seligman, M, 2019, "Positive Psychology: A Personal History", *Annual Review of Clinical Psychology*, N. 15, p. 1-23.
- Sin, & Lyubomirsky, S, 2009, "Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis", *Journal of clinical psychology*, N. 65(5), p. 467-487.
- Sreekumar, S, et al, 2016, "Factors associated with resilience in wives of individuals with alcohol dependence syndrome", *Indian Journal Psychiatry*, N. 58, p. 307-310.
- Stellar, J, 2017, "Self-transcendent emotions and their social functions: Compassion, gratitude, and awe bind us to others through prosociality", *Emotion Review*, N. 9(3), p. 200-207.
- 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*, N. 257, p. 297-306.
- Thompson, N, et al, 2003, "Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury", *Rehabilitation Psychology*, N. 48(2), p. 100-108.
- Troup, G, 2019, "The factor structure of the Quality of Life Inventory (QOLI) following traumatic brain injury", *Neuropsychology Rehabilitees*, N. 8, p. 1-21.
- Voss, C, Tasmania, C, 2011, Hope, "Empowerment, Resilience and Outcomes for Carers", *The Carers NSW Biennial Conference: H.E.R.O.*
- Zauszniewski, J, 2010, "Resilience in family members of persons with serious mental illness", *Journal of Nurse Clinical North American*, N. 45(4), p. 613-26.