

مقایسه اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل با روان‌درمانی مثبت‌گرایی بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی رضایت‌مندی از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران

A Comparison of the Effectiveness of Positive Psychotherapy with Islamic approach based on Balance Selection on Quality of Life, Happiness, Life Satisfaction of Women Referred to Counseling Centers of Tehran

منیره کردلو^۱، دکتر باقر ثنائی ذاکر،

چکیده:

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام روانشناسی شهر تهران انجام شد. در این پژوهش تعداد ۴۲ آزمودنی زن متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام روانشناسی به روش تصادفی انتخاب گردیدند و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۴ نفره قرار گرفتند و سه پرسشنامه رضایت از زندگی SWLS، پرسشنامه آزمون کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه شادکامی آکسفورد به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون قبل و بعد از مداخله به مراجعین داده شد. گروه کنترل فقط پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدون هیچ مداخله‌ای بودند؛ گروه‌های آزمایشی با روش مثبت‌گرا و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل در ۱۲ جلسه مورد آموزش قرار گرفتند. بعد از چند ماه آزمون‌ها به منظور بررسی پایایی درمان بر دو گروه آزمایشی تکرار شد. نتایج مقایسه‌های حاکی از آن بود که روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری موجب افزایش نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس‌های کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی شد. شرکت‌کنندگان گروه رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل در مقایسه با گروه کنترل نیز افزایش معناداری در نمرات مقیاس‌های کیفیت زندگی و شادکامی نشان دادند. در رابطه با متغیر رضایت‌مندی تفاوت معناداری میان نمرات شرکت‌کنندگان گروه رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل و کنترل در پی‌گیری مشاهده شد و نمرات رضایت‌مندی زنان گروه رویکرد اسلامی از پس‌آزمون به پیگیری افزایش چشمگیری داشت.

کلیدواژه‌ها: روانشناسی مثبت‌گرا، رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادکامی

The purpose of this study is to compare the effectiveness of Positive Psychotherapy with Islamic approach based on Balance Selection on Quality of Life, Happiness, Life Satisfaction of women referred to counseling centers of Tehran psychological organizations. In this study, 42 subjects of married women referring to counseling centers of the Psychological Organization were randomly selected and divided into three groups of 14 each. The three questionnaires were SWLS for life satisfaction, SF-36 for quality of life, and Oxford questionnaire was given to the clients as pre-test and post-test. The control group received only pre-test and post-test without any intervention; the experimental groups were trained in a 12-session positive-balance method using an Islamic approach based on balance selection. After a few months, tests were repeated in two experimental groups to evaluate the reliability of treatment.

The results of the comparisons indicated that the psychotherapy based on the positivist approach compared with the control group significantly increased the participants' scores on the scales of quality of life, happiness and satisfaction. Participants of the Islamic approach based on balance selection compared with the control group also showed a significant increase in scores of Quality of Life (p and happiness). There was a significant difference between the scores of the participants in the Islamic approach group based on the balance selection, and control in the follow-up and the satisfaction scores of the women in the Islamic approach group from the post-test to the follow-up significantly increased.

Keyword: Positive Psychology, Islamic Approach Based on Balance Selection, Quality of Life, Life Satisfaction, Happiness and Married Women

^۱دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال ۰۹۱۲۲۰۷۹۸۶۹ و ۰۲۱۳۳۸۰۱۹۶۱ و ایمیل mkordloo@gmail.com

مقدمه

امروزه رویکردهای مختلف درمانی برای درمان مراجعین وجود دارد. وجود رویکردی که هم بر جنبه‌های روانکاوانه توجه داشته باشد، هم بر جنبه‌های درمان رفتاری تأکید داشته باشد مغفول بوده است. رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر هر دو جنبه روانکاوانه و رفتاری تأکید دارد لذا با استفاده از مبانی اسلام به تبیین این رویکرد پرداخته شده است. این رویکرد از سویی رویکردی روانکاوانه است و از سویی دیگر به رفتارهای اینجا و اکنون توجه دارد. به‌وسیله این رویکرد درمانگران برای درمان مراجعین حق انتخاب خواهند داشت که سمت و سوی درمان را در کدام بخش پررنگ تر نمایند، زیرا تلفیق رویکردهای روانکاوانه و درمان اینجا و اکنون فرصتی است برای درمانگران که بتوانند بنا بر شخصیت خود، شخصیت مراجع و مشکلات مراجع تأکید خود را بر ریشه‌های رفتار و یا رفتار کنونی متمرکز نمایند. از سوی دیگر جای خالی رویکردی که به جنبه‌های زیستی، انگیزشی، رفتاری و شناختی توجه داشته باشد احساس می‌شود. این رویکرد با استناد به مبانی دین مبین اسلام تمام جوانب فوق مد نظر قرار گرفته است. در این رویکرد به نقش محیط، تربیت، یادگیری، انتخاب امور و عوامل ناخودآگاه توأمان توجه شده است. در رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل با افزایش تعادل در انتخاب‌ها به مراجع کمک می‌شود تا کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادکامی خود را افزایش دهند.

در دیدگاه رویکرد انتخاب تعادل با استفاده از مبانی اسلام به بخشی از ساختار انسان پرداخته شده است که به ریشه شکل‌گیری رفتار اشاره دارد. به‌عنوان نمونه در آیات قرآن کریم اشاره شده است که انسان حریص آفریده شده است (معراج ۱۹)؛ یعنی حرص از ویژگی‌های سرشتی و ذاتی بشری است که هنگام شکل‌گیری رفتار بروز و ظهور پیدا می‌کند، حال آنکه انسان نسبت به آن هشیاری ندارد یا در آیه ۲۲۴ سوره ذاریات می‌فرماید: انسان از عجله آفریده شده است یا در سوره علق آیه ۶ می‌فرماید: انسان سرکشی می‌کند (سرکش آفریده شده). این‌ها سلسله ویژگی‌های ذاتی است که پروردگار عالمیان به‌عنوان آفریده این موجود پیچیده از آن پرده برمی‌دارد. از دیدگاه رویکرد انتخاب تعادل رسالت مغز اولیه دفع ضرر و جلب منفعت است که بالقوه در انسان وجود دارد، سوره اسرا آیه ۱۱ به این موضوع اشاره دارد. "انسان با شوق و رغبتی که خیر و منفعت خود را می‌جوید (چپ‌بسا به نادانی) با همان شوق و رغبت شر و زیان خود را می‌طلبد و انسان بسیار بی‌صبر و شتاب کار است". این آیه گواه بر این است که انسان رفتار را برای جلب منافع و دفع عوامل بازدارنده انجام می‌دهد. این دو قوه به‌وسیله نظام‌های درونی بکار برده می‌شود.

بر اساس آیات قرآن عالم هستی بر اساس اعتدال و موازنه سامان‌یافته و آفریده شده است. با نگاهی به آیات می‌توان به حقانیت این ادعا پی برد. "و از نشانه‌های [قدرت] او آفرینش آسمان‌ها و زمین و اختلاف زبان‌های شما و رنگ‌های شماست قطعاً در این امر نیز [برای دانشوران نشانه‌هایی است] (سوره روم، آیه ۲۲). مراد از قیام آسمان و زمین در کلمه قیام که لفظ (تقوم) م‌ضارع آن است به معنای ایستادن و در مقابل قعود است که به معنای نشستن است و چون معتدل‌ترین حالات آدمی که در آن بر همه کارهایش م‌سلط است، حالت ایستادگی است، لذا در عرب وقتی بخواهند از ثبوت و استقرار چیزی بر معتدل‌ترین حالتش خبر دهند، تعبیر به قیام آن چیز می‌کنند (پایگاه جامع قرآن کریم، تفسیر المیزان آیه ۲۲ روم). از سویی دیگر خداوند در آیه ۲ سوره اعلی می‌فرماید: "همان‌که آفرید و هماهنگی بخشید". (خلقت هر چیزی) به معنای گردآوری اجزای آن است و (تسویه‌اش) به معنای روی هم نهادن آن اجزا به نحوی است که هر جزئی درجایی قرار گیرد که جایی بهتر از آن برایش تصور نشود و علاوه بر آنجایی قرار گیرد که اثر مطلوب را از هر جای دیگری بهتر بدهد، مثلاً در مورد انسان چشم را درجایی و گوش را درجایی و هر عضو دیگر را درجایی قرار دهد که بهتر از آن تصور نشود و حقتش ادا شود. و این دو کلمه یعنی (خلقت) و (تسویه) هرچند در آیه شریفه

مطلق آمده، لیکن تنها شامل مخلوقات می‌شود که یا در آن ترکیب باشد و یا شائبه‌ای از ترکیب داشته باشد (پایگاه جامع قرآن کریم، تفسیر المیزان، سوره روم، آیه ۲۲).

قرآن کریم می‌فرماید که آفرینش موجودات به صورت معتدل از سوی خداوند انجام گرفته است و همین اعتدال در آفرینش آسمان و زمین "اوست آن کسی که آنچه در زمین است همه را برای شما آفرید سپس به [آفرینش] آسمان پرداخت و هفت آسمان را استوار کرد و او به هر چیزی داناست". این آیات دلالت می‌کند بر اینکه انسان جزئی از اجزاء کره زمین است و از آن جدا نمی‌شود و مابین آن نیست، چیزی که هست از همین زمین نشو نموده، شروع به تطور نموده، مراحل خود را طی می‌کند تا می‌رسد به آنجائی که خلقتی غیر زمین و غیرمادی می‌شود و این موجود غیرمادی عیناً همان است که از زمین نشو کرد و خلقتی دیگر شد و به این کمال جدید تکامل یافت، آنگاه وقتی به این مرحله رسید فرشته مرگ او را از بدنش می‌گیرد و بدون کم‌وکاست می‌گیرد و سپس این موجود به سوی خدای سبحان برمی‌گردد، این صراط و راه هستی انسان است. چیزی که هست، اثر انسان در سایر موجودات بیشتر و دامنه تأثیرش در آن‌ها وسیع‌تر است. انسان برای هر غرضی که دارد از هر چیزی استفاده می‌کند و آن را به خدمت خود می‌گیرد و لایزال گذشت زمان هم این موجود عجیب را در تکثیر تصرفات و عمیق‌تر ساختن نظریه‌هایش تأیید می‌کند تا آنکه خداوند با کلمات خود حق را محقق سازد و صدق کلام عزیزش را که فرمود: (برای شما آنچه در آسمان‌ها و آنچه در زمین است مسخر کرد، درحالی‌که همه‌اش از اوست)، نشان دهد و همچنین صدق آن گفتار دیگرش را، که فرمود: (سپس به آسمان بپرداخت)، چون با در نظر گرفتن اینکه این کلام در مقام امتنان است، از آن برمی‌آید که استواء خدا بر آسمان نیز برای انسان بوده و اگر آن را هفت آسمان قرار داد، نیز به خاطر این موجود دردانه بوده است پس صراط انسان در مسیر وجودش را فهمیدیم و این وسعت شعاع عمل انسان در تصرفاتش در عالم کون، همان است که خدای سبحان نیز آن را بیان نموده که از کجا آغاز می‌شود و به کجا ختم می‌گردد (همان منبع).

خداوند در آیاتی می‌فرماید که نفس انسانی را به حالت اعتدال آفریده و اجازه نداده تا بخشی از قوا بر بخشی دیگر چیره و غالب باشند " و سوگند می‌خورم به نفس و آن چیز نیرومند و دانا و حکیمی که آن را این چنین مرتب خلق کرد و اعضایش را منظم و قوایش را تعدیل کرد " و اگر کلمه (نفس) را نکره آورد ... به نظر ما بعید نیست برای این بوده باشد که اشاره کند به اینکه آن قدر این خلقت اهمیت دارد که قابل تعریف و توصیف نیست و اینکه این خلقت را خبری هست و مراد از (نفس)، نفس انسانی و جان همه انسان‌ها است ... ولی به دلایل درونی و بیرونی این مسیر منحرف می‌شود و نفس دچار افراط و تفریط شده و گرفتار فسق و کفر و فجور و اسراف اعتقادی و رفتاری و اقتصادی و مانند آن شده و از جاده عدالت و اعتدال به جاده ضلالت کشیده می‌شود (سوره شمس، آیات ۷ تا ۱۰ و آیات سوره بقره، آیه ۲۷۵ و سوره مائده، آیه ۷۷ نیز با مضامینی مشابه در این خصوص نازل شده است. خداوند در این آیه خود را ملتزم به بیان صراط مستقیم و راه میانه دانسته است. " و قرار دادن راه راست [برای هدایت بندگان به سوی سعادت ابدی] فقط بر عهده خداست و برخی از این راه‌ها کج و منحرف است [که حرکت در آن شمارا از سعادت ابدی محروم می‌کند] و اگر خدا می‌خواست همه شمارا [به‌طور اجبار] به راه راست هدایت می‌کرد " (سوره نحل، آیه ۹). کلمه قصد به‌طوری‌که راغب و غیر او گفته‌اند - به معنای استقامت راه است، یعنی راه آن‌طور مستقیم باشد که در رساندن سالک خود به هدف، قیوم و مسلط باشد، ... و بنابراین، معنای قصد السبیل، سبیل قاصد است، در مقابل قول خداوند که می‌فرماید: و منها جائز که جائز به معنای منحرف از هدف است و رهرو خود را به غیر هدف می‌رساند و از هدف گمراه می‌کند. مقصود از اینکه فرمود: بر خداست قصد سبیل، این است که بر خدا واجب است که سبیل قاصد و راه مستقیم را برای بندگان معین کند تا آن راه، ایشان را به سعادت و فلاح بکشاند و چون حاکمی غیر از خدا نیست که او را محکوم به این واجب کند، پس او خودش بر خود واجب کرده است که راهی برای بندگان خود قرار دهد و ایشان را به سوی خود هدایت کند و قرار هم داده، زیرا راه قرار دادنش همین است که انسان و بلکه هر موجودی را به قوا و ادواتی مجهز کرده که اگر درست به کارش بزنند او را به کمال مطلوب و سعادتش می‌رساند (همان منبع).

یا در آیه دیگر در خصوص راه مستقیم و معتدل می‌فرماید:

"ایا می‌خواهید از پیامبر خود همان پر سش ها را بکنید که در سابق از موسی کردند و کسی که کفر را با ایمان عوض کند براستی راه راست را گم کرده است" (سوره بقره، آیه ۱۰۸).

(سواء السبیل) کلمه سواء السبیل، بمعنای وسط راه است. از همین رو، دین اسلام به‌عنوان یک حقیقت از آغاز وحی تا فرجام آن، دینی معتدل بوده و در همه شرایع آسمانی نیز این اصل مراعات شده است. به‌عنوان نمونه حضرت ابراهیم علیه‌السلام آیین حنیف خود را به‌دوراز افراط و تفریط معرفی کرده. "و [اهل کتاب] گفتند یهودی یا مسیحی باشید تا هدایت یابید بگو نه بلکه [بر] آیین ابراهیم حق‌گرا [هستم] و وی از مشرکان نبود" (سوره بقره آیه ۱۳۵) این آیه جواب همان گفتار یهود و نصاری است، می‌فرماید: بگو بلکه ملت ابراهیم را پیروی می‌کنیم که فطری است و ملت واحده‌ای است که تمامی انبیاء شما از ابراهیم گرفته تا بعد از او همه بر آن ملت بودند و صاحب این ملت یعنی ابراهیم از مشرکین نبود و اگر در ملت او این انشعاب‌ها و ضمیمه‌هایی که اهل بدعت منظم به آن کردند و این اختلافها را راه انداختند، می‌بود، ابراهیم هم مشرک بود، چون چیزی که جزء دین خدا نیست هرگز به‌سوی خدای سبحان دعوت نمی‌کند، بلکه به‌سوی غیر خدا می‌خواند و این همان شرک است، درحالی‌که ملت ابراهیم دین توحیدی است که در آن هیچ حکمی و عقیده‌ای که از غیر خدا باشد، وجود ندارد. سوره آل عمران، آیه ۹۵. سوره نساء، آیه ۱۲۵ مضامینی مشابه موارد مطروحه دارد.

همچنین آیین موسی و مسیحی، آیینی معتدل و میانه است سوره مائده، آیه ۱۲ و سوره مائده، آیه ۵۹ و ۶۰ و ۷۷ نیز با مضامینی مشابه در این خصوص بحث می‌کند.

مؤمنان در اسلام مکلف شده‌اند تا همانند پیامبر صلی‌الله که موظف به اعتدال بود. پس آیا آن کس که نگونسار راه می‌پیماید هدایت یافته تر است یا آن کس که ایستاده بر راه راست می‌رود (سوره ملک آیه ۲۲) اعراف، آیه ۱۹۹. اسراء، آیه ۲۶ و اسراء، آیه ۲۹. مراعات اعتدال و میانه‌روی را بکنند و از هرگونه افراط و تفریط پرهیز نمایند. "و بدین گونه شما را امتی میانه قرار دادیم تا بر مردم گواه باشید و پیامبر بر شما گواه باشد...." (بقره، آیه ۱۴۳) از نظر اسلام اصولاً شاخص امت و ایمان آن است که افراد در همه حوزه‌ها و موضوعات اعتدال را مراعات کنند و از هرگونه افراط و تفریط در امان باشند. از همین رو شاخصه اسلام را در اعتدال دانسته و امت اسلام را امت میانه و معتدل معرفی می‌کند (همان منبع).

همان طور که اشاره شد انسان از بدو تولد دارای نظام‌های درونی است که نقش سازنده‌ای در تکوین شخصیت دارد. این قوا با تربیت والدینی و محیط می‌تواند به‌سوی تعادل و یا عدم تعادل پیش رود. تا اینجا نقش جبر کاملاً مشهود است. کودکی که با قوای درونی آفریده شده حال با تربیت والدین مسیری برای زندگی‌اش باز می‌شود. بعد از آن نقش محیط از جمله محیط تحصیل، محیط زندگی، دوستان و غیره در تکوین شخصیت اثرات زیادی را به وجود می‌آورد. آیا کار به اینجا ختم می‌شود؟ قطعاً کار به این مرحله ختم نمی‌شود. نقش فرد باوجود قوا و نظام‌های درونی و نیز نقش تربیت و محیط غیرقابل‌انکار است ولی تعیین‌کننده رفتار فرد نیست. انتخاب از این مرحله معنا پیدا می‌کند یا فرد کنترل خود را به عوامل فوق داده و با عادت‌های رفتاری عمل می‌کند و یا آنکه به‌وسیله خودسازی برای به تعادل رساندن نظام‌های درونی می‌پردازد. نظام‌های درونی شامل: عجب، خشم، ترس است که دفع ضرر می‌کند و حرص، عجله و میل (شهوت) که جلب منفعت می‌کند. این قوا در نظام‌های درونی می‌تواند در سه وضعیت اعتدال یا افراط و تفریط قرار گیرد.

این رویکرد با رویکرد مثبت‌گرایی شباهت زیادی دارد. در رویکرد انتخاب تعادل بر قوای ذاتی و صفات مثبت تأکید می‌شود، منتهی تفاوت افراد در نحوه به‌کارگیری این قواست که می‌تواند به وجه تعادل یا عدم آن بکار رود. در مثبت‌گرایی به توانمندی‌های بشری تأکید می‌شود، در این رویکرد به اسمای الهی توجه بسیار ویژه شده است "و همه نام‌ها را به آدم آموخت" (بقره/۳۱). اسمای الهی

شامل کلیه صفات الهی است که در انسان‌ها وجود دارد و تنها تفاوت آدمیان در میزان وجود این اسما و میزان بهره‌گیری انسان‌ها از آن‌هاست. برخی کمتر و برخی بیشتر از آن بهره می‌گیرند.

نظریه خلق‌وخوی گری (۲۰۰۰، ۱۹۹۱)، یکی از نظریه‌های رفتار است که به‌شدت با فیزیولوژی مرتبط هست. او در نظریه خود ابعادی اساسی از خلق‌وخو را معرفی می‌نماید که بر اساس ساختارهای فیزیولوژیک شکل می‌گیرند. در این الگو سه‌نظام اصلی در نظر گرفته شده است که هر یک از «دستگاه اعصاب مرکزی»^۲ (CNS) پستانداران مکانیسم‌های عصبی - زیستی مجزایی دارند. این سه‌نظام عبارت‌اند از «نظام بازداری رفتار»^۳ (BIS)، «نظام فعال‌سازی رفتار»^۴ (BAS) و «نظام جنگ / گریز»^۵ (FFS). گری چنین فرض کرد که تفاوت‌های افراد در نحوه عملکرد این نظام‌ها و تعاملات این سه‌نظام، به وجود آورنده خلق‌وخوی آن‌هاست (هیپونیمی و همکاران، ۲۰۰۳ به نقل از نظر بلند، رسول‌زاده طباطبایی و آزاد فلاح، ۱۳۸۶).

رویکرد انتخاب تعادل با تئوری انتخاب شباهت دارد. تئوری انتخاب و رویکرد انتخاب تعادل از این حیث که هر دو بر سهم انتخاب تأکید دارند شبیه هستند. این دو رویکرد که به نوعی مربوط به رویکردهای نسل سوم هستند برخلاف رویکردهای نسل اول که اعتقاد به جبر داشتند، باور بر حق انتخاب دارند. گلسر که در روش سنتی روان‌پزشکی اغلب تغییرات رفتاری اندکی در مراجعین مشاهده می‌کرد؛ درحالی‌که با کمک کردن به آن‌ها برای دست برداشتن از «مسئولیت‌گریزی» و پذیرفتن مسئولیت انتخاب‌ها و رفتارهایشان، به‌جای آن‌که خود را قربانی تکانه‌های عصبی، هورمون‌ها و افراد دیگر و شرایط زندگی بدانند، شگرفت‌تر و سریع‌تر تغییر می‌کردند. گلسر در سال ۱۹۶۵ اولین کتاب خود را با عنوان واقعیت درمانی رویکرد جدید در روان‌پزشکی منتشر کرد که در زمان خودش کتاب جنجال‌برانگیز و مناقشه‌گر محسوب می‌شد. گلسر (۱۹۸۶) به این باور رسید که انسان‌ها برانگیخته می‌شوند تا رفتار کنند. رفتار از درون او برانگیخته و آغاز می‌شود و نه توسط عوامل بیرونی. این رفتار خواه مؤثر باشد و خواه نباشد، هدفش تدبیری ماهرانه در برابر جهان بیرونی است تا بدن وسیله نیازها و خواسته‌های فرد برآورده شوند. او معتقد بود درمان باید دربردارنده تلاش صادقانه و قاطعانه برای آموزش و تشویق و ترغیب مراجع به پذیرفتن مسئولیت انتخاب‌ها، اعمال و کردار خود باشد. اصل بنیادین تئوری انتخاب این است که «تنها فردی که می‌توانیم رفتارش را کنترل کنیم، رفتار خودمان است» (گلسر، ۱۳۹۰). واقعیت درمانی بر اصلاح و بهبود روابط کنونی تمرکز داشته و موفقیت آن به رابطه مراجع و مشاور بستگی دارد. واقعیت درمانی سیستمی است که به افراد کمک می‌کند تا خواسته‌های ویژه مرتبط با نیازهای نوعی‌شان که ساختارهای ژنتیکی نیز نامیده می‌شوند را شناسایی کنند، رفتارهایشان را ارزیابی کنند و طرح‌های عینی برای ارضای نیازهایشان بریزند. واقعیت درمانی از فرایند WDEOP^۶ در مصاحبه پیروی می‌کند (صاحبی، ۱۳۹۰).

اهداف پژوهش:

- ۱- هدف از پژوهش اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است.
- ۲- هدف از پژوهش پایداری اثر درمان رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است.

سؤال‌های تحقیق

2. Central nervous system
3. Behavioral inhibition system
4. Behavioral activation system
5. Flight/fight system
6 Wants &Doing &Evaluation&Option &Plan

- ۱- آیا روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران اثر متفاوتی دارد؟
- ۲- آیا روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل دارای پایداری اثر درمان بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است؟

روش شناسی

طرح تحقیق

طرح آماری بدین شرح است:

RE T1 A t2 - t3

RE T1 B t2 - t3

RC T1 - t2 -

در این طرح T1 پیش‌آزمون، t2 پس‌آزمون و t3 پس‌آزمون مجدد جهت پی‌گیری به‌منظور سنجش پایداری رویکردهای درمانی است. A گروهی که رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا آموزش‌دیده‌اند و B گروهی که با رویکرد انتخاب تعادل آموزش‌دیده‌اند. همچنین E به معنای گروه آزمایشی و C به معنای گروه کنترل است. در این روش عواملی که می‌تواند اعتبار درونی پژوهش را کاهش دهند، کنترل می‌شوند (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۹).

در این پژوهش دو متغیر مستقل وجود دارد که شامل رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد انتخاب تعادل (محقق ساخته) است و سه متغیر وابسته که شامل کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادکامی است.

روش اجرای مداخلات

روش نمونه‌گیری

در این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام روانشناسی شهر تهران نیاز بود آزمودنی‌ها مورد سنجش قرار بگیرند. پژوهش حاضر، طرح آزمایش (تجربی) بسط یافته با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه گواه و یک گروه کنترل است. این روش یکی از متداول‌ترین طرح‌ها در تحقیقات علوم رفتاری است و به این صورت است که آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه تقسیم می‌شوند.

در روش نمونه‌گیری دو مرحله وجود داشت. ابتدا نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به‌منظور غربالگری اولیه در این پژوهش تصادفی خوشه‌ای است. گردآوری داده‌ها، به‌این ترتیب انجام پذیرفت که ابتدا از طریق تدوین فهرست مراکز مشاوره سازمان نظام به‌صورت تصادفی خوشه‌ای، مراکز موردنظر جهت نمونه‌گیری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها انتخاب شدند. پس از هماهنگی با مسئولین مراکز و تعیین نحوه‌ی حضور در مرکز جهت انجام پژوهش شماره تماس افراد جهت دعوت به همکاری در پژوهش استخراج شد. پژوهشگر با تماس تلفنی به شرح موضوع پژوهش و وظایف آزمودنی پرداخته و توضیح داده شد که در ابتدا پرسشنامه‌هایی را که ایمیل می‌شود تکمیل نموده و در ادامه در ۱۲ جلسه آموزشی شرکت نموده و در پایان مجدد پرسشنامه ارسال شده و پس‌آزمون را تکمیل می‌نمایند. پس از سه ماه برای بار سوم پرسشنامه تکمیل می‌شود. در صورتی که فرد آمادگی مشارکت در پژوهش را می‌داشت، سه پرسشنامه رضایت از زندگی SWLS، پرسشنامه آزمون کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه شادکامی آکسفورد به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون به مراجعین داده شد. بدین منظور پرسشنامه به‌طور اینترنتی برای آزمودنی ایمیل می‌شد و آزمودنی با دریافت ایمیل توضیحات را به‌طور شفاهی و مکاتبه‌ای دریافت می‌داشت. در ادامه پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی پرسشنامه‌هایی که بدون انگیزه و یا ناقص تکمیل شده بودند، از محاسبه خارج و صرفاً پرسشنامه‌هایی که دقیق و کلیه پرسش‌ها، پاسخ داشت، مورد محاسبه قرار می‌گرفت. پس از تکمیل

پرسش‌نامه‌ها در مرحله‌ی اول و ارزیابی دقت تکمیل این پرسش‌نامه توسط آزمودنی‌ها، صرفاً ۱۶۳ پرسش‌نامه از افراد جهت تحلیل داده‌ها مورد قبول واقع شد.

به‌منظور غربالگری اولیه پرسش‌نامه این افراد مورد مطالعه قرار گرفت آزمودنی‌هایی که نمرات بالا یا پایین در پرسش‌نامه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادکامی دریافت نموده‌اند کنار گذاشته شده و افرادی که فقط یک انحراف معیار از میانگین داشته‌اند به‌طور تصادفی انتخاب شدند؛ به‌عبارت‌دیگر از تعداد مابقی به‌طور تصادفی ساده تعداد ۴۲ نفر انتخاب شدند. پژوهشگر به‌طور کاملاً تصادفی بدون آنکه سوگیری وجود داشته باشد افراد را در گروه‌ها قرارداد. برای جایگزینی تصادفی در گروه‌ها افرادی به‌طور قرعه‌کشی در گروه‌ها قرار گرفتند. پژوهشگر دو روز قبل از شروع کارگاه مشخص نمود که هر یک از گروه‌ها چه آموزشی را دریافت خواهند داشت. گروه کنترل نیز بدون مداخله صرفاً پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسش‌نامه را تکمیل نمودند. این افراد به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۴ نفره قرار گرفتند، تحصیلات شرکت‌کنندگان شامل ۱۴ آزمودنی دبلم، ۱۵ آزمودنی لیسانس، ۱۶ آزمودنی فوق لیسانس و بالاتر بود. سن آزمودنی‌های گروه مثبت‌گرایی شامل ۲۹ الی ۵۲ سال، گروه رویکرد انتخاب تعادل ۲۷ الی ۵۰ و گروه کنترل ۲۵ الی ۵۵ بود. ۴۲ آزمودنی به‌طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. یک گروه به‌عنوان گروه کنترل بودند که فقط پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدون هیچ مداخله‌ای داشتند؛ دو گروه به‌عنوان گروه آزمایشی که یک گروه با روش مثبت‌گرا و گروه دیگر با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل در دوازده جلسه دوساعته مورد آموزش قرار گرفتند. پس از گذشت سه ماه به‌منظور پی‌گیری و اندازه‌گیری پایداری درمان سه پرسش‌نامه در خصوص گروه آزمایشی تکرار شد.

پروتکل مثبت‌گرایی به گروه آزمودنی اول در ۱۲ جلسه و هر بار دو ساعت در هفته آموزش داده شد و پروتکل رویکرد انتخاب تعادل به آزمودنی‌های گروه دوم در ۱۲ جلسه و هر بار دو ساعت در هفته آموزش داده شد. پس از پایان دوره از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بود پس‌آزمون گرفته شد و گروه آزمایش مداخله دریافت نموده بود. بعد از سه ماه به‌منظور پی‌گیری پایداری درمان مجدداً آزمون بر روی دو گروه کنترل اجرا شد. محتوای جلسات آموزشی به‌طور خلاصه به شرح ذیل است که به آن اشاره می‌شود:

۱- پروتکل رویکرد مثبت‌گرایی

خلاصه جلسه‌های دوازده‌گانه روان‌درمانی مثبت‌گرا

جلسه اول: از مراجعان می‌خواهند که در یک صفحه خود را معرفی کنند و درباره‌ی موقعی که در بهترین حالت بوده‌اند قصه‌ای بگویند.

جلسه دوم: توانمندی‌هایی که در داستان‌ها بوده شناسایی می‌شوند.

جلسه سوم: شناخت توانمندی‌های برتر و هیجان‌های مثبت‌شان را پرورش بدهند.

جلسه چهارم: به درمان‌جویان کمک می‌شود خشم، اعتراض و دیگر هیجان‌های منفی خود را ابزار کنند.

جلسه پنجم: تمرکز جلسه‌ی ششم بر شکر است. در این جلسه ضمن بحث دوباره درباره‌ی نقش خاطرات خوب و بد، برائتی که شکر روی چنین خاطراتی دارد تأکید می‌شود.

جلسه ششم: در این جلسه همراه درمان‌جویان روند پیشرفت‌های آنان را در نوشتن نامه‌ی بخشش و نامه‌ی شکر، نگارش و ثبت خاطرات شکر.

جلسه هفتم: روان‌درمانی مثبت‌گرا به مراجعان تمرینی در مورد درهای بسته و درهای باز می‌دهند.

جلسه هشتم: در این مرحله کمک می‌شود که دریابند زندگی با اشتیاق و بامعنا از طریق روابط و پیوند با دیگران تجربه می‌شود.

جلسه نهم: علاوه بر تکلیف پاسخ‌دهی فعال - سازنده، یک تمرین قرار ملاقات - توانمندی هم عرضه می‌شود.

جلسه دهم: به درمان‌جویان برای پی‌بردن به اهمیت شناخت و تصدیق بالاترین توانمندی‌های اعضای خانواده کمک می‌شود

جلسه یازدهم: برای آشنایی درمان‌جویان با مزه‌مزه کردن لذت‌ها و مفهوم لذت بردن است.

جلسه دوازدهم: یافتن معنا از راه به کار بردن توانمندی‌های منشی برای خدمت کردن به دیگران است. (رشید، ۲۰۰۸ به نقل از مگیار-موئی، (۱۳۹۷).

پروتکل رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل

جلسه اول: در ابتدا افراد گروه خود را معرفی می‌کنند. خلاصه رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل آموزش داده می‌شود. سپس دو پرسشنامه توانمندی‌ها و صفات را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گیرد.

جلسه دوم: به بررسی آزمون توانمندی پرداخته می‌شود و در ادامه آزمون صفات موردبررسی قرار می‌گیرد.

جلسه سوم: پی‌گیری آزمون صفات و بحث جایگاه عقل در ذات انسانی، عقل در مقابل شهوت، هوای نفس.

جلسه چهارم: در جلسه چهارم به موضوع عقل که عامل اعتدال بخش نظام‌های درونی است پرداخته می‌شود.

جلسه پنجم: در این جلسه به بحث عجب و درمان مبسوط عجب پرداخته می‌شود.

جلسه ششم: به بحث خشم در رویکرد انتخاب تعادل و پیرامون راهکارهای درمان خشم پرداخته می‌شود.

جلسه هفتم: در این جلسه با مرور احساسات مراجع به ادامه بحث خشم پرداخته می‌شود.

جلسه هشتم: در این جلسه به بحث پیرامون ترس و راهکارهای عملی درمان ترس پرداخته می‌شود.

جلسه نهم: ادامه مبحث ترس در رویکرد انتخاب تعادل و راهکارهای درمان ترس پرداخته می‌شود.

جلسه دهم: بحث حرص و طمع در رویکرد انتخاب تعادل و راهکارهای درمان حرص و طمع پرداخته می‌شود.

جلسه یازدهم: بحث پیرامون عجله در رویکرد انتخاب تعادل و راهکارهای درمان عجله پرداخته می‌شود.

جلسه دوازدهم: بحث پیرامون امیال نفسانی (شهوات) در رویکرد انتخاب تعادل پرداخته می‌شود.

شرح پروتکل درمان انتخاب تعادل

(۱۲) جلسه و هر جلسه دو ساعت در هفته به طور گروهی و حضوری)

جلسه اول: معرفی سمت و سو و جهت‌گیری رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل. معارفه (آشنایی افراد گروه با یکدیگر و مدرس دوره)، بیان هدف از پژوهش، پاسخگویی به سؤالات احتمالی اعضاء پیرامون تشکیل گروه. شروع جلسه با تدریس چارچوب رویکرد انتخاب تعادل، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع از جمله عدم غیبت در جلسات و حضور به موقع بحث می‌شود. اعتدال در دیدگاه اسلام. بحث قوای انسانی و قوای بازدارنده و تهییج کننده و تقسیم به سه بخش اعتدال، افراط و تفریط و در ادامه خلاصه رویکرد انتخاب تدریس می‌گردد. تکلیف آزمون صفات و (آزمودن توانمندی‌ها) برای جلسه آینده در اختیار قرار می‌گیرد.

جلسه دوم: رابطه تعادل صفات با مفهوم کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت از زندگی. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی. پی‌گیری ادامه تدریس رویکرد انتخاب تعادل. بحث پیرامون صفات خاص از پرسشنامه صفات تعیین و موقعیت‌هایی که این صفات خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است بحث می‌شود. بررسی نمرات پرسشنامه صفات و آزمون توانمندی‌ها و اینکه تعادل در این صفات چگونه به کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت از زندگی کمک می‌نماید. تکلیف جلسه بعد تکمیل جدول مراقبت‌های روزانه شش‌گانه که در اختیار قرار می‌گیرد.

جلسه سوم: جایگاه عقل در ذات انسان‌ها. پیگیری جلسات قبل، جمع‌بندی جلسات قبل و پاسخ به سؤالات و تدریس بحث جایگاه عقل در ذات انسانی. عقل در مقابل شهوت، هوای نفس و جهل و مفهوم کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت از زندگی بحث می‌شود. جمع‌بندی و تأثیر رویکرد انتخاب تعادل در کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت از زندگی و توضیح سیستم رفتاری در رویکرد انتخاب تعادل. تکلیف: در ادامه جدول روزانه به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود.

جلسه چهارم: جایگاه عقل. در جلسه چهارم با خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پی گیری آزمون صفات و پی گیری تکالیف جلسه قبل به ادامه مباحث پرداخته می‌شود. در این جلسه به ادامه موضوع عقل که عامل اعتدال بخش نظام‌های درونی است پرداخته می‌شود.

جلسه پنجم: شناخت هیجان عجب خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی. تدریس عجب در رویکرد انتخاب تعادل. مفهوم عجب، تفاوت آن با کبر و تکبر، دسته‌بندی‌های خود شیفتگی. عوامل به وجود آورنده عجب و خودبزرگ‌بینی، راهکارهای درمان عجب: راهکارهای شناختی غلبه بر عجب ۱- شناخت خود روزانه ۱۰ دقیقه در مورد آفرینش و عالم هستی تفکر کند ۲- شناخت ابتدا و انتهای خود ۳- توجه به پیامدهای عجب. درمان عملی عجب ۱- تکمیل آزمون توانمندی‌ها ۲- تکمیل آزمون صفات ۳- نامه نوشتن به افرادی که از آن‌ها خشمگین است. ۴- فهرستی از داشته‌ها و نداشته‌ها ۵- روزانه ۱۰ نقص خویش را استخراج کرده ۶- شناخت زوایای وجودی خود و آگاهی از صفات مذموم ۷- سه هفته تکلیف. تکلیف: مطالعه خلاصه کتاب بی‌شعوری (خلاصه کتاب داده می‌شود).

جلسه ششم: شناخت هیجان خشم و درمان. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی. پی‌گیری تکالیف جلسات قبل. تدریس خشم در رویکرد انتخاب تعادل شامل: تعریف خشم و مراتب خشم در سه وضعیت افراط، تفریط و تعادل، اقسام خشم، درمان هیجانی خشم، عفو و گذشت ۲- تمرینات توجه آگاهی در خشم، تغییر وضعیت، آرمیدگی. شیوه‌های رفتاری درمان خشم. درمان شناختی خشم: یافتن دلایل خشم.

جلسه هفتم: شناخت هیجان خشم و درمان. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی. پیگیری تکالیف جلسات قبل، ادامه مباحث خشم، حلم میوه تعادل خشم، بخشش به‌عنوان وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجانات مثبت تبدیل کند، معرفی می‌شود. آگاهی به خشم، نوشتن نامه، تکنیک شبیه سازی خشم. رابطه خشم متعادل در کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت.

جلسه هشتم: شناخت هیجان ترس. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی. پیگیری تکالیف جلسات قبل، ترس در رویکرد انتخاب تعادل. بیان مفهوم ترس و اضطراب در انتخاب تعادل. بحث پیرامون اقسام ترس. اضطراب به سه بخش کم، متعادل و زیاد، کارکرد اساسی ترس و اضطراب، علت ترس، جهل (جهل بسیط - جهل مرکب) است و یک مورد علم در مورد ترس از مرگ، درمان شناختی اضطراب: ۱- حضور خداوند در تمام عرصه‌های زندگی پیشگیری‌کننده از ترس، ۲- درک درست از مرگ بازدارنده از ترس. درمان عملی اضطراب: ۱- تسلیم و رضامندی در پیشگاه خداوند، ۲- یاد خدا در هنگامه سخت، درمان هیجانی ترس: ۱- تمرین دیدن و احساس کردن در مقابل قضاوت، ۲- تمرینات رویارویی با نگرانی‌ها، ۳- آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (نظیر پیاده‌روی و...) و هیجانات، ۴- تمرین قورباغه.

جلسه نهم: ادامه شناخت هیجان ترس. در این جلسه به شکل عملی روی ترس‌های مراجعین کار می‌شود. به مراجعین کمک می‌شود احساسات ترسناک را تجربه نمایند.

جلسه دهم: شناخت عجله. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی. پیگیری تکالیف جلسات قبل، عجله در رویکرد انتخاب تعادل. تدریس مفهوم عجله، انواع عجله. درمان شناختی عجله، درمان عملی عجله. چگونه می‌توان با صبر بر این میل فائق آمد؟ تدریس انواع صبر: ۱- صبر بسیار زیاد (تعقل) ۲- صبر متعادل ۳- صبر کم (عجله)، علائم تعلل و اهمال‌کاری، علل تعلل.

جلسه یازدهم: شناخت هیجان حرص. تعریف حرص و طمع، انواع حرص (حرص مذموم و ممدوح)، حرص در رویکرد انتخاب تعادل. میانه‌روی (قناعت)، درمان شناختی حرص ۱- خودشناسی ۲- بهره‌گیری از تعقل ۳- انتخاب را تعادل و علم به عوارض حرص. درمان رفتاری حرص، ۱- تهذیب و پالایش روح ۲- راهکار عملی دوم آن است که به رفتار خود توجه و آگاهی

جلسه دوازدهم: شناخت امیال (شهوت‌ها) پیگیری جلسات قبل، جمع‌بندی جلسات قبل و پاسخ به سؤالات، امیال (شهوت) در رویکرد انتخاب تعادل. نظرگاه‌ها پیرامون امیال نفسانی (شهوت)، سه وضعیت: ۱- عدم میل و تمایل بسیار کم، ۲- متعادل و در چارچوب انسانیت ۳- زیاده‌روی و شهوت‌رانی، درمان شناختی قوای نفسانی (شهوت). درمان رفتاری قوای شهویه: شامل: ۱- صبر ۲- محبت ۳- کرامت نفس است.

مقیاس‌های پژوهش

الف) مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس (دینر، ایمونو، لارنس و گریفین ۱۹۸۵) که به اختصار به SWLS مشهور است برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی به کار گرفته شده است. SWLS یک مقیاس پنج ماده‌ای است و هر ماده از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود؛ به طوری که دامنه ممکن نمره‌ها روی پرسشنامه از ۵ (رضایت پایین) تا ۳۵ (رضایت بالا) متغیر خواهد بود. در مورد پایایی آزمون، ضریب آلفا برابر ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی پس از دو ماه برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. این آزمون توسط دائمی، جوشنلو در سال ۱۳۸۶ و کوچکی، بیانی، ۱۳۹۳ مورد اعتبار یابی قرار گرفت که آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ و در باز آزمایی در فاصله شش هفته برابر ۰/۸۴ بوده است (دائمی، جوشنلو، ۱۳۸۶ و کوچکی، بیانی، ۱۳۹۳).

ب) پرسشنامه آزمون کیفیت زندگی SF-36

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط وارو شربون^۷ در آمریکا طراحی و اعتبار یابی شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه را مورد بررسی قرار می‌دهد: ۱- سلامت عمومی ۲- عملکرد جسمانی ۳- محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۴- محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۵- درد بدنی ۶- عملکرد اجتماعی ۷- خستگی یا نشاط ۸- سلامت روان.

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) دارای ۳۶ سؤال است و از ۸ زیر مقیاس تشکیل شده است و هر زیر مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. ضریب اعتبار گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود، در مجموع یافته‌ها نشان داده نسخه ایرانی این پرسشنامه از روایی و اعتبار بالایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت معمولی برخوردار است؛ بنی‌ها شمیان و همکاران ضرایب اعتبار باز آزمایی و ثبات درونی این مقیاس را بالاتر از ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (شهبازی راد و مؤمنی، ۱۳۹۱).

ج) پرسشنامه شادکامی آکسفورد این پرسشنامه توسط آرگایل و همکاران به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی آن را طی یک هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی که توسط علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) به منظور بررسی اعتبار و پایایی فهرست شادکامی آکسفورد (۲۰۰۱ آرگایل OHI) اجرا شد، بررسی همسانی درونی فهرست شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ گزاره‌ی این فهرست با نمره‌ی کل همبستگی بالایی داشتند. آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود.

اعتباریابی محتوایی پروتکل درمانی انتخاب تعادل

به منظور اعتباریابی محتوای پروتکل درمانی، پس از مطالعه پیشینه و مشورت با اساتید پروتکل تدوین شد. در قدم اول پروتکل برای اساتید راهنما و مشاور ارسال گردید و در قدم بعدی به ۱۹ روان‌شناس با مدرک ارشد و دکتری ایمیل شد و درخواست شد نظرات خود را بطور کتبی اعلام دارند. افراد نیز نظرات خود را به طور کتبی اعلام نمودند، پس از مطالعه نظرات تغییرات لازم اعمال گردید و بار دیگر پروتکل مجدداً ارسال شد.

در بخش حاضر به بررسی نتایج حاصل از پژوهش حاضر پرداخته می‌شود در ابتدا سؤالات پژوهش مورد بررسی و تحلیل قرار خواهد گرفت؛ همچنین یافته‌های پژوهشی که همسو و ناهم‌سو با سؤالات ارائه شده است، به صورت جداگانه تبیین شود. در انتها نیز محدودیت‌ها و پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی برای پژوهش‌های آتی ارائه خواهد شد.

پیش شرط‌های آزمون‌های پارامتریک

⁷ Varosherbon

با پذیرش فرض توزیع نرمال درمورد تمامی نمرات، می‌توان پیش‌فرض اصلی انجام آزمون‌های پارامتریک را برای آن‌ها در نظر گرفت. پیش‌فرض بعدی، بررسی وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌ها (همپراش^۸) می‌باشد. پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است. مفروضه‌ی بعدی عدم تخطی از هم‌خطی چندگانه و واحد بودن^۹، ماتریس‌های واریانس-کوواریانس همگن می‌باشند. پیش‌فرض دیگر جهت انجام آزمون تحلیل واریانس، بررسی همگنی واریانس‌ها می‌باشد. همه پیش‌فرض‌های فوق مورد تأیید قرار گرفت.

جهت آزمون فرضیات اختصاصی پژوهش، به دلیل وجود سه متغیر وابسته (نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی) از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. همچنین برای بررسی فرضیات مربوط به پایداری اثر مداخلات، با توجه به وجود یک متغیر مستقل درون‌گروهی (نمرات زنان در پس‌آزمون و پیگیری)، یک متغیر مستقل بین‌گروهی (گروه‌های آزمایشی و کنترل) و سه متغیر وابسته (نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی) از روش تحلیل واریانس چندمتغیری مختلط (Mixed-MANOVA)، استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱ جدول شاخص‌های توصیفی مربوط به عوامل جمعیت‌شناختی نمونه تحت مطالعه

متغیر	سطوح	گروه‌ها			
		مثبت‌گرایی	رویکرد اسلامی	کنترل	کل
تحصیلات*	دیپلم	۴	۴	۶	۱۴
	لیسانس	۴	۶	۵	۱۵
	فوق لیسانس و بالاتر	۷	۵	۴	۱۶
	کل	۱۵	۱۵	۱۵	۴۵
گروه‌ها					
	گروه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن**	مثبت‌گرایی	29	52	39/07	7/61
	رویکرد اسلامی	27	50	35/73	7/04
	کنترل	25	55	37/27	7/31
$F = 0/778, P=0/466^{**}$ $\chi^2 = 1/846, P=0/764^*$					

آزمون کای اسکور جهت بررسی همگنی گروه‌ها از نظر متغیر سطح تحصیلات انجام شد و به دلیل بزرگتر بودن سطح معناداری آزمون از ۰/۰۵ ($\chi^2_{4, 45} = 1/846, P=0/764$) می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین فراوانی طبقات مختلف تحصیلات وجود نداشت و گروه‌های درمانی و کنترل از نظر سطح تحصیلات همگن بودند. جهت بررسی همگنی گروه‌ها از نظر متغیر سن آزمون تحلیل واریانس یک راهه انجام شد. نتیجه حاکی از آن بود که به دلیل بزرگتر بودن سطوح معناداری آزمون‌ها از ۰/۰۵ ($F_{2, 42} = 0/778, P=0/466$)، بین گروه‌ها از نظر سن تفاوت معناداری وجود نداشت و بنابراین گروه‌های درمانی و کنترل از نظر متغیر سن نیز همگن بودند.

۲- بررسی توصیفی داده‌های حاصل از مطالعه

^۸- Covariate

^۹- Multicollinearity and Singularity

جدول ۱-۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی زنان گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	میان‌اف	انحراف		کشیدگی			
						معیار	کجی	آماره	SE=1/154	آماره	SE=0/597
						C.R.	C.R.	C.R.	C.R.		
کیفیت زندگی پیش‌آزمون	مثبت‌گرایی	30/2	84/5	62/77	67/2	18/0	4	0/78	1.31	0/70	0.61
	رویکرد اسلامی	24/2	78/2	60/94	64/4	17/5	2	1/00	1.68	0/17	0.15
	کنترل	26/5	84/2	55/45	56/2	18/3	8	0/12	0.20	0/88	0.76
	مثبت‌گرایی	66/5	97/4	85/71	89/0	8/39	7	1/14	1.92	0/87	0.76
	رویکرد اسلامی	43/5	90/5	73/05	74/8	12/8	9	0/77	1.30	0/51	0.44
	کنترل	26/7	64/7	46/85	45/7	9/39	1	0/05	0.08	1/14	0.99
	مثبت‌گرایی	67/7	97/4	86/60	90/2	9/91	9	1/05	1.77	0/18	0.16
	رویکرد اسلامی	46	91/8	75/05	79	13/9	5	0/59	0.99	0/47	0.41
	کنترل	26/5	86/4	47/65	42/9	16/8	7	1/47	2.46	1/68	1.46
	مثبت‌گرایی	20	57	39	42	11/4	7	0/16	0.28	0/97	0.84

-	-	1.13	0/67	11/2	35	34/79	57	20	رویکرد اسلامی	شادکامی
0.09	0/10	2	6	3						
2	6									
-	-	-	-	11/2	34	28/79	46	12	کنترل	شادکامی
1.38	1/59	0.26	0/15	3						
1	4	6	9							
0.57	0/66	0.11	0/06	9/47	53	54/57	73	36	مثبت‌گرایی	شادکامی
7	6	4	8							
-	-	0.13	0/07	10/9	44	44/07	62	24	رویکرد اسلامی	شادکامی
0.47	0/54	1	8	9						
6	9									
-	-	-	-	10/2	30	28/50	42	12	کنترل	شادکامی
1.25	1/45	0.44	0/26	2						
7	1	4	5							
-	-	0.29	0/17	7/42	59	59/29	71	49	مثبت‌گرایی	شادکامی
1.15	1/32	8	8							
0	7									
-	-	0.39	0/23	8/95	45	44/57	62	29	رویکرد اسلامی	شادکامی
0.06	0/07	9	8							
6	6									
-	-	-	-	8/22	28	24/86	36	11	کنترل	شادکامی
1.00	1/16	0.75	0/45	2						
5	0	7	2							
-	-	0.41	0/24	5/71	17	17/57	27	9	مثبت‌گرایی	رضایتمندی
0.63	0/73	7	9							
4	2									
0.40	0/46	1.99	1/19	7/49	14	15/50	32	8	رویکرد اسلامی	رضایتمندی
6	8	8	3							
-	-	0.33	0/19	7/62	15	16/93	27	6	کنترل	رضایتمندی
1.38	1/59	0	7							
6	9									

				رضایتمندی پس‌آزمون				رضایتمندی پیگیری					
				رضایتمندی پس‌آزمون				رضایتمندی پیگیری					
-	-	-	-	0.34	0/40	1.30	0/78	6/09	26	25	33	13	مثبت گرای ی
8	2	7	0										رویکرد اسلامی
-	-	-	-	1.38	1/60	0.16	0/09	6/63	19	18/93	29	10	کنترل
9	3	4	8										مثبت گرای ی
-	-	-	-	1.08	1/25	0.16	0/09	7/79	19	16/43	29	5	کنترل
9	7	4	8										رویکرد اسلامی
-	-	-	-	0.07	0/08	-	-	5/06	28	26/07	32	15	مثبت گرای ی
5	6	1.59	0/95										رویکرد اسلامی
-	-	-	-	1.07	1/24	0.52	0/31	6/30	23	21/57	30	11	کنترل
5	0	1	1										مثبت گرای ی
-	-	-	-	0.94	1/08	0.36	0/21	7/23	15	15/14	28	5	کنترل
2	7	2	6										رویکرد اسلامی

براساس اطلاعات این جدول، نمرات پس‌آزمون گروه‌های مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی افزایش یافته است. این موضوع می‌تواند نشان از تأثیر مداخلات درمانی بر افزایش کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران باشد که معناداری آن در قسمت آزمون فرضیات بررسی شده است.

۲-۲ نتایج آزمون‌های تک‌متغیری

جدول شماره ۲-۲ نتایج آزمون‌های F جهت بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. این آزمون‌ها معناداری تأثیر متغیر مستقل (گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل) را بر هر یک از متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون) به صورت جداگانه پس از کنترل اثر متغیرهای همپراش (پیش‌آزمون‌ها) بررسی می‌کند.

جدول ۲-۲: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون)	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مجدور اتای تفکیکی
کیفیت زندگی	8706/709	2	4353/354	51/386	0/001	0/741
شادکامی	2290/322	2	1145/161	22/255	0/001	0/553
رضایتمندی	260/807	2	130/403	5/295	0/010	0/227

نتایج این جدول نشان می‌دهد که گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل در ارتباط با تمامی متغیرهای وابسته به دلیل کوچکتر بودن سطوح معناداری آنها از ۰/۰۵، بایکدیگر تفاوت آماری معنادار داشته‌اند. به بیان دقیق‌تر میان سه گروه مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل از نظر متغیر کیفیت زندگی ($F=51/386$, $p=0/001$, $\eta^2=0/741$)، شادکامی

های پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین از طریق ضرایب مجذور اتای تفکیکی می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر این تفاوت برای کیفیت زندگی بزرگ، برای شادکامی نسبتاً متوسط و برای رضایتمندی تقریباً کوچک بوده است (کوهن، ۱۹۸۸). به بیان دقیق‌تر، گروه‌ها (متغیر مستقل) ۷۴/۱ درصد در تبیین پراکندگی مشاهده شده در متغیر کیفیت زندگی، ۵۵/۳ درصد در تبیین پراکندگی مشاهده شده در نمرات شادکامی و ۲۲/۷ درصد در تبیین پراکندگی مشاهده شده در متغیر رضایتمندی نقش داشته است.

۳-۱ آزمون فرضیات در سطح استنباطی

در این بخش فرضیات پژوهش ارائه شده و به وسیله آزمون آماری مناسب مورد آزمون و بررسی قرار می‌گیرند.

آزمون فرضیه اول

فرضیه اول: روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل اثر متفاوتی بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایتمندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران دارد.

جهت آزمون این فرضیات، به دلیل وجود پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به منظور مهار اثر پیش‌آزمون، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. همچنین با توجه به وجود سه متغیر وابسته (نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی) آزمون آماری مناسب، تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) می‌باشد. بنابراین در ابتدا پیش‌فرض‌های انجام این آزمون را مورد بررسی قرار داده‌ایم.

۳-۱- میانگین‌های تعدیل شده‌ی متغیرهای وابسته

جدول شماره‌ی ۳-۱ میانگین‌های تعدیل شده‌ی کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی زنان را برای گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل نشان می‌دهد. به عبارت دیگر در این جدول، تأثیر متغیرهای همپراش (پیش‌آزمون‌ها) از لحاظ آماری حذف شده است.

جدول ۳-۱: میانگین‌های تعدیل شده‌ی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل

متغیر وابسته (پس‌آزمون)	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد	حدود ۹۵ درصدی حد پایین	حدود ۹۵ درصدی حد بالا
کیفیت زندگی	مثبت‌گرایی	85/097	2/548	79/930	90/264
	رویکرد اسلامی	73/227	2/492	68/173	78/281
	کنترل	47/287	2/614	41/985	52/589
شادکامی	مثبت‌گرایی	51/435	1/986	47/408	55/462
	رویکرد اسلامی	43/899	1/942	39/961	47/838
	کنترل	31/808	2/037	27/676	35/940
رضایتمندی	مثبت‌گرایی	23/657	1/374	20/871	26/442
	رویکرد اسلامی	19/570	1/344	16/845	22/295
	کنترل	17/130	1/410	14/272	19/989

۳-۱-۴ مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته

جدول ۳-۱: مقایسه‌های زوجی میانگین‌های تعدیل شده‌ی کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی میان گروه‌های مثبت‌گرایی،

رویکرد اسلامی و کنترل را نشان می‌دهد. همچنین سطح معناداری مقایسه‌ها با استفاده از اصلاح بونفرونی مورد تعدیل قرار گرفته است.

جدول ۱-۴: مقایسه‌های زوجی میانگین‌های تعدیل شده‌ی کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی میان گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری*
کیفیت زندگی	مثبت‌گرایی	کنترل	37/809	0/001
	رویکرد اسلامی	کنترل	25/940	0/001
شادکامی	مثبت‌گرایی	رویکرد اسلامی	11/870	0/006
	مثبت‌گرایی	کنترل	19/627	0/001
رضایتمندی	رویکرد اسلامی	کنترل	12/091	0/001
	مثبت‌گرایی	رویکرد اسلامی	7/536	0/029
رضایتمندی	مثبت‌گرایی	کنترل	6/526	0/009
	رویکرد اسلامی	کنترل	2/440	0/681
	مثبت‌گرایی	رویکرد اسلامی	4/086	0/117

* سطوح معناداری براساس اصلاح بونفرونی تعدیل شده است.

بر اساس اطلاعات این جدول، میانگین‌های هر سه متغیر کیفیت زندگی ($p < 0/001$)، شادکامی ($p < 0/001$) و رضایتمندی ($p = 0/009$) زنان گروه مثبت‌گرایی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بیشتر بود. همچنین میانگین‌های کیفیت زندگی ($p < 0/001$) و شادکامی ($p < 0/001$) مربوط به گروه رویکرد اسلامی نیز به طور معناداری بیشتر از میانگین‌های زنان گروه کنترل بود. تفاوت میانگین‌های گروه رویکرد اسلامی و کنترل در رابطه با متغیر رضایتمندی معنادار نبود ($p = 0/681$). مقایسه‌ی اثربخشی میان رویکردهای درمانی نیز نشان داد که رویکرد مثبت‌گرایی در رابطه با متغیر کیفیت زندگی ($p = 0/006$) و شادکامی ($p = 0/029$) مؤثرتر از رویکرد اسلامی عمل نموده است. در رابطه با متغیر رضایتمندی مقایسه میانگین‌های تعدیل شده‌ی رضایتمندی زنان گروه مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی در پس‌آزمون معنادار نبود ($p = 0/681$). با این وجود، با توجه به اینکه رویکرد مثبت‌گرایی برخلاف رویکرد اسلامی به طور معناداری باعث افزایش نمرات زنان در مقایسه با گروه کنترل شد، بنابراین رویکرد مثبت‌گرایی در مقایسه با رویکرد اسلامی در بهبود رضایتمندی شرکت‌کنندگان مؤثرتر عمل کرده است. بنابراین فرضیه‌ی اول پژوهش مبنی بر "روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل اثر متفاوتی بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایتمندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران دارد" مورد تأیید قرار می‌گیرد.

به منظور آزمون این فرضیه، با توجه به وجود یک متغیر مستقل درون گروهی (نمرات پس‌آزمون و پیگیری)، یک متغیر مستقل بین گروهی (گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل) و همچنین سه متغیر وابسته (نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و

رضایتمندی) از روش تحلیل واریانس چندمتغیری مختلط^{۱۰} یا تحلیل واریانس چندمتغیری نمودار دونیمه^{۱۱} استفاده گردید. بنابراین در ابتدا پیش فرض‌های انجام این آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

فرضیه دوم: روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل دارای پایداری اثر درمان بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایتمندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران هستند.

به منظور آزمون این فرضیه، با توجه به وجود یک متغیر مستقل درون گروهی (نمرات پس‌آزمون و پیگیری)، یک متغیر مستقل بین گروهی (گروه‌های مثبت‌گرایی، رویکرد اسلامی و کنترل) و همچنین سه متغیر وابسته (نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی) از روش تحلیل واریانس چندمتغیری مختلط^{۱۲} یا تحلیل واریانس چندمتغیری نمودار دونیمه^{۱۳} استفاده گردید. بنابراین در ابتدا پیش فرض‌های انجام این آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

۱-۵- بررسی مفروضات آماری تحلیل واریانس چندمتغیری مختلط ۱-۵- بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس

در مفروضه اول به بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس، توسط آزمون باکس، پرداخته می‌شود. نتایج این آزمون در جدول شماره ۱-۵ ارائه شده است.

جدول ۱-۵: نتایج آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس

Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
66/339	1/222	42	4515/527	0/155

بر این اساس، باتوجه به اینکه سطح معناداری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین از مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس تخطی صورت نگرفته است.

سایر مفروضه‌ها: بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها با نتایج آزمون لون به دلیل بزرگتر بودن سطوح معناداری آزمون‌ها از ۰/۰۵، پیش‌فرض یکسانی واریانس‌ها برای تمامی موارد رعایت شده است. نتایج آزمون‌های چندمتغیری لامبدای ویلکز جهت بررسی معناداری اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعامل میان آن‌ها را نشان می‌دهد.

۱-۶- نتایج آزمون‌های تک‌متغیری

جدول ۱-۶ نتایج آزمون‌های تک‌متغیره مربوط به اثرات درون‌آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. در اینجا نیز با توجه به اینکه تنها نیاز به آزمون تعامل میان گروه‌ها و شرایط می‌باشد، فقط نتایج مربوط به تعامل ارائه شده است.

جدول ۱-۶: نتایج آزمون‌های تک‌متغیره جهت بررسی اثرات درون‌آزمودنی‌ها (تعامل شرایط و گروه‌ها)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مجدور اتای تفکیکی
کیفیت زندگی	6/217	2	3/109	0/051	0/951	0/003
شادکامی	244/452	2	122/226	3/787	0/031	0/163
رضایتمندی	54/738	2	27/369	2/146	0/131	0/099

بر این اساس، به دلیل کمتر بودن سطح معناداری آزمون‌ها در مورد متغیر شادکامی از ۰/۰۵، تعامل میان گروه‌ها و شرایط (پس‌آزمون و پیگیری) در رابطه با این متغیر معنادار است. مقدار مجذور اتای تفکیکی نشان می‌دهد که ۱۶/۳ درصد از واریانس نمرات

¹⁰- Mixed-MANOVA

¹¹- Split-Plot Multivariate Analysis of Variance (SPMANOVA)

¹²- Mixed-MANOVA

¹³- Split-Plot Multivariate Analysis of Variance (SPMANOVA)

شادکامی از تعامل عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی (شرایط و گروه‌ها) ناشی می‌شود که بر اساس رهنمودهای کوهن اندازه اثر کوچکی است (کوهن، ۱۹۸۸).

به عبارت دیگر روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل دارای پایداری اثر درمان بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است.

نتیجه‌گیری

سه متغیر کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی زنان گروه مثبت‌گرایی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بیشتر بود. همچنین میانگین‌های کیفیت زندگی و شادکامی مربوط به گروه رویکرد اسلامی نیز به طور معناداری بیشتر از میانگین‌های زنان گروه کنترل بود. تفاوت میانگین‌های گروه رویکرد اسلامی و کنترل در رابطه با متغیر رضایت‌مندی معنادار نبود اما در پیگیری معنی دار بود. پایداری اثر روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران مورد تأیید قرار گرفت.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی و نیز مقایسه پایداری اثر این دو رویکرد درمانی بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است. محقق با مطالعه پیشینه پژوهش یعنی رویکردها و نظریه‌های مختلف روانشناسی و سالها کار حرفه‌ای بر این باور قرار گرفت که برای افزایش سه مؤلفه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادکامی نیازمند رویکردی است که هم بر جنبه‌های روانکاوانه توجه داشته باشد، هم بر جنبه‌های درمان رفتاری تأکید شود. رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر هر دو جنبه روانکاوانه و رفتاری تأکید دارد، لذا با استفاده از مبانی اسلام به تبیین این رویکرد پرداخته شده است.

نتایج بررسی این هدف در چهارچوب دو سوال تحقیق به شرح زیر بود:

سؤال اول پژوهش

۱- آیا روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران اثر متفاوتی دارد؟

نتایج پژوهش نشان می‌دهد روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل اثر متفاوتی بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران دارد.

برخی از مداخله‌های مثبت‌گرا که اثربخشی آنها در مطالعه‌های کنترل شده تصادفی آزمایش شده است، عبارت‌اند از: نوشتن نامه قدردانی (بوم^{۱۴}، لیوبومر سکی^{۱۵} و شلدون^{۱۶}، ۲۰۱۱)، بوم و شلدون و شکید، ۲۰۰۵)، پرورش استفاده از توانمندی‌ها و نقاط قوت (سلیگمن، استین^{۱۷}، پارک و پترسون، ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر با یافته‌هایی که در خصوص کیفیت زندگی انجام شده از جمله پژوهش گلزاری، اسکندری، براتی سده (۱۳۸۸)، پور سردار، پناهنده، سنگری و عبدی زرین (۱۳۹۲)، یدالله پور، حسن‌زاده، فاضلی کبریا (۱۳۹۲)، (رجبی پور، مداح و فلاحی خشک ناب (۱۳۹۳)، یکتا طلب و انصار فرد (۱۳۹۳)، رسولی، بهرامیان و زهرا کار (۱۳۹۳)، موحدی، خرازی نو تاشو بی گلو (۱۳۹۳)، میر هاشمی، مصلحی جویباری، شریفی (۱۳۹۴)، ملکی، اعتمادی، بهرامی و فاتحی زاده (۱۳۹۴)، خدابخش، خسروی و شاهنگیان

¹⁴ Boom

¹⁵ Libomorski

¹⁶ Sheldon

¹⁷Steen

(۱۳۹۴)، مهر آفرید، خاکپور، جاجرمی و علیزاده مو سوی (۱۳۹۴)، زارع، صفیاری جعفرآباد (۱۳۹۴)، کهرزائی و میر شکار (۱۳۹۴)، کاوسی، معینی قمچینی، بیکی، خلیلی، محمدی، بیکی و ثناگو (۱۳۹۴)، محمدی، رئوفی کلاچایه (۱۳۹۴)، آل یاسین و فریدونی (۱۳۹۵)، رعیت ابراهیم‌آبادی، ارجمند نیا و افروز (۱۳۹۵)، ساجدی، رفیعی، یعقوبی و رضایی (۱۳۹۵)، نیک راهان، عسگری، کلانتری، عابدی، اعتصام پور، رضایی و هافمن جف سی (۱۳۹۵)، درگاهی، محسن زاده و زهرا کار (۱۳۹۵)، قاسم پور، قاسم پور و جهانگیر (۱۳۹۶) و فرهوش، رادمد، میرمحمدیان، پلنگی. (۱۳۹۷). همسو است. به عبارت دیگر روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران اثر تاثیر گذاشته و موجب افزایش کیفیت زندگی شده است.

پژوهش حاضر با پژوهش یافته‌هایی که در خصوص شادکامی انجام شده از جمله گلزاری، اسکندری و براتی (۱۳۸۸)، بندانی ترشکی، بیرانوند، مهران فرد، احمدی، نجاریان، مد ملی، داودی و نجاریان (۱۳۹۶)، ایران پور، عرفانی، ابراهیمی (۱۳۹۶)، منتظری، طاووسی، حائری مهریزی، مظفری کرمانی، نقی زاده موغاری، عنبری؛ هاشمی، (۱۳۹۷) و جعفری هرندی، محمدی آزاد، زندیه (۱۳۹۸) همسو است. به عبارت دیگر روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان شادکامی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران اثر تاثیر گذاشته و موجب افزایش شادکامی شده است.

سوال دوم پژوهش

۲- آیا روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل دارای پایداری اثر درمان بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است؟

نتایج پژوهش نشان داد: روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل دارای پایداری اثر درمان بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است.

پژوهش حاضر با یافته‌هایی که در خصوص رضایت زندگی انجام شده از جمله پژوهش مارتیکینن^{۱۸} (2008)، بوگی^{۱۹} (۲۰۰۶)، لیزت و واتسون^{۲۰} (۲۰۱۳)، سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، حسینی، خنجری، حق‌دوست اسکویی، حیدری و قدوسی (۱۳۹۰)، ولی پور، جام‌خانه، سقایی و مدیریت (۱۳۹۲)، آلبوغییش و مکتبی (۱۳۹۳)، پژوهش ملتفت و آذربون (۱۳۹۴)، سجودی، معصومی راد، آوردیده و عبدی (۱۳۹۴)، نجفی، احدی، سهرابی و دلاور (۱۳۹۴)، آشوری (۱۳۹۴)، پرزور، علیزاده، یاقوتی زرگر و بشر پور (۱۳۹۴)، عزیزی، اسماعیلی، دهقان منشادی و اسماعیلی (۱۳۹۵)، آل یاسین و فریدونی (۱۳۹۵)، شیرپور و ابراهیمی (۱۳۹۵)، روایی، افروز، حسینیان، خدا یاری فرد و فرزاد (۱۳۹۵)، نوفرستی، روشن، فتی، حسن آبادی و پسندیده (۱۳۹۵)، یوسفی (۱۳۹۵)، پژوهش نوعی و علی لو (۱۳۹۴)، پژوهش نما شیری، رقیبی و مظاهری (۱۳۹۵) رحمتی، هوشیاری، عفر، صفورایی (۱۳۹۸) همسو است. به عبارت دیگر روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌گرایی و رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل همسوی سایر پژوهش‌ها است و موجب افزایش رضایت از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران شده است.

محدودیت‌ها

- ۱- به دلیل تعداد کم آزمودنی‌های مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس متغیرهای مختلف مانند جنسیت، سطح اقتصادی به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر، مقدور نبود.
- ۲- از آنجا که این پژوهش تنها در شهر تهران انجام پذیرفته است، تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی، دارای محدودیتی جهت تعمیم یافته‌ها در سایر مناطق کشور است.

۳- با توجه به اینکه برخی از آزمودنی‌ها نیاز به جلسات مشاوره فردی داشتند و به دلیل محدودیت زمان امکان تشکیل بیش از یک جلسه تشویقی نبود برخی از مسائل مراجعین ممکن بود حل نشده باقی بماند.

۴- به دلیل ماهیت پژوهش امکان حضور افراد با تحصیلات پایین‌تر از دیپلم میسر نبود و این بخشی از محدودیت‌های پژوهش است.

پیشنهادهای پژوهشی

۱- به دلیل رفع محدودیت‌های روش‌شناختی، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، اولاً؛ از نمونه‌های زنان مجرد، مردان، سایر آزمودنی‌ها استفاده کنند. ثانیاً؛ حجم نمونه‌ی بالاتر، روایی بالاتری را نسبت به مداخله ایجاد می‌کند.

۲- به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، علاوه بر آزمون‌های استاندارد، از روش‌های ارزیابی مانند مصاحبه و مشاهده سامانمند نیز در گردآوری داده استفاده نمایند.

۳- به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد به تکمیل این رویکرد پرداخته و جنبه‌های مختلف دیگر این رویکرد را تکمیل نمایند. به قطع و یقین امکان تکمیل اطلاعات وجود دارد و ضروری است سایر پژوهشگران در مقاطع تحصیلی ارشد و دکتری با رساله‌هایی با عنوان رویکرد محقق ساخته (انتخاب تعادل) نسبت به تکمیل رویکرد اقدام کنند.

فهرست منابع و مأخذ

۱. احمدی تبار، سید مرتضی، مکوندی، بهنام؛ سودانی منصور (۱۳۹۸) مقایسه اثربخشی آموزش مثبت اندیشی مبتنی بر آموزه‌های دینی با آموزش خانواده به شیوه شناختی - رفتاری (CBT) بر تاب آوری زوجین. فصلنامه پژوهش نامه زنان، سال دهم شماره ۱ (پیاپی ۲۷، بهار ۱۳۹۸)، صفحه ۱-۲۳.
۲. ایران پور، سیده ماهرخ؛ عرفانی، نصرالله؛ ابراهیمی، محمداسماعیل. (۱۳۹۶). پیش بینی کیفیت زندگی و شادکامی بر اساس چشم اندازهای زمانی دانشجویان. نشریه روان پرستاری، سال پنجم شماره ۶ (بهمن و اسفند ۱۳۹۶)، صفحه ۸-۱۵.
۳. آل یاسین، سید علی؛ فریدونی، سمیه. (۱۳۹۵). مقایسه مثبت نگری، امید به زندگی و رضایت از زندگی بین دانش آموزان دختر تک‌فرزندی و چند فرزنددی. مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. دوره ۱۱، شماره ۲، صفحه ۴۵-۵۶.
۴. آلبوغبیش، شریفه؛ مکتبی، غلامحسین. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین شادکامی بر اساس نهج‌البلاغه با سلامت روان و رضایت از زندگی. فصلنامه کتاب و سنت. دوره دوم، شماره ۵، صفحه ۸۳-۱۰۲.
۵. بندانی ترشکی، احسان؛ بیرانوند، رضا؛ مهران فرد، شهزاد؛ احمدی ماژین، صادق؛ نجاریان، پلارک؛ مدملی، یعقوب؛ داودی، سعید و نجاریان، مهیار. (۱۳۹۶). بررسی رابطه اعتیاد به اینترنت با احساس شادکامی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی دزفول، مجله پژوهش پرستاری ایران، جلد ۱۲، شماره ۶۱.
۶. پور سردار، نور اله؛ پور سردار، فیض اله؛ پناهنده، عباس؛ سنگری، علی‌اکبر و عبدی زرین، سهراب. (۱۳۹۲). خوش‌بینی (تفکر مثبت) بر سلامت روانی و رضایت از زندگی: یک مدل روان‌شناختی. نشریه حکیم، دوره ۱۶، شماره ۱، صفحه ۵۰-۷۱.
۷. جعفری هرندی، رضا؛ محمدی آزاد، فهیمه؛ زندیه، مریم. (۱۳۹۸). بررسی رابطه سلامت روان و شادکامی با ویژگی‌های جمعیت شناختی دانشجویان دختر دانشگاه قم. پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده، سال هفتم شماره ۱۶. (پاییز ۱۳۹۸). صفحه ۳۵-۵۳.
۸. جعفری، اصغر؛ حسامپور، فاطمه. (۱۳۹۶). پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس ابعاد هوش معنوی و سرمایه روان شناختی در سالمندان. فصلنامه سالمند، پیاپی ۴۴ (بهار ۱۳۹۶)، صفحه ۹۰-۱۰۳.
۹. جعفری، حمیدرضا؛ هراتیان، عباسعلی. (۱۳۹۷). مثبت اندیشی در روان‌شناسی و تبیین سازه آن بر اساس منابع اسلامی. پژوهشنامه سبک زندگی، پیاپی ۶، صفحه ۱۰۵-۱۲۸.

۱۰. خدابخش، روشنگر؛ خسروی، زهره و شاهنگیان، سیده شهره. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تهران: دانشگاه الزهراء.
۱۱. درگاهی، شهریار؛ محسن زاده، فرشاد و زهرا کار کیانوش. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت رابطه زناشویی، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، سال اول، جلد ۱، شماره ۳.
۱۲. رجبی پور، الهام؛ مداح، سید باقر؛ فلاحی، خشک‌ناب. (۱۳۹۳). تأثیر «مصاحبه انگیزشی گروهی» بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی دائمی. نشریه روان پرستاری، دوره ۲، شماره ۳. صفحه ۵۸.
۱۳. رحمتی، امین؛ هو شیاری، جعفر؛ صفورایی، محمد مهدی. (۱۳۹۸). میانجیگری عزت نفس در رابطه جهت‌گیری مذهبی و رضایت از زندگی. پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده. سال هفتم شماره ۱۴، صفحه ۱۱۹-۱۳۸.
۱۴. رسولی، محسن؛ بهرامیان، جاسم؛ زهرا کار، کیانوش. (۱۳۹۳). تأثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، نشریه روان پرستاری، شماره ۱.
۱۵. رعیت ابراهیم‌آبادی، معصومه؛ ارجمند نیا، علی‌اکبر و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه آموزشی مثبت‌نگری بر شادکامی و باورهای غیرمنطقی نوجوانان بزهکار، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، تهران: جلد ۱ شماره ۲. صفحه ۱-۲۴.
۱۶. رعیت ابراهیم‌آبادی، معصومه؛ ارجمند نیا، علی‌اکبر؛ افروز، غلام‌علی. (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزشی مثبت‌نگری بر شادکامی و باورهای غیرمنطقی نوجوانان بزهکار روانشناسی مثبت، شماره ۲، صفحه ۱-۱۴.
۱۷. زارع، بیژن؛ صفیاری جعفرآباد، هاجر. (۱۳۹۴). مطالعه رابطه عوامل مؤثر بر میزان رضایت از زندگی، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، بهار و تابستان، مقاله ۵، دوره ۱۳، شماره ۱، صفحه ۱۱۱-۱۴۰.
۱۸. زارع، حسین، برادران، مجید و نظریان، بلال. (۱۳۹۴). همبسته‌های روان‌شناختی سلامت سازمانی: شادکامی راهبردهای رویاروگری با فشار روان‌شناختی و سبک تفکر، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی سال دهم شماره ۳۸. صفحه ۳۷-۵۵.
۱۹. زالی بیگی، محمود. (۱۳۹۴). رابطه عدالت سازمانی، شخصیت و عملکرد شغلی با شادکامی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، سمنان: دانشگاه سمنان.
۲۰. ساجدی، فرزانه؛ رفیعی، فاطمه؛ یعقوبی، پریسا؛ رضایی، محبوبه. (۱۳۹۵). چشم‌انداز آتی روانشناسی مثبت‌گرا در روانشناسی امروز در زمینه‌ی روابط بین فردی، مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۱۳۲. صفحه ۱۲۶-۱۳۷.
۲۱. سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۹). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگاه.
۲۲. شکیبافر، امیر حسین. (۱۳۸۸ / ۱۳۸۹). جلسات آموزش حضوری.
۲۳. شه‌بازی راد افسانه؛ مؤمنی خدا مراد. (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای باکیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری دوره ۶، شماره ۲، صفحه ۹۷-۱۰۳.
۲۴. صاحبی، علی. (۱۳۹۶). چارت تئوری انتخاب. تهران: انتشارات سایه سخن.
۲۵. صاحبی، علی، اسکندری، مهدی. (۱۳۹۷). ما چرا و چگونه رفتار می‌کنیم، تهران: مؤسسه آموزش تئوری انتخاب و واقعیت درمانی ایران.
۲۶. فرهوش، محمد؛ رادمرد، حسین؛ میرمحمدیان، سید محمدحسن؛ پلنگی، زهرا. (۱۳۹۷). مطالعه نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین دینداری با شادکامی. پژوهش‌نامه سبک زندگی، پیاپی ۵، سال چهارم، شماره ۷.
۲۷. قاسم پور جهانگیر؛ قاسم پور، حمید؛ جهانگیر، سهیلا. (بهار ۱۳۹۶). رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی با شادکامی در دانش‌آموزان، مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، دوره ۳، شماره ۴.
۲۸. قران کریم.

۲۹. کاوسی، علی؛ معینی قمچینی، وحید؛ بیکی، فروغ؛ خلیلی، غلامرضا؛ محمدی، غلامرضا؛ بیگی، فریبا؛ ثناگو، اکرم. (۱۳۹۴). بررسی رابطه باورهای فرا شناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی، یک مطالعه مورد- شاهدی. مجله پژوهش پرستاری ایران، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، شماره ۱۲(۱).
۳۰. کاویانی، حسین؛ جواهری، فرزوان؛ بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت‌شناسی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد. افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. سال هفتم. شماره اول. صفحه ۴۹-۵۹.
۳۱. کرد میرزا نیکو زاده، عزت‌الله. (۱۳۸۸). الگوی زیستی-روانی-معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب‌آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر. رساله جهت دریافت دکترای تخصصی (PhD) دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
۳۲. کوچکی، عاشور محمود؛ بیانی، علی اصغر. (۱۳۸۶). اعتبار یابی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، فصل نامه روانشناسی تحولی، شماره ۱۱.
۳۳. کهرازئی، فرهاد؛ میرشکار، طاهره. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش گروهی به همسران بر فعالیت‌های روزانه و کیفیت زندگی بیماران مرد مبتلا به ضایعه نخاعی، فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، جلد ۴ شماره ۱ صفحه ۵۹-۵۴.
۳۴. گلزاری، محمود، اسکندری، حسین، براتی سده، فرید. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر جهت افزایش نشاط خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام (پایان نامه دکتری) دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۳۵. گلسر، ویلیام. (۱۳۹۰). تئوری انتخاب. روانشناسی نوین آزادی و اختیار، ترجمه علی صاحبی. تهران: نشر سایه سخن.
۳۶. گلکاری، سمیه؛ پورشافعی، هادی. (۱۳۹۷). نقش پیش‌بینی‌کننده امید به زندگی در رضایت از زندگی زنان شهر بیرجند. فصلنامه مطالعات فرهنگی اجتماعی خراسان، سال سیزدهم شماره ۲، صفحه ۱۵۳-۱۷۵.
۳۷. محمدی، مصطفی؛ رئوفی کلاچایه، سیده سوسن. (۱۳۹۴). همبستگی تنش شغلی و کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های ویژه مراقبتی بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر زنجان، فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۶(۳).
۳۸. مگیار-مویی، جینا ال، مترجم فرید براتی سده. (۱۳۹۷). فنون روان‌شناسی مثبت‌نگر: راهنمای درمانگران، انتشارات رشد.
۳۹. ملکی، فرحناز؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش مثبت‌نگری زوجی بر اسنادهای زناشویی زنان متأهل، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، جلد ۱ شماره ۱.
۴۰. منتظری، علی؛ طاووسی، محمود؛ حائری مهریزی، علی اصغر، مظفری کرمانی، رامین؛ نقی زاده موعاری، فاطمه مهدی عنبری؛ هاشمی، اکرم. (۱۳۹۷). شادکامی زنان و مردان ایرانی ۲۰ تا ۴۰ ساله و عوامل مرتبط با آن: یک مطالعه ملی. مجله پایش، سال هفدهم شماره ۴ (پیاپی ۸۰، مرداد و شهریور ۱۳۹۷)، صفحه ۴۰۹.
۴۱. موحدی، یزدان؛ خرازی نوتاش، هانیه؛ بیگلو، محمدحسین. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی، نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۲.
۴۲. مهر آفرید، معصومه؛ خاکپور، مسعود؛ جاجرمی، محمود؛ عزیزاده موسوی، ابراهیم. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر سخت‌رویی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی زنان پرستار، نشریه آموزش پرستاری، جلد ۴ شماره ۱. صفحه ۷۲-۸۳.
۴۳. میر هاشمی، مالک؛ مصلحی جویباری، میترا؛ شریفی، نسترن. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با رویکرد شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر شادکامی دانش‌آموزان متوسطه دارای مشکلات سازگاری، مجله پژوهش‌نامه تربیتی، شماره ۴۲.

۴۴. نماشیری، سحر؛ رقیبی، مهوش؛ مظاهری، مهرداد. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش شادکامی بر باورهای غیرمنطقی نوجوانان دختر تحت پوشش سازمان بهزیستی، پایان‌نامه کارشناس ارشد روانشناسی، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، جلد ۱ شماره ۲.
۴۵. نو فرستی، اعظم، حسن‌آبادی، حمیدرضا، پسنیدیده، عباس و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۵) کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی با استفاده از مداخله‌های مثبت‌گرا: مجله‌ی اصول بهداشت روانی سال ۱۸ (۲)، صفحه ۱۰۲-۹۳.
۴۶. نو فرستی، اعظم، روشن، رسول، قتی، لادن، حسن‌آبادی، حمیدرضا، پسنیدیده، عباس. (۱۳۹۵). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیر باوری بر کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی غیر بالینی، مطالعه تک‌آزمودنی چند خط پایه. دوره ۷، شماره ۲۵، صفحه ۱-۲۹.
۴۷. نهج البلاغه. حضرت علی علیه السلام. ترجمه فیض السلام.
۴۸. نیک راهان، غلامرضا؛ عسگری، کریم؛ کلانتری، مهرداد؛ عابدی، محمدرضا؛ اعتصام پور، علی؛ رضایی، عباس؛ هافمن، جف سی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی برنامه‌های آموزش شادی سلیگمن، لیوبومیر سکی و فوردایس در بیماران قلبی: یک ارزیابی روان‌عصب‌ایمنی‌شناختی، تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۳.
۴۹. یدالله پور، محمدهادی؛ حسن‌زاده، رم‌ضان؛ فاضلی کبریا، مهناز. (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی بهبود کیفیت زندگی از منظر اسلام و روانشناسان مثبت‌گرا، مجله دین و سلامت، دوره اول- شماره ۱ صفحه ۷۳-۸۲.
۵۰. یکتا طلب، شهرزاد؛ انصار فرد، فاطمه. (۱۳۹۳). تعیین ارتباط بین سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم، نشریه پرستاری ایران، ۲ (۱)، صفحه ۸۱-۷۲.

English References English References

1. Blume, A. W. (2005). Treating drug problems, New York, John Wiley.
2. Bowen, S. Parks, A. Coumar, and Afmarlatt, G.A. (2006). Mindfulness meditation In the Prevention and Treatment of Addictive behaviors, Rutledge Curzon.
3. Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, Social support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98, 310-357.
4. Cohen, S., Syme S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic press
5. Csikszentmihaly, Mihaly (2009), The Promise of Positive Psychology, *Psychological Topics* 18, 2, 203-211 Original scientific article – UDC – 159.9.019.3
6. Diener, E. (1984). "Subjective well-being". *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
7. Diener, E. (2000). Subjective well-being; the science of happiness and a personal for e national index. *American psychologist*. 55, 34-43.
8. Frijters, P.; and A. Beatton, (2012). "The Mystery of the U-shaped Relationship between Happiness and Age" *Journal of Economic and Organization*, No 82:525-542.
9. Gessler W. [Choice theory of the new personal freedom psychology]. Firouzbakht M. (translator). Tehran: Rasa Cultural Services Institute; 2006:17-27. (Persian)

10. Glasser, W. & Glasser, C. (2005). 8 lessons for successful marriage. Harper Collins, S. N. Y.
11. L. Martikainen. (2008), "Day Laborers' Life Satisfaction: The Role of Familismo, Spirituality, Journal of happiness study, Volume 10, Issue 6.
12. Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (Eds.). (2003). Positive psychological assessment: A handbook of models and measures. Washington, DC: American Psychological Association.No. 2, 103-11
13. Seligman, Martin E. P. and Csikszentmihalyi Mihaly, (January 2000) • American Psychologist.