

## اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین المللی

محمد حکمی<sup>۱</sup>  
احمد برجعلی<sup>۲</sup>  
محمد رضا چنگیز<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر، باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سازگاری میان فرهنگی دانشجویان مرد دانشگاه بین المللی جامعه المصطفای قم انجام گرفت. این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و پی گیری است. جامعه ی پژوهش همه ی دانشجویان مرد شاغل به تحصیل در تابستان ۱۳۹۲ در مدرسه ی المهدی دانشگاه بین المللی جامعه المصطفای قم بود (تعداد ۵۴۳). نمونه ی پژوهش ۳۸ دانشجو را شامل می شد که از سازگاری پایین تری برخوردار بودند و به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش، مداخلات ۱۱ جلسه ای گروهی دریافت داشتند. ابزار اندازه گیری سنجه ی سرنی اسمیت بود. داده ها با روش آماری تحلیل واریانس یک راهه، دو راهه و با اندازه گیری های مکرر تجزیه و تحلیل شد. تفاوت معناداری میان نمره های گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله ی پس آزمون وجود دارد ( $p < 0/05$ ). اما در مرحله ی پی گیری ۲ ماهه ثبات نداشت. همچنین به دلایل خاصی ملیت، سن، تجرد/ تأهل، مدت اقامت و سفر به کشور مبدأ در حین اقامت تأثیری بر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و سازگاری میان فرهنگی نداشت.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، سازگاری میان فرهنگی.

---

۱. دانشکده ی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد کرج.  
۲. دانشکده ی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد کرج.  
۳. دانشکده ی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد کرج.

## مقدمه و بیان مسئله

دینر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳، به نقل از فریش<sup>۲</sup>)، زندگی مطلوب و سازنده و مثبت را در روان‌شناسی مثبت‌نگر، برتری و تفوق شادی (یعنی "تجربه‌ی ذهنی بهروزی و سعادت‌مندی"<sup>۳</sup>)، یا "سلامت" یا عاطفه‌ی خوشایند یا "مثبت" بر تجارب عاطفی ناخوشایند/منفی (مثل اضطراب، افسردگی، خشم) در تجربه‌ی آگاهانه‌ی افراد تعریف می‌کند. او بر شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی بیشتر از عواطف مثبت دیگر تأکید دارد (لازاروس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از فریش). تعریف کیفیت زندگی درمانی نیز از روان‌شناسی مثبت‌نگر چنین است: مطالعه و افزایش دادن شادکامی، نقاط قوت انسانی و کیفیت بهتر زندگی برای همه. بهبود کیفیت زندگی، به عنوان یکی از رویکردهای بیشمار در روان‌شناسی مثبت‌نگر، جهت افزایش شادکامی و کیفیت زندگی انسانی، از رویکرد رضایت‌مندی نسبت به زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، به مراجعان نظریه، اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که در تشخیص، جست و جو و تحقق بخشیدن به مهم‌ترین نیازها، اهداف و خواسته‌های شان در حیطه‌های ارزشمند زندگی کمک می‌کند (فریش، ۱۳۹۰).

استرس فرهنگ‌پذیری پاسخ افراد به رویدادهای زندگی است (که در تماس بینا فرهنگی ریشه دارند)، هنگامی که آن رویدادها از گنجایش افرادی که با آن‌ها سر و کار دارند فراتر می‌رود (بری و آتاکا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از بری و همکاران، ۲۰۰۶). این پاسخ‌ها سطوح بالایی از افسردگی (همبسته با تجربه‌ی فقدان فرهنگی)، و اضطراب (همبسته با تردید درباره‌ی چگونگی زندگی در جامعه‌ی جدید) را دربر می‌گیرند. این مفهوم بسیار شبیه به مفهوم شوک فرهنگی است (ابراگ<sup>۶</sup>، ۱۹۶۰، به نقل از بری و همکاران، ۲۰۰۶). شوک فرهنگی عبارت است از انتقال فرهنگی عمیق و زمانی روی می‌دهد که شخص ناگهان وارد فرهنگی متفاوت می‌شود، یا وفاداری‌های او بین دو فرهنگ تقسیم می‌گردد (سادوک و سادوک<sup>۷</sup>، ۱۳۸۵). یا به تعبیر کوزیک<sup>۸</sup> (۲۰۰۶)، مهاجران خود را در یک "آتش متقابل" از فشارهای اجتماعی و روان‌شناختی می‌یابند.

به باور سادوک و سادوک (۲۰۰۷، ص ۸۹۴) هنگامی که دگرگونی‌های فرهنگی حاد باشند و بر ساز و کارهای سازشی و پشتیبانی‌های اجتماعی افراد آن جامعه چیره شوند، نیز می‌تواند فشار فراوانی فراهم و شوک فرهنگی بیافرینند. شوک فرهنگی با اضطراب، افسردگی، احساس جدا شدن، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت همراه است و با این عوارض و علائم مشخص

1. Diener
2. Frisch
3. well-being
4. Lazarus
5. Berry and Ataca
6. Oberg
7. Sadock and Sadock
8. Kosic

است. بر اساس طبقه‌بندی روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) مسئله‌ی فرهنگ‌پذیری را زمانی به کار می‌برند که کانون توجه بالینی، مسئله‌ای مربوط به سازش با فرهنگی متفاوت است. دوره‌های انتقال فرهنگی، با رسوم متفاوت، و بی‌ثباتی تعیین نقش، می‌تواند آسیب‌پذیری شخص را نسبت به فشار زندگی بیش‌تر کند و انتقال فرهنگی عمیق می‌تواند ناراحتی شدید به وجود بیاورد که همان شوک فرهنگی است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۵). این اختلال در DSM-IV-TR با کد ۶۲٫۴٫۷ مشخص شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ص ۲۵ و ۷۴۱). همچنین باید در بررسی‌های محور ۴ (مشکلات مربوط به محیط اجتماعی، ص ۳۱)، و در بررسی اختلال‌های شخصیت (ص ۶۸۷ و ۷۱۹) به این مسئله توجه داشت.

این پژوهش درصددست‌تأثیربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین‌المللی بررسی نماید و به این پرسش پاسخ گوید که آیا کیفیت زندگی درمانی که مداخله‌ای در روان‌شناسی مثبت‌نگر است می‌تواند با بهبود بخشیدن کیفیت زندگی دانشجویان بین‌المللی و رضایت‌مندی‌شان از زندگی در جهت افزایش سازگاری میان فرهنگی‌شان یاری برساند؟

اهمیت پرداختن به بهزیستی و سلامت روان در مطالعات گوناگون نشان داده شده است. بدین گونه که افراد راضی و خشنود، هیجان‌ات مثبت بیش‌تری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند (اویستر و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از فریش). احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان پیشرفت تحصیلی و رضایت از زندگی بیش‌تری را تجربه می‌کنند (ونسا، بردوین و هابنر، ۲۰۱۰). نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بالاتری دارند. فریش (۱۳۹۰) معتقد است که مطالعه‌ی بهزیستی افراد و جوامع و ارتقای آن بزرگ‌ترین چالش علمی بشر بعد از افزایش و پیشرفت تکنولوژی، پزشکی و ثروت است.

بر همین اساس، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی-رفتاری به دنبال تحول در ۱۶ حوزه‌ی اصلی زندگی: ۱. سلامت، ۲. احترام به خویش، ۳. اهداف و ارزش‌ها (زندگی معنوی)، ۴. پول (استانداردهای زندگی)، ۵. کار، ۶. سرگرمی یا تفریح، ۷. یادگیری، ۸. خلاقیت، ۹. کمک و دستگیری (خدمات اجتماعی و فعالیت‌های شهروندی)، ۱۰. عشق، ۱۱. دوستان (دوستی)، ۱۲. کودکان، ۱۳. بستگان و اقوام، ۱۴. خانه، ۱۵. محله و ۱۶. اجتماع است (فریش، ۱۳۹۰؛ قاسمی، کجیاف و ربیعی، ۱۳۹۰؛ پاداش و همکاران، ۱۳۹۰؛ مگیار-موئی، ۱۳۹۱).

با وجود اهمیت و ضرورت این نوع درمان‌ها که در مداخلات خود به ابعاد مختلف زندگی افراد توجه دارند و بر پیشگیری و ارتقای سلامت روان و رضایت از زندگی تأکید می‌کنند و کمبود تحقیقات بالینی و کنترل‌شده در ایران، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت

1. Ositer et al.

2. Vanessa, Bordwine and Hubebner

زندگی درمانی بر شاخص‌های سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین‌المللی انجام شد. همان‌گونه که فریش (۱۳۹۰) متذکر شده است کاربرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، که رویکردی مبتنی بر شواهد است، در مرحله‌ی حاد، مستمر و پیشگیری از عود/نگهداری از درمان افسردگی و سایر اختلال‌های روانی مبتنی بر DSM-IV-TR و نیز کاربرد آن در جمعیت‌های غیربالینی "ناب" در روان‌شناسی مثبت‌نگر، مستلزم مطالعه‌ی بیش‌تر در زمینه‌ی کارآمدی و سودمندی آن است. البته، تقریباً در تمامی رویکردهای روان‌شناسی مثبت‌نگر که منتشر شده‌اند، پژوهش‌های حمایت‌کننده‌ی کمی در مورد اثرات و بازده درمانی آن‌ها وجود دارد. از این‌رو، این پژوهش می‌تواند: ۱. گامی در جهت مطالعه‌ی کارآمدی بیش‌تر مداخله‌ی گروهی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی؛ و ۲. به طریق اولی، گامی در جهت اثبات کارآمدی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت باشد. از این‌رو فرضیه‌های این پژوهش بدین شرح‌اند: ۱. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین‌المللی را به گونه‌ی معناداری افزایش می‌دهد؛ و ۲. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در مرحله‌ی پی‌گیری ثبات دارد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس کنترل متغیرها از نوع نیمه آزمایشی و بر اساس هدف از نوع کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه اجرا می‌شود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش کلیه‌ی دانشجویان بین‌المللی مدرسه‌ی المهدی دانشگاه بین‌المللی جامعه‌المصطفای قم بود. حجم نمونه از میان دانشجویانی که در ترم تابستان در آن مدرسه حضور داشتند و در دسترس بودند (و از میان ۹۶ نفری که به پرسشنامه‌ی سازگاری میان فرهنگی پاسخ داده بودند) و ۳۸ نفر از کسانی بودند که از سازگاری ضعیفی در سازگاری میان فرهنگی برخوردار بودند که به صورت تصادفی به دو گروه ۱۹ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. از هر دو گروه با استفاده از سنجه‌ی سازگاری سرنی اسمیت<sup>۱</sup>، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش، تحت ۱۱ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفت. گروه گواه طی این مدت هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان یافتن دوره‌ی آموزشی، هر دو گروه، دوباره همان پرسشنامه را پر کردند. سرانجام، پس از ۲ ماه آزمون پی‌گیری از ایشان به عمل آمد.

### ابزار اندازه‌گیری

ابزار اندازه‌گیری این پژوهش مقیاس سازگاری میان فرهنگی سرنی - اسمیت (۲۰۰۰) است. سنجه‌ی سازگاری سرنی - اسمیت (CSA)، پرسش‌نامه‌ی جامعی است که لئونارد

1. CernySmith Adjustment (CSA)

سرنی<sup>۱</sup> و دیوید اسمیت<sup>۲</sup> آن را برای سنجش میزان استرس ناشی از تجربه‌ی شخصی، اجتماعی، فرهنگی و سازمانی اشخاص توسعه داده‌اند. ارزیابی این استرس کلی به منظور کمک‌های آموزشی، راهنمایی و مشاوره‌ای صورت می‌گیرد. این مقیاس، از ۹۷ پرسش تشکیل شده است و استرسی را اندازه‌گیری می‌کند که با رفاه و بهروزی افرادی در ارتباط است که در فرهنگ خودشان یا به صورت میان فرهنگی زندگی یا کار می‌کنند. این سنجش برای افراد ۱۴ سال به بالا طراحی شده است. لئونارد سرنی، در سال ۱۹۹۵، نیاز برای سنجش استرس و بهروزی تیم‌های بین‌المللی را با در نظر گرفتن سازگاری میان فرهنگی و مشکلات توجه‌شان احساس کرد. سرنی طی مشورت با کلی اودانل<sup>۳</sup>، سنجش‌ی آزمایشی ۱۰۰ آیتمی‌یی را بر اساس مقیاس لیکرت به عنوان فرم موازی SCL-۹۰<sup>۴</sup> توسعه داد. پرسش‌نامه‌ی آزمایشی، CHOPS ۱۰۰ نامیده شد و در دسترس جامعه‌ی مبلغان مذهبی و انسانی<sup>۵</sup> قرار گرفت. برای ۵ سال آینده، پیشرفت‌هایی بر اساس آموزش و مشاهدات بالینی فراهم آمد. در سال ۲۰۰۰، لئونارد سرنی و دیوید اسمیت سنجش‌ای را برای پژوهش‌های بین‌المللی ارائه کردند و آن را به نمایه‌ی سازگاری سرنی-اسمیت<sup>۶</sup> تغییر نام دادند. سنجش‌ی تجدید نظر شده بعدها به عنوان سنجش‌ی سازگاری سرنی-اسمیت معروف شد (روزنباخ، ۲۰۱۰). این سنجش تصویر فوری جدیدی از مهارت‌ها- فشارهای روانی سازگاری فراهم می‌کند. این ارزیابی برای کارکنان در خارج از کشور/یا اعضای خانواده، می‌تواند به عنوان راهی برای فراهم آوردن داده‌ها جهت ایجاد یک خط پایه و مقایسه‌های بعدی عمل کند (استونسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). این سنجش در ۵ نسخه در دسترس است: سنجش‌ی تجاری (CSA-B) برای مهاجران و خانواده، سنجش‌ی دیپلماتیک (CSA-D) برای دیپلمات‌ها و خانواده، سنجش‌ی نظامی (CSA-M) برای کادر نظامی و خانواده، سنجش‌ی غیرانتفاعی (CSA-N) برای سازمان‌های غیردولتی (NGOs) و خانواده، و سنجش‌ی دانشجویی (CSA-S) برای دانش‌آموزان یا دانشجویان (روزنباخ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

### پایایی<sup>۹</sup>:

پرسش‌نامه‌ی CSA استرس را در ۲۰ مقیاس و در ۵ بخش عمده اندازه‌گیری می‌کند: سازمانی، فرهنگی، ارتباطی، رفتاری و فردی (استونسون، ۲۰۰۸). روزنباخ (۲۰۱۰) پایایی دامنه‌ها و مقیاس‌های این سنجش را با استفاده از آلفای کرونباخ در جدول ۱ نشان داده است:

1. Leonard Cerny
2. David Smith
3. Kelly O'Donnell
4. Symptom checklist 90 (SCL-90)
5. Missionary and humanitarian coaching community
6. CernySmith Adjustment Index (CSAI)
7. Stevenson
8. Rosenbusch
9. Reliability

## جدول ۱. پایایی دامنه ها و مقیاس های سنجی سرنی اسمیت

ارتباط سازمانی (۰/۸۷)	دامنه ی سازمانی (۰/۸۷)
حمایت سازمانی (۰/۸۶)	
حجم کار (۰/۷۷)	
همدم (۰/۷۸)	
مهارت های فرهنگی (۰/۸۱)	دامنه ی فرهنگی (۰/۹۴)
انتقال ها (۰/۹۲)	
روابط فرهنگی (۰/۹۲)	
بحران موقعیتی (۰/۷۴)	
حمایت ارتباطی (۰/۸۵)	دامنه ی ارتباطی (۰/۹۰)
ارتباط مؤثر (۰/۸۲)	
سازگاری خانوادگی (۰/۶۸)	
گستره ی خانواده / دوستان (۰/۶۸)	
حالت ارتجاعی (۰/۸۸)	دامنه ی رفتاری (۰/۹۲)
تصمیم گیری (۰/۸۴)	
خوشبینی (۰/۹۳)	
مدیریت استرس (۰/۹۴)	
معنویت (۰/۸۸)	دامنه ی شخصی (۰/۹۴)
عادت ها (۰/۸۱)	
سلامت جسمانی (۰/۷۸)	
فشارهای روانی گذشته (۰/۶۹)	

روایی این پرسشنامه، در این پژوهش با استفاده از آلفای کرانباخ محاسبه گردید. ضریب آلفای کرانباخ به دست آمده برابر با ۰/۹۱۸ است.

روایی<sup>۱</sup>

کارلین نلسن<sup>۲</sup> (به نقل از روزنباخ، ۲۰۱۰) تعداد آیتم های این پرسشنامه را با حذف آیتم هایی که همبستگی آن ها کم تر از ۰/۳۰ بود از ۱۰۰ آیتم به ۹۷ آیتم فرو کاست. عوامل با حذف عواملی که آلفای کرانباخ آن ها کم تر از ۰/۶۵ بود از ۲۲ عامل به ۲۰ عامل کاهش یافت. ۲۰ عامل بر اساس تحلیل عاملی و تحول نظری در ۵ دامنه دسته بندی شد. آزمون آبرای میانگین نمرات مردان و زنان نشان داد که آن ها در سطح اطمینان ۰/۹۵ تفاوت معناداری دارند و در نتیجه هنجارهای زنان و مردان جداگانه است.

1. Validity

2. Carlene Nelson

امیلی هروی<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) از دانشگاه رجنت<sup>۲</sup> پشتیبانی اعتبار اضافه‌ای برای سنجی CSAI در پژوهش خود در سال ۲۰۰۹ با تمرکز بر انتقال فرهنگی و سازگاری دانشجویان سه فرهنگی فراهم آورد. در سال ۲۰۱۰ کتی روزنباخ از دانشگاه جرج واشنگتن<sup>۳</sup> دریافت که CSA یک سنجی جامع سازگاری میان فرهنگی است که در پژوهش بر روی تأثیر سبک‌های ارتباطی خانواده‌ی متعادل در سازگاری میان فرهنگی خانواده‌های کارکنان یک شرکت بزرگ چندملیتی کاربرد دارد (روزنباخ، ۲۰۱۰).

### نمره‌گذاری

در این مقیاس، به گزینه‌ی هیچ، نمره‌ی ۰؛ به گزینه‌ی کم، نمره‌ی ۱؛ به گزینه‌ی تا حدی، نمره‌ی ۲؛ به گزینه‌ی زیاد، نمره‌ی ۳ و به گزینه‌ی خیلی زیاد، نمره‌ی ۴ تعلق می‌گیرد و دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۳۸۸ است.

### یافته‌ها

برای توصیف ویژگی‌های گروه نمونه از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی مانند فراوانی، میانگین، میانه، نما، واریانس، انحراف معیار، کمینه و بیشینه و نمودارها استفاده شده است. سپس برای بررسی و تحلیل فرضیه‌ها از آزمون‌های آمار استنباطی تحلیل واریانس یک طرفه و تحلیل واریانس بین‌موردی فاکتوریال استفاده گردیده است.

### جدول ۲. شاخص‌های آماری مربوط به سن دو گروه

شاخص آماری	میانگین	میانه	نما ۱	نما ۲	انحراف استاندارد واریانس	کمینه	بیشینه
سن (گروه آزمایش)	۲۵/۹	۲۵/۵	۲۶/۷	۱۹/۵	۵/۲	۱۶	۳۰
سن (سال)	۲۵/۸	۲۴	۲۷/۵	-	۳/۳	۱۸	۳۳

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین سنی افراد در گروه آزمایش ۲۵/۹ و در گروه گواه ۲۵/۸ است. کمسالترین فرد گروه آزمایش ۱۶ و سالمندترین فرد این گروه ۳۰ سال دارند. کمسالترین فرد گروه گواه ۱۸ و سالمندترین فرد این گروه ۳۳ سال دارند.

### جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی گروه آزمایش و گروه گواه بر حسب سن

طبقه سنی	۲۰-۱۶	۲۵-۲۱	۳۰-۲۶	۳۵-۳۱
تعداد در گروه آزمایش	۱	۸	۱۰	۰
درصد	۵	۴۲	۵۳	۰
تعداد در گروه گواه	۴	۴	۹	۲
درصد	۲۱	۲۱	۴۷	۱۱

1. Emily Hervey

2. Regent University

3. Georg Washington University

## جدول ۴. فراوانی و درصد فراوانی افراد گروه آزمایش و گواه بر اساس مدت اقامت

شاخص	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد
درصد گروه آزمایش	۵/۹	۱/۰	۱۲/۰	۳/۰
درصد گروه گواه	۵/۳	۱/۰	۹/۰	۲/۳

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، میانگین مدت اقامت افراد در گروه آزمایش ۵/۹ ماه و در گروه گواه ۵/۳ ماه است.

## جدول ۵. درصد ترکیب مدت اقامت در گروه آزمایش و گروه گواه

طبقه (تعداد ماه)	۱۱ الی ۴	۵ الی ۸	۹ الی ۱۲
مدت (گروه آزمایش)	۶	۹	۴
درصد	۳۲	۴۷	۲۱
مدت (گروه گواه)	۶	۱۱	۲
درصد	۳۲	۵۸	۱۱

## جدول ۶. گروه آزمایش و گروه گواه به تفکیک ملیت

ملیت	پاکستان	هند	چین	آذربایجان	ایران	بنگلادش	نیپال	ویتنام	مالزی	تایلند	اندونزی	سنگاپور	ژاپن	آنگولا	جمع
تعداد در گروه آزمایش	۶	۶	۲	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۹
تعداد در گروه گواه	۷	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۹

همان گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود بیش‌ترین دانشجویان گروه آزمایش با نسبت ۳۲ درصد از دو ملیت هند و پاکستانی هستند و بیش‌ترین شرکت‌کنندگان گروه گواه با نسبت ۳۷ درصد پاکستانی و در رتبه‌ی بعدی شرکت‌کنندگان چینی با نسبت ۱۱ درصد از کل افراد گروه هستند.

## جدول ۷. نمره‌های سازگاری میان فرهنگی گروه آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

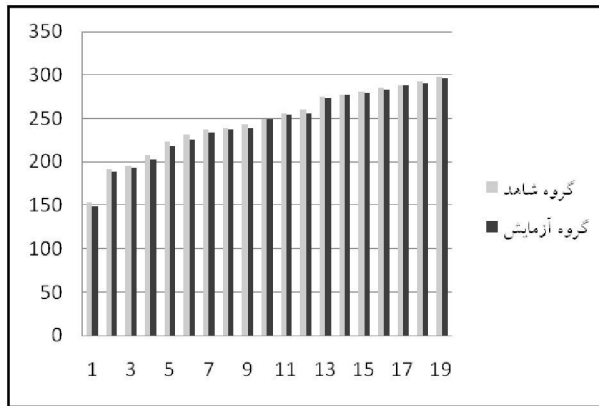
شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمینه	بیشینه
گروه آزمایش (پیش‌آزمون)	۲۴۶/۶۸۴۲	۳۹/۳۵۸۸۲	۱۵۴۹/۱۱۶۷۱	۱۴۹	۲۹۶
گروه گواه (پیش‌آزمون)	۲۴۳/۹۴۷۴	۴۰/۳۹۷۳۰	۱۶۳۱/۹۴۱۸	۱۵۳	۲۹۷
گروه آزمایش (پس‌آزمون)	۲۶۳	۴۲/۷۷۸۵۰	۱۸۳۰/۰۰۰۰۶	۱۹۹	۳۴۷
گروه گواه (پس‌آزمون)	۲۳۲/۱۵۳۸	۳۱/۹۶۰۵۱	۱۰۲۱/۷۶۷۶۱	۱۹۰	۲۸۷

همان گونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌گردد میانگین نمره‌های پیش‌آزمون سنجه‌ی سازگاری میان فرهنگی سرنی اسمیت در گروه آزمایش ۲۴۶/۶۸ با انحراف استاندارد ۳۹/۳۶

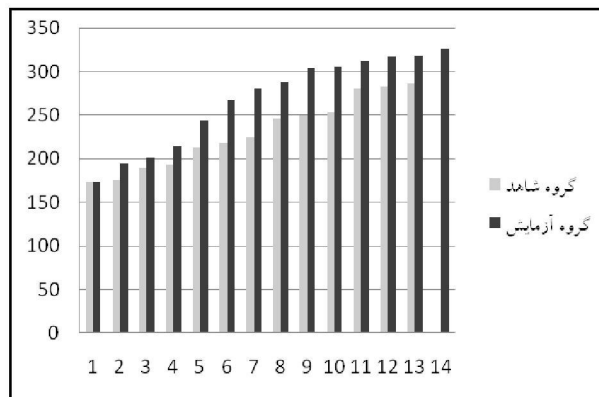


است. حداقل نمره در این گروه ۱۴۹ و حداکثر نمره ۲۹۶ است. میانگین نمره های پیش آزمون سنجه ی سازگاری میان فرهنگی سرنی اسمیت در گروه گواه ۲۴۳/۹۵ با انحراف استاندارد ۴۰/۴۰ است. حداقل نمره در این گروه ۱۵۳ و حداکثر نمره ۲۹۷ است.

هم چنین، میانگین نمره های پس آزمون سنجه ی سازگاری میان فرهنگی سرنی اسمیت در گروه آزمایش ۲۳۲/۱۵ با انحراف استاندارد ۳۱/۹۶ است. حداقل نمره در این گروه ۱۹۰ و حداکثر نمره ۲۸۷ است. میانگین نمره های پس آزمون سنجه ی سازگاری میان فرهنگی سرنی اسمیت در گروه گواه ۲۶۳ با انحراف استاندارد ۴۲/۷۸ است. حداقل نمره در این گروه ۱۹۹ و حداکثر نمره ۳۴۷ است.



نمودار ۱. مقایسه نمره های گروه آزمایش و گروه گواه در پیش آزمون



نمودار ۲. مقایسه ی نمره های گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله ی پس آزمون

همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود، نمره های دو گروه در مرحله ی پیش آزمون، تفاوت چندانی ندارند و همان گونه که در نمودار ۲ مشاهده می شود، نمره های گروه آزمایشی و گواه در مرحله ی پس آزمون تفاوت دارند.

### تحلیل داده ها

در این پژوهش چون از آزمودنی ها، پیش آزمون گرفته شده است و از آن جا که پیش آزمون در نمره های پس آزمون آزمودنی ها دخالت دارد برای کاهش اثر آن و تعدیل نمره های پس آزمون به منظور تعیین نهایی روش مداخله از تحلیل واریانس استفاده شده است. جهت آزمون انحراف از مفروضه ی همگنی واریانس در هر یک از متغیرهای وابسته، آزمون لوین برای یکسانی خطای واریانس ها انجام شد. نتایج آزمون لوین در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۸. آزمون همگنی واریانس ها (پیش آزمون)

آماره ی لوین	F	سطح معناداری
۰/۰۲۶	۰/۸۷۳	۰/۰۵
df <sub>1</sub> =۱, df <sub>2</sub> =۲		

همان گونه که جدول ۸ نشان می دهد این آزمون برای ارزیابی متغیر وابسته معنی دار است ( $p > 0/05$ ) که نشانگر برابری واریانس خطای متغیر وابسته در سطوح متغیر مستقل (یعنی گروه آزمایش و گروه گواه) است. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای تحلیل داده های پژوهش حاضر منطقی به نظر می رسد.

آماره ی ANOVA تک متغیری در مورد متغیر وابسته اجرا شد تا منبع معناداری آماری اثر متغیر مستقل تعیین شود. در ادامه آماره ی ANOVA تک متغیری در مورد متغیر وابسته همراه با فرضیه ی مربوطه توضیح داده شده است.

فرضیه ی ۱: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین المللی را افزایش می دهد.

برای پاسخ به آزمون این فرضیه از مدل تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آن در جدول ۹ نشان داده شده است.

جدول ۹. تحلیل واریانس (پیش آزمون)

نمره ها	جمع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه ها	۷۱/۱۵۸	۱	۷۱/۱۵۸	۰/۰۴۵	
درون گروه ها	۵۷۲۵۹/۰۵۳	۳۶	۱۵۹۰/۵۲۹	۰/۰۵	
جمع	۶۴۷۲۸/۵۹۱	۳۷			

#### 1. Levene's Test of Equality of Error Variances

همان گونه که در جدول ۹ نشان داده شده است، بین میانگین دو گروه در پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشده است:  $F(1,36)=0.45; p < 0.5$ .

جدول ۱۰. آزمون همگنی واریانس ها (پس آزمون)

سطح معناداری	F	آماره ی لوین
۰/۰۵	۰/۳۴۲	۰/۹۳۹

$df_1=1, df_2=2$

همان گونه که جدول ۱۰ نشان می دهد این آزمون برای ارزیابی متغیر وابسته معنی دار است ( $p > 0.05$ ) که نشانگر برابری واریانس خطای متغیر وابسته در سطوح متغیر مستقل (یعنی دو گروه آزمون و گواه) است.

جدول ۱۱. تحلیل واریانس (پس آزمون)

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	df	جمع مجزورات	نمره ها
	۴/۴۴۸	۶۴۱۳/۱۵	۱	۶۴۱۳/۱۵	بین گروه ها
۰/۰۵		۱۴۴۱/۹۰۸	۲۵	۳۶۰۴۷/۶۹۲	درون گروه ها
			۲۶	۴۲۴۶۱/۴۰۷	جمع

همان گونه که در جدول ۱۱ نشان داده شده است، بین میانگین دو گروه در پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده شده است:  $F(1,25)=4.448; p > 0.5$ .

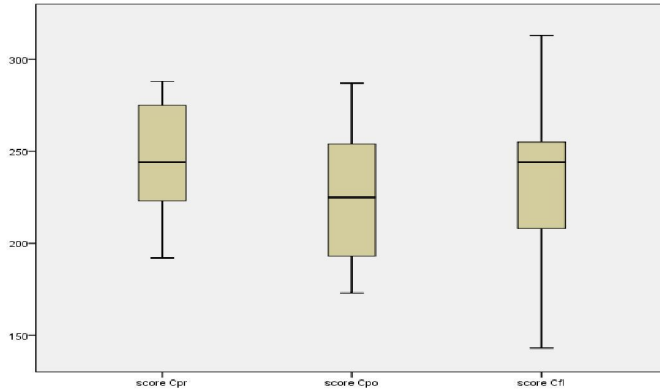
### آزمون پی گیری

برای تعیین ثبات آموزش تا ۲ ماه پس از آن، آزمون اندازه گیری مکرر به روش آنالیز واریانس درون موردی دو فاکتوری انجام گرفته است.

جدول ۱۲. خلاصه ی پردازش موارد

نمره	موارد					
	معتبر		مفقود		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیش آزمون	۱۴	٪۱۰۰	۱۴	٪۱۰۰	۱۴	٪۱۰۰
پس آزمون	۱۴	٪۱۰۰	۱۴	٪۱۰۰	۱۴	٪۱۰۰
پیگیری	۱۴	٪۱۰۰	۱۴	٪۱۰۰	۱۴	٪۱۰۰

جدول ۱۲ آمار توصیفی در خصوص اعتبار و میزان داده های قابل استفاده است که در نمودار ۳ نیز نشان داده شده است.



نمودار ۳. نمایش پردازش داده‌ها

نمودار ۳ نشان می‌دهد که داده‌ها پرت نیست و بدون عیب است و تمامی آن‌ها در آزمون مورد استفاده قرار گرفته‌اند. نمودار فوق شواهدی در خصوص داده‌های پرت و تابع به شدت چوله نشان نمی‌دهد. پس نیازی به حذف یا اقدامات تبدیلی وجود ندارد و می‌توان آنالیز واریانس را انجام داد. جدول ۱۳ توصیف داده‌های مورد آزمون مکرر برای گروه گواه مانند میانگین و انحراف معیار است.

جدول ۱۳. میانگین و انحراف استاندارد هر سه آزمون

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۳	۳۳/۲۴۲۷۰	۲۴۴/۰۷۶۹	پیش آزمون گروه گواه
۱۳	۳۴/۳۷۰۱۶	۲۴۰/۸۴۶۲	پیش آزمون گروه آزمایش
۱۳	۴۰/۱۸۸۸۲	۲۲۹/۸۴۶۲	پس آزمون گروه گواه
۱۳	۵۱/۵۹۹۴۲	۲۶۳/۰۰	پس آزمون گروه آزمایش
۱۳	۴۷/۸۶۷۸۷	۲۴۳/۰۰	پی گیری گروه گواه
۱۳	۵۳/۸۶۶۲۹	۲۵۷/۹۲۳۱	پی گیری گروه آزمایش

لازم به ذکر است که طی دوره‌ی زمانی که پژوهش در مدرسه‌ی المهدی در جریان بود تعدادی از افراد گروه آزمایش و نمونه به کشور خود مراجعت کردند. از این رو، کاهش تعداد افراد به دلیل ریزش حجم نمونه در مراحل پس آزمون و پی گیری است.

جدول ۱۴. آزمون کروی بودن ماخلی

df	مقدار تقریبی خی دو	ماخلی	تأثیر بین موضوعات
۲	۳/۰۴۱	۰/۷۵۸	سازگاری
۰	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	گروه
۲	۰/۵۷۲	۰/۹۴۹	سازگاری* گروه

مطابق جدول ۱۴ مقدار احتمال معنی دار بودن آزمون کرویت ماخلی برای فاکتور برای نمره ی آزمون سازگاری برابر  $\text{sig}=0,758 < 0,05$  و برای اثر متقابل بین گروه آموزش و گروه گواه و نمرات سه مرحله آزمون برابر  $\text{sig}=0,949 < 0,05$  می باشد و دلیلی بر غیر یکنواخت بودن کواریانس وجود ندارد (آزمون ماخلی رد می گردد) پس می توان از آزمون F معیار کرویت مفروض استفاده نمود و نیازی به معیارهایی محافظه کارانه تر نیست.

جدول ۱۵. آزمون تأثیرات بین موضوعات

منبع	سازگاری	خطا (سازگاری)	گروه	خطا (گروه)	خطا (سازگاری* گروه)	گروه* سازگاری
جمع مربع ها	۲۴۴/۰۲۶	۲۹۲۲۲/۹۴۷	۶۲۸۲/۰۵۱	۱۹۲۶۶/۲۸۲	۴۶۵۰/۴۸۷	۲۴۳۴۷/۱۷۹
df	۲	۲۴	۱	۱۲	۲	۲۴
میانگین مربع ها	۱۲۲/۰۱۳	۱۲۱۷/۶۲۴	۶۲۸۲/۰۵۱	۱۶۰۵/۵۴۲	۲۳۲۵/۲۴۴	۱۰۱۴/۴۶۶
F	۰/۱۰۰		۳/۹۱۳		۲/۲۹۲	

مطابق جدول ۲۰ در آزمون مکرر تاثیر فاکتور آموزش سازگاری و مقدار آماره F مربوطه به صورت ذیل گزارش می گردد:

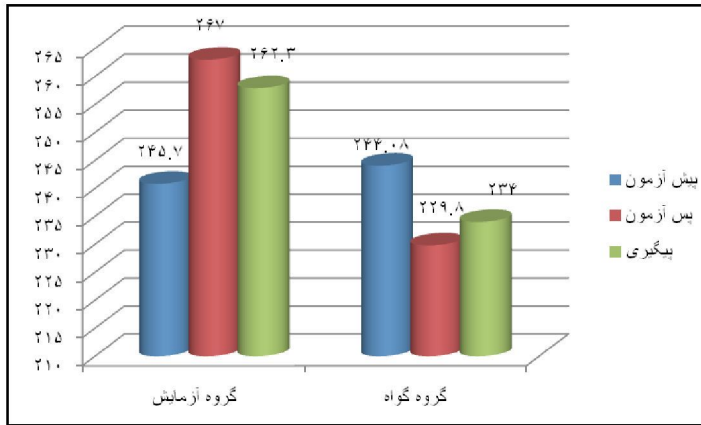
$$F(2,24) = 0,1 < 0,05 = p;$$

مطابق آماره ی F آزمون تکراری، آموزش سازگاری در نمره ی پی گیری ثبات نداشته است. به عبارتی، در سطوح اطمینان ۹۰ و ۹۵ درصد معنی دار نیستولی به دلیل بیش تر بودن مقدار F برآوردی برای فاکتور گروه از مقدار بحرانی آن در سطح اطمینان ۹۰ درصد از این رو تأثیر آموزش در اختلاف امتیاز سازگاری بین دو گروه آموزش و گواه در سطح ۹۰ درصد قابل قبول است که این نتیجه را می توان به صورت ذیل بیان نمود:

$$F(1,12) = 3,91 < 3,17 = p; 0,1 < 0,05 = p;$$

در این آزمون، بررسی تأثیر متقابل گروه ها و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نیز بررسی و تأثیر این دو مقوله بر همدگر سطح ۵ و ۱۰ درصد (سطح اطمینان ۹۰ و ۹۵ درصد) معنی دار نیست که این مطلب را می توان به صورت زیر بیان کرد:

$$F(2,24)=2,29; p<0,5$$



نمودار ۴. مقایسه‌ی میانگین دو گروه در هر سه آزمون (نمودار ستونی)

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر شاخص‌های سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین‌المللی انجام پذیرفت. بر پایه‌ی تجزیه و تحلیل آماری فرضیه‌ی نخست و با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه، این فرضیه با ۰/۹۵ درصد اطمینان تأیید می‌گردد. پس، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش سازگاری میان فرهنگی دانشجویان بین‌المللی مؤثر است. بر پایه‌ی بررسی‌های پژوهشگر تا تاریخ انجام گرفتن این پژوهش، پژوهش دیگری در این باره صورت نگرفته است، از این رو، این پژوهش مؤید یا ناقض هیچ پژوهش دیگری نیست.

اصول شادمانی در بهبود کیفیت زندگی از مفاهیم، نگرش‌ها، مهارت‌ها، نقاط قوت و طرح‌واره‌ها یا باورهای مثبت (سلامت و شادابی مغایر با طرح‌واره‌ها یا باورهای منفی است)، تشکیل می‌شود که بهبود شادمانی، خرسندی و رضایت مندی پایدار از زندگی کمک می‌کند. اصلی که در روان‌شناسی مثبت، نقطه‌ی قوت فردی محسوب می‌شود، این است که این اصول دائماً در زندگی روزمره عملی هستند. علاوه بر اصول سی‌گانه‌ی کلی، اصول مربوط به حیطه‌های خاص زندگی را در هر حیطه‌ی خاص می‌توان یافت. مثلاً اصل مربوط به صداقت عاطفی و سود بانکی در حیطه‌ی تقویت روابط. در بهبود کیفیت زندگی، بالینگران، اصول را مورد بررسی قرار می‌دهند تا با نیازهای خاص مراجعان تناسب داشته باشد و بیش‌ترین کمک را به آن‌ها بکند. سپس خواندن اصول قابل کاربرد به افراد توصیه می‌شود و از آن‌ها درخواست می‌شود که این اصول را به عنوان بخشی از تکالیف خانگی در بهبود کیفیت زندگی به کار گیرند. فراگیری این اصول، تکنیک‌های مرورکننده و ارزشمندی برای کسانی است که خواهان دست‌یابی به فواید کامل‌انگاره‌ها و مهارت‌ها در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی هستند.

مرور این اصول به عنوان برنامه‌ای آرامش بخش توصیه شده است. در نظریه‌ی کیفیت زندگی، عواطف و هیجان‌ها و قضاوت‌های مربوط به رضایت مندی جنبه‌ی انطباقی دارند و پس‌خوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌سازند. در حالی که عواطف مثبت خوشایند از درک و شناخت این نکته حاصل می‌شود که فرد به نیازها، اهداف و آرزوهای خود رسیده و آن‌ها را متحقق ساخته است. عواطف و هیجان‌های منفی موانعی را در تحقق حیطه‌های ارزشمند زندگی نشان می‌دهد. عواطف و هیجان‌هایی که معمولاً با تجربه‌ی ذهنی سلامت همراه است، خرسندی، رضایت مندی، شادی، مسرت، خوشی، شور و شوق را شامل می‌شوند. عواطف و هیجان‌های مثبت همچین احساس امنیت، آرامش، امید، خوش بینی، احساس غرور و افتخار نسبت به دستاوردها، عشق، دل‌بستگی، رهایی (رهایی حاصل از کاهش یا حذف یک تهدید، آسیب، فقدان یا حسرت) را شامل می‌شود و عواطف و هیجان‌های مثبت زیبایی‌شناختی (در پاسخ به هنر، طبیعت یا فعالیت مذهبی) و نیز لحظات خاص سرخوش، شغف و شوق و ذوق را در برمی‌گیرد. به عقیده‌ی پژوهشگران، شادمانی مستمر و رضایت مندی از زندگی نشان دهنده‌ی عملکرد خوب در تحقق بخشیدن به جنبه‌های ارزشمند زندگی است که به فواید بی‌شماری می‌انجامد.

همان‌گونه که ادبیات و مستندات نشان داده‌اند درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش علائم اضطراب، و سواس فکری - عملی، افسردگی، نشانه‌های جسمانی سازی و بدکارکردی اجتماعی، و افزایش سطح کیفیت زندگی، شادکامی، بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی و کیفیت روابط مؤثر است. از این رو، شاید این رویکرد توانسته باشد علائم و نشانه‌های استرس فرهنگ‌پذیری را در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش و با افزایش نسبی کیفیت زندگی، سطح کلی رضایت مندی و در نتیجه سطح کلی سازگاری میان فرهنگی دانشجویان گروه آزمایش را افزایش دهد.

دانشجوی دینی بودن جمعیت مورد مطالعه از یک سو، و تأکید مضاعف آموزه‌های دینی بر حیطه‌های مورد تأکید در رویکرد بهبود کیفیت زندگی، از سوی دیگر می‌تواند احساس تناسب فرهنگی را افزایش و احساس فاصله‌ی فرهنگی را کاهش دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این دو عامل آشکارا سازگاری میان فرهنگی افراد را تحت الشعاع قرار می‌دهند. طی جلسات گفت و گو و آموزش، این دانشجویان از احساس طرد شدن، عدم توجه به مسائل سلامتی، و بیماری خود یا اعضای خانواده، ساعات و تکالیف درسی زیاد، احساس درک نشدن (ضعف در ارتباط‌های کلامی و غیر کلامی)، احساس تهدید (چه در کشور مبدأ، برای نمونه، جنگ‌های داخلی و چه در کشور میزبان، برای نمونه، حوادث رانندگی شهر محل اقامت)، وضعیت نامطلوب اقتصادی، بهداشتی و رفاهی در رنج بودند. مواردی که در حیطه‌های ارزشمند زندگی در رویکرد بهبود کیفیت زندگی به شدت مورد تأکید هستند.

از آن جایی که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، رویکردی جامع و همه‌جانبه به حیطه‌های با ارزش زندگی است و از آن جا که تکنیک‌های مقابله‌ای مسئله‌محوری بر مبنای

آموزش شناختی در آن گنجانده شده است، می‌تواند مؤید یافته‌های باردی و گوئرا (۲۰۱۱) و ایمان و مرادی (۱۳۸۹) باشد. از سوی دیگر، دایره‌ی شمول این رویکرد، تنظیم هیجانی و مقابله‌های هیجان‌مدار از جمله، تکنیک‌های مراقبه و تنفس تأویبی و غیره را نیز در برمی‌گیرد. از این رو، یافته‌های این پژوهش، مؤید پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش جعفری‌نیا و بذرافشان (۱۳۹۰)؛ ایمان و مرادی (۱۳۸۹)؛ باردی و گوئرا (۲۰۱۱)؛ رزنی، گاردنر و هونگ (۲۰۱۱)؛ گونگور، فلیشمان و فالت (۲۰۱۱)؛ و سود، مندز و کندال (۲۰۱۲) است.

بر همین اساس و با گسترش مهارت‌های مقابله با استرس، گسترش شبکه‌ی روابطی و حمایتی و پیوندهای دوستانه یا دوستی‌های درون‌گروهی که در حیطه‌های پر اهمیت رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر آن‌ها تأکید شده است نتایج این فرضیه با یافته‌های کو (۲۰۱۱)؛ لیم، استورمشاک و فالکنشتاین (۲۰۱۱)؛ کاشیما و پیلایی (۲۰۱۱) و تیتزمان، سیلبرسین و مش (۲۰۱۲) همراستا است.

بر پایه‌ی تجزیه و تحلیل آماری فرضیه‌ی دوم و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر این فرضیه تأیید نشد. البته، شایان ذکر است که با توجه به یافته‌های آماری، نمره‌های گروه آزمایش در این مرحله به طرز معناداری (سطح ۰/۰۹) از نمره‌های گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون و گروه گواه در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری بیش‌تر است.

آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، از همان‌الگوی پیشگیری از عود پیروی می‌کند که در درمان و پژوهش اعتیاد به کار گرفته می‌شود. مراجعان در این نوع درمان نیز ممکن است در رابطه با علائم و اختلال‌های گوناگون و بی‌شمار مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی (DSM-IV-TR)، دچار تزلزل، سیر قهقراپی، عود یا فروپاشی گردند. البته، مراجعان به رویکردهای روان‌شناسی مثبت صرف، ممکن است پس از روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، دچار کاهش شادکامی و خرسندی، اختلال‌های کارکردی، عادات‌های غلط ناسالم یا منفی شوند یا کاملاً شرایط غیر تقویت‌کننده و پرچالشی را انتخاب کنند و دستخوش افکار، احساسات و رفتارهایی شوند که قبلاً در این نوع روش درمانی بهبود یافته بودند. در این حالت، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به دو نوع عود توجه دارد: ۱. عود یا برگشت ناخرسندی و ۲. عود اختلال‌های موجود در DSM-IV-TR. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نیز درست همان‌گونه که به گرایش‌های عود در مراجعان بالینی و اختلال‌های DSM-IV-TR نگریسته می‌شود، به گرایش‌های عود توجه دارد. این عود در مراجعان به رویکردهای روان‌شناسی مثبت رخ می‌دهد به طوری که پیشرفت و بهبود آن‌ها در زمینه‌ی رضایت‌مندی از زندگی کاهش می‌یابد و یا به عادات‌های قدیمی تری روی می‌آورند که در نهایت به کاهش شادکامی می‌انجامد.

فریش (۲۰۰۶)، در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به منظور پیشگیری از عود و انطباق با آن آموزش مهارت‌های دقیقی را در نظر گرفته است که چهار راهبرد درمانی (۱. راهبرد



کسب شادکامی عمومی، ۲. راهبرد عادت‌های شادکامی یا اعتیادهای مثبت، ۳. درمان دراز مدت یا جلسه‌های تقویتی، ۴. راهبرد آموزش خاص مربوط به عود) را شامل می‌شود. از جمله دلایلی که می‌تواند کاهش اثر آموزش را در مرحله‌ی پیگیری توجیه نمایند، عدم امکان ارائه‌ی این راهبردها و آموزش‌ها از سوی پژوهشگر به دلیل محدودیت‌های زمانی اعمال شده در چارچوب پژوهش یا عدم کاربرد تکالیف خانگی از سوی افراد گروه آزمایش پس از اتمام پژوهش است.

کاربرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی که رویکردی مبتنی بر شواهد است، در مرحله‌ی حاد، مستمر و پیشگیری از عود/نگهداری از آموزش اختلال‌های روانی مبتنی بر DSM-IV-TR و نیز کاربرد آن در جمعیت‌های غیربالیینی ناب در روان‌شناسی مثبت، مستلزم مطالعه‌ی بیش‌تر در زمینه‌ی کارآمدی و سودمندی آن است.

### منابع

- ایمان، محمد تقی و مرادی گلمراد (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین راهبردهای فرهنگ‌پذیری و سلامت روانی در میان مهاجران: نمونه موردی مطالعه شهر کرمانشاه. جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیستم، شماره ۱، شماره‌پیاپی ۳۳، صص ۱۴۷-۱۷۰.
- ایمان، محمد تقی و مرادی گلمراد (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرهنگی مقابله و بهداشت روانی زنان مهاجر: مورد مطالعه شهر کرمانشاه. رویکردهای نوین آموزشی، سال پنجم، شماره‌دو، شماره‌پیاپی ۱۲، صص ۱۱۳-۱۴۰.
- پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم‌السادات و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، سال اول، شماره ۱، صص ۱۳۰-۱۱۵.
- جعفری‌نیا، غلامرضا و بذرافشان، محمد (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل فرهنگی در رضایتمندی از مهاجرت؛ مطالعه موردی شهر ایلام. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال هشتم، شماره دوم، صص ۲۹-۵۴.
- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک (ویراست نهم). ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی (۱۳۸۵). جلد اول، تهران: ارجمند.
- فریش، مایکل (۲۰۰۶). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی؛ کاربرد رویکرد رضایتمندی از زندگی در روان‌شناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی. ترجمه اکرم خمسه (۱۳۹۰)، تهران: ارجمند و نسل فردا.
- قاسمی، نظام‌الدین؛ کججاف، محمداقبر و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. مجله روان‌شناسی بالینی، سال سوم،

شماره ۲ (پیاپی ۱۰)، صص ۲۳-۳۴.

مگیار- موئی، جینا. ال. (۲۰۰۹). فنون روان شناسی مثبت گرا؛ راهنمای درمانگران. مترجم فرید براتی سده (۱۳۹۱)، تهران: رشد.

- American Psychiatric Association. (2000a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed. TR). Washington, DC: Author.
- Bardi, A. & Guerra V. M. (2011). Cultural values predict coping using culture as an individual difference variable in multicultural samples. *Journal of cross-cultural psychology*, Vol. 42, (6), 908-927. DOI: 10.1177/0022022110381119.
- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M., H. & Dasen, P. R. (2006). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Second edition. NY: Cambridge University Press.
- Cerny, L. J., & Smith, D. S. (2005). CernySmith adjustment index: Screening and enhancing Cross-cultural adjustment. Client report © 2002 by CernySmith All rights reserved.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life of therapy: Applying life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New York, NY, USA: John Wiley and Sons.
- Gungor, D., Fleischmann, F. & Phalet, K. (2011). Religious identification, beliefs, and practice among Turkish Belgian and Moroccan Belgian Muslims: Intergenerational continuity and acculturative change. *Journal of Cross-cultural psychology*, 42, (8), 1341-1355. DOI: 10.1177/0022022111412342.
- Kashima, E. S. & Pillai, D. (2011). Identity development in cultural transition: The role of need for closure. *Journal of Cross-cultural psychology*, 42, (5), 725-739. DOI: 10.1177/0022022110362749.
- Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. In *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. David L. Sam and John W. Berry (Eds). (pp. 113-128). Cambridge University Press.
- Lim, M., Stormshak, E. A. & Falkenstein, C. A. (2011). Psychosocial adjustment and substance use of Cambodian and Vietnamese immigrant youth. *Journal of Cross-cultural psychology*, 42,(1), 104-119. DOI: 10.1177/0022022110362747.
- Rosenbusch, K. (2010). *Cross-cultural adjustment process of expatriate families in a multinational organization: A family system theory perspective* (Doctoral dissertation). Retrieved April 26, 2012.
- Rosner, J. L., Gardner, W. L., and Hong, Y. (2011). The dynamic nature of being Jewish: Identity centrality and the acculturation of Russian jews in the United States. *Journal of Cross-cultural psychology*, 42,(8), 1341-1355. DOI: 10.1177/0022022111412271.
- Sadock, B. J; Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry*. 10th Edition, NY: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stevenson, G. (2008, August). August 2008 ICF-OC Insights. In *International Coach Federation (ICF) Orange County Chapter*. Retrieved May 8, 2012.
- Titzmann, P. F., Silbereisen, R. K. and Mesch, G. S. (2012). Change in friendship homophily: A German Israeli comparison of adolescent immigrants. *Journal of Cross-cultural psychology*, 43, (3), 410-428. DOI: 10.1177/0022022110399648.