



اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی زنان متأهل

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استاد گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
دانشیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

منیره کردلو ^{ID}

باقر ثنائی ذاکر* ^{ID}

جواد خلعتبری ^{ID}

B.sanaeizaker@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پایانی ۷ | ۱۳۲-۱۱۳

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی زنان بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام روانشناسی در سال ۱۳۹۷ بود که در این پژوهش ۲۸ زن متأهل به روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۴ نفر آزمایش و گواه کاربندی شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه رضایت‌مندی از زندگی داینر و همکاران (۱۹۸۵)، فرم کوتاه زمینه‌یابی سلامت ویر و شریبورن (۱۹۹۲) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) بود. گروه آزمایش با رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل محقق ساخته در دوازده جلسه مورد آموزش قرار گرفت و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر کیفیت زندگی $F=6/20$ ، $P=0/014$ ، نمره شادکامی $(F=7/72, P=0/002)$ و بر نمره رضایت‌مندی از زندگی $F=3/15$ ، $P=0/047$ در زنان متأهل مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد روان‌درمانی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل دارای پایداری اثر درمان بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران است؛ بما بر این می‌توان از این روش به عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی افراد، به ویژه زنان متأهل استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: رویکرد اسلامی، انتخاب تعادل، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادکامی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(کردلو، ثنائی ذاکر و خلعتبری، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

کردلو، منیره، ثنائی ذاکر، باقر، و خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی زنان متأهل. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۳ پایانی ۷): ۱۳۲-۱۱۳.

مقدمه

در جامعه معاصر، تغییر قابل توجهی در نقش زنان رخ داده است؛ امروزه، زنان علاوه بر مسئولیت پرورش کودکان، به صورت فزاینده‌ای برای کسب موقعیت‌های تحصیلی، حرفه‌ای و کارهای خارج از خانه تلاش می‌کنند؛ از این رو، ترکیبی از وظایف قبلی زنان با وظایف جدید، دستاوردهایی را برای زنان و جامعه به عنوان یک کل به ارمغان آورده است (تاج‌زاده، ۱۳۹۹). با این حال، خستگی ناشی از سنگینی این وظایف، سطوح بالای استرس را برای زنان به همراه داشته و کیفیت زندگی به ویژه شادکامی و رضایتمندی از زندگی را در آن‌ها دستخوش تغییراتی کرده است (بحرابی، حسینی‌المدنی و باصری، ۱۴۰۰). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱، کیفیت زندگی^۲ شامل درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های آن‌هاست (رفافیانی، صحاف، شمس، وامقی، زارعیان و اکرمی، ۱۳۹۹). کیفیت زندگی همچنین نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل فرد است که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در وی برمی‌انگیزد (پرز-فلورس، هرناندز-تورس، مانتون و نیتو، ۲۰۲۰)؛ از این رو، کیفیت زندگی برحسب رضایتمندی از زندگی و شادکامی که میزان تحقق خواسته‌ها یا انتظارات فرد را مدنظر قرار می‌دهد، توصیف می‌شود (شجاعی و هنرپروران، ۱۳۹۹).

پر واضح است که شادکامی^۳ به عنوان یکی از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر تأثیر عمده‌ای در سلامت روانی دارد (آدلر، دولان و کاوتسوس، ۲۰۱۷) و منشأ تحرک و پویایی است (لومان، نکا، شونبرات و هاوکلی، ۲۰۱۶). از دیدگاه روانشناسان شادکامی می‌تواند متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی باشد (پالی و اذغانی، ۱۳۹۹؛ حسینی، احمدی و مامی، ۱۴۰۰؛ لان، ۲۰۱۷). به عقیده روان‌شناسان روابط بین فردی، عامل ایجاد شادکامی است و انسان بیش از آنچه که خصومت می‌ورزد، تمایل دارد دیگران را دوست بدارد و از سوی دیگران مورد دوستی و محبت قرار گیرند (شریعتی و کریمی، ۱۳۹۹) و این موجب افزایش رضایتمندی از زندگی در فرد می‌شود. از نظر داینر^۴، ۱۹۸۵؛ رضایتمندی از زندگی^۵ به یک فرایند قضاوتی - شناختی اشاره دارد که در آن افراد کیفیت زندگی خود را بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند (داینر، امونز، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵). مهم‌ترین عامل در ایجاد رضایتمندی از زندگی، رضایت از خود است و اگر فرد احساس کند انسان مفید، ارزشمند و شایسته‌ای است که قابلیت‌ها و توانایی‌های زیادی دارد، این امر در شکل‌گیری عزت‌نفس به او کمک کرده و احساس رضایت از خود را افزایش می‌دهد و فرد به خودباوری و اعتمادبه‌نفس می‌رسد (بیرانوند، موسوی، کاکاوند، غفوری و اوحدی، ۱۳۹۴). رضایتمندی از زندگی با رفتارهای مرتبط با سلامت ارتباط دارد (نورادی، ۱۴۰۰؛ چیس، ۲۰۱۸؛ ژانگ، یان، یانگ، تان، وانگ و تان، ۲۰۱۸) و بازتاب میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او است؛ به بیان دیگر هرچه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی او بیشتر شود، رضایتمندی او کاهش می‌یابد (مؤمنی و رفیعی، ۱۳۹۷).

1. World Health Organization (WHO)
2. Quality of life
3. Happiness
4. Diener, E. D.
5. Satisfaction with life

از جمله عوامل مؤثر بر سلامت روان‌شناختی فرد، معنویت^۱ است و به نظر می‌رسد بر کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی از زندگی زنان نیز مؤثر باشد. از دیدگاه نظری، افراد برخوردار از سلامت معنوی، زندگی را با معنا و هدفمند تلقی می‌کنند و از آنجا که اتفاقات را در پرتو معنای کلی زندگی تفسیر کرده، هنگام مواجهه با ناسازگاری‌های زندگی کمتر دچار یأس شده و راحت‌تر با آن‌ها کنار می‌آیند (مرعشی، محرابیان و مسلمان، ۱۳۹۵). در پژوهش کاتور و سینگ (۲۰۱۳) رابطه هوش معنوی با رضایتمندی از زندگی مورد تأیید قرار گرفت و بیان شد که هوش معنوی می‌تواند موجب افزایش رضایتمندی از زندگی در افراد شود. روابط ما با دیگران و تجربیاتی که با یکدیگر در آن سهیم می‌شویم یکی از اصول معنویت و سلامت معنوی به شمار می‌رود (کارن، اسمیت و گوردون، ۲۰۱۳) و تأثیر به‌سزایی بر کیفیت و وضعیت زندگی ایفا می‌کند (پوچالسکی، ویتیلو، هال و رلر، ۲۰۱۴). معنویت همچنین می‌تواند موجب ارتقای شادکامی شود (حسینی، قایدی اصل و نبوتی، ۱۳۹۳). در سال‌های اخیر شاهد رویکردهای التقاطی مذهب محور با مداخلات روان‌شناختی بوده‌ایم و وجود پیشینه نظری و عملی نیز مؤید این امر است. همچنین ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که توجه به ارزش‌های معنوی و مذهب جزء لاینفک فرهنگ ماست. از این رو مطالعه حاضر به رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل پرداخته است. رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل^۲ با استناد به رویکرد روانکاو و مبانی دین مبین اسلام تمام جوانب یک مداخله مؤثر روان‌شناختی را مدنظر قرار داده 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 و رضایتمندی از خود و شادکامی را افزایش دهد. از سویی دیگر انسان موجودی است دارای اختیار که می‌تواند منجر به افزایش و یا کاهش رضایت از زندگی و نیز کیفیت زندگی شود. در جهانی که روزه‌روز صنعتی‌تر شده و پیشرفت‌های فناوری بیشتر می‌شود، ضروری است که به تناسب آن کیفیت زندگی افراد افزایش یابد، اما در حال حاضر آمار حکایت از آن ندارد که با پیشرفت فناوری رضایت از زندگی و کیفیت آن افزایش یافته باشد. افزایش میزان افسردگی، طلاق، اعتیاد به مواد مخدر، خودکشی، بیماری‌های روانی، فرار از منزل، بزهکاری و مواردی از این دست نشان از عدم رضایتمندی از زندگی و کیفیت پایین زندگی و فقدان شادکامی درونی است. از این رو به نظر می‌رسد این رویکرد بتواند بخشی از چالش‌های روان‌شناختی زنان را در جامعه اسلامی کشورمان پوشش داده و حل و فصل کند؛ بنابراین این مطالعه در جستجوی پاسخ به این مسئله است:

۱. آیا رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی از زندگی زنان متأهل در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی از زندگی زنان متأهل در مرحله پیگیری پایدار است؟

1. Spirituality

2. Islamic approach based on Balance Selection

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز سازمان نظام شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه نیز در این پژوهش شامل ۲۸ مراجع زن متأهل مراجعه‌کننده به مراکز سازمان نظام در سال ۱۳۹۷ شهر تهران بود. این افراد حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۵۵ سال داشتند و دارای مدرک تحصیلی حداقل دیپلم بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد؛ ابتدا نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس نمونه‌گیری تصادفی ساده. روش نمونه‌گیری به‌منظور غربالگری اولیه در این پژوهش تصادفی خوشه‌ای بود. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مرحله اول و ارزیابی دقت تکمیل این پرسش‌نامه توسط آزمودنی‌ها، صرفاً ۱۶۳ پرسش‌نامه از افراد جهت تحلیل داده‌ها موردقبول 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 نمودند کنار گذاشته‌شده و افرادی که فقط یک انحراف معیار از میانگین فاصله داشته‌اند به‌طور تصادفی انتخاب شدند؛ به‌عبارت‌دیگر از تعداد مابقی به‌طور تصادفی ساده تعداد ۲۸ نفر انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس رضایت‌مندی از زندگی.** این مقیاس توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) تهیه و از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. داینر و همکاران (۱۹۸۵) مقیاس رضایت از زندگی را برای همه گروه‌های سنی تهیه کردند. این مقیاس متشکل از ۴۸ سؤال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کرد و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سؤال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به ۵ سؤال کاهش یافت و به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۷) است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۵ و حداکثر ۳۵ است و هرچه نمره فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد رضایت فرد نیز از زندگی بیشتر می‌باشد. داینر و همکاران (۱۹۸۵) در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی را ارزشیابی کردند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ها به ترتیب ۲۳/۵ و ۶/۴۳ و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا ۰/۸۲ بود. در ایران بیانی، کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶) با انجام تحقیقی به بررسی اعتبار و روایی این مقیاس پرداختند. پایایی مقیاس رضایت از زندگی با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد و فهرست افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی مثبت با شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با فهرست افسردگی بک نشان داد.

۲. مقیاس کیفیت زندگی. فرم کوتاه زمینیه‌یابی سلامت^۱ به منظور سنجش کیفیت زندگی توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲) ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۶ عبارت است که هشت خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. تعداد سؤالات برای هر خرده مقیاس بدین ترتیب است: عملکرد جسمی (۱۰ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، ایفای نقش جسمی (۴ سؤال)، ایفای نقش هیجانی (۳ سؤال)، سلامت روان (۵ سؤال)، سرزندگی (۴ سؤال)، درد بدنی (۲ سؤال) و سلامت عمومی (۵ سؤال). سؤال شماره ۲ در هیچ‌یک از خرده مقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود. این مقیاس همچنین دو سنجش کلی را از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه فیزیکی و نمره کلی مؤلفه روانی. مؤلفه فیزیکی از جمع خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی و مؤلفه روانی از جمع خرده مقیاس‌های سلامت روان، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی به دست می‌آید. نمره‌گذاری این مقیاس برای درجات مختلف از راست به چپ ۱ به بالا است. مثلاً در سؤال شماره ۱، ضعیف‌ترین نمره (۱) و عالی‌ترین نمره (۵) را دریافت می‌کند. یا در سؤال شماره ۳، مشکل دارم کمترین نمره (۱) و اصلاً مشکل ندارم بیشترین نمره (۳) را دریافت می‌کند. این شیوه نمره‌گذاری برای سؤالات شماره ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۴، ۳۶ برعکس است. پایین‌ترین نمره در این مقیاس، ۳۶ و بالاترین نمره ۱۴۹ است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲؛ منتظری، گشتاسبی، وحدانی‌نیا و گاندک، ۲۰۰۵) که ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲). در مطالعه بور، خانه‌کشی و امام‌قلی‌پور (۱۳۹۶) نیز همسانی درونی سؤالات این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های مؤلفه فیزیکی (عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی) به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های مؤلفه روانی (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روان) به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به دست آمد.

۳. پرسشنامه شادکامی. پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲ در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل، مارتین و کراسلند تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۲۹ پرسش چهار گزینه‌ای است که در هر پرسش، فرد درباره احساس ناشادی تا شادی بسیار زیاد خود قضاوت می‌کند. این پرسشنامه توسط آرگایل و لو (۱۹۹۰) تجدیدنظر شده و سازه‌های روان‌شناختی مربوط به علایق اجتماعی، برون‌گرایی، مهربانی، موافقت، شوخ‌طبعی، احساس هدفمندی، خودبستگی، حرمت خود، پذیرش خود، سلامت جسمی، خودمختاری، مکان کنترل و احساس زیباشناختی را ارزیابی می‌کند (ادیبی و گرجی، ۱۳۹۶). این پرسشنامه در طیف لیکرت به شکل مستقیم نمره‌گذاری می‌شود؛ بدین صورت که کاملاً مخالفم (نمره صفر) و کاملاً موافقم (نمره ۳) دریافت می‌کند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۷ می‌باشد و نمرات کمتر از ۴۳ نشان دهنده شادکامی پایین‌تر از میانگین است. از

۱. 36-item short-form health survey (SF-36)

۲. The Oxford Happiness Inventory

نظر روایی سازه، از آنجا که شادمانی دارای سه بخش عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شده، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه مثبت برادبرن (۱۹۶۳) ۰/۳۲ و پرسشنامه افسردگی بک^۱ (۱۹۶۱)، ۰/۵۲- محاسبه شده است (ادیبی و گرجی، ۱۳۹۵). پایایی این مقیاس در تحقیق آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) روی ۳۴۷ آزمودنی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۸ بوده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش ادیبی و گرجی (۱۳۹۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردید.

۴. پروتکل رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل. این پروتکل محقق ساخته بوده و به منظور اعتباریابی محتوای پروتکل درمانی، پس از مطالعه پیشینه و توسط ۱۹ روانشناس با مدرک ارشد و دکتری اعتبار سنجی شد. محتوای پروتکل رویکرد انتخاب تعادل در دوازده جلسه دو ساعته تنظیم شد که محتوای جلسات آموزشی به طور خلاصه به شرح ذیل است:

جلسه اول. در جلسه اول در ابتدا افراد گروه معرفی شدند؛ بدین منظور هر فرد علاوه بر معرفی خود با توجه به لیست توانمندی‌ها که قبلاً در اختیار قرار گرفته بود، یکی از توانمندی‌های شاخص خود را نیز بیان کرد. به جهت آشنایی اعضای گروه هر فرد قبل از معرفی خود نام و توانمندی افرادی که قبلاً خود را معرفی نموده است را بیان کرده و سپس به معرفی خود پرداخت؛ به طوری که در پایان معرفی آخرین فرد از گروه ابتدا نام و توانمندی کلیه افراد گروه را معرفی نموده و سپس به معرفی خود پرداخت و در ادامه به توضیح و تشریح رویکرد انتخاب تعادل پرداخته شد.

جلسه دوم. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی در ابتدای جلسه برنامه ریزی شد؛ پیگیری ادامه تدریس رویکرد انتخاب تعادل و بحث پیرامون صفات خاص از پرسشنامه صفات تعیین و موقعیت‌هایی که این صفات خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است بحث شد. (پرسشنامه صفات) (آزمودن توانمندی‌ها) تعادل در این صفات چگونه به کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت از زندگی کمک می نماید. تکلیف جلسه بعد و توصیف جدول مراقبت‌های روزانه شش‌گانه از دیگر برنامه‌های این جلسه بود. تشریح نمودار شماره ۱: نمودار قوای انسانی، نمودار شماره ۲: نظام‌های درونی که شامل قوای انسانی بازدارنده و تهییج کننده و نظام‌های درونی است و نمودار شماره ۳: کارکرد نظام‌های درونی، جدول کارکرد اولیه نظام‌های درونی، نمودار شماره ۴: ارزیابی رفتار در حوزه تعادل و عدم تعادل از دیگر برنامه‌های این جلسه بود.

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

۱. Beck, A. T.

جلسه چهارم. در جلسه چهارم با خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پیگیری آزمون صفات و پیگیری تکالیف جلسه قبل به ادامه مباحث پرداخته شد. در این جلسه به موضوع عقل که عامل اعتدال بخش نظام‌های درونی است پرداخته شد.

جلسه پنجم. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی در ابتدای برنامه قرار گرفت. تشریح رویکرد انتخاب تعادل، مفهوم عجب، تفاوت آن با کبر و تکبر، دسته‌بندی‌های خودشیفتگی مبحث این جلسه بود. 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 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. مطالعه خلاصه کتاب بی‌شعوری به عنوان تکلیف ارائه شد.

جلسه ششم. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی در ابتدای جلسه برنامه‌ریزی شد؛ سپس پیگیری تکالیف جلسات قبل و در ادامه تشریح خشم در رویکرد انتخاب تعادل پرداخته شد. پس از آن تعریف خشم و مراتب خشم در سه وضعیت افراط، تفریط و تعادل، اقسام خشم، درمان هیجانی خشم، عفو و گذشت و تمرینات توجه آگاهی در خشم، تغییر وضعیت، آرمیدگی پرداخته و در آخر شیوه‌های رفتاری درمان خشم و درمان شناختی خشم همراه با یافتن دلایل خشم از دیگر برنامه‌های این جلسه بود.

جلسه هفتم. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی، همراه با پیگیری تکالیف جلسات قبل در ابتدای جلسه برنامه‌ریزی شد. سپس ادامه مباحث خشم، حلم میوه تعادل خشم، بخشش به‌عنوان وسیله‌ی قدرتمندی که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجانات مثبت تبدیل کند، معرفی شد. آگاهی به خشم، نوشتن نامه، تکنیک شبیه‌سازی خشم و رابطه خشم متعادل در کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت مورد بحث قرار گرفت.

جلسه هشتم. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی در ابتدای جلسه صورت گرفت. ترس در رویکرد انتخاب تعادل مطرح شد سپس به بیان مفهوم ترس و اضطراب در انتخاب تعادل پرداخته شد. اضطراب به سه بخش کم، متعادل و زیاد، کارکرد اساسی ترس و اضطراب، علت ترس، جهل (جهل بسیط - جهل مرکب) پرداخته و یک مورد علم در مورد ترس از مرگ، درمان شناختی اضطراب مطرح شد. 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 حسن ختام این جلسه بود.

جلسه نهم. در این جلسه به شکل عملی روی ترس‌های مراجعین کار شد و به مراجعین کمک شد احساسات ترسناک را تجربه کرده و به شکل عملی بازیابی کنند.

جلسه دهم. خلاصه بندی موضوعات جلسه قبل و پاسخگویی به سؤالات احتمالی همراه با پیگیری تکالیف جلسات قبل انجام و سپس در مورد مفهوم عجله در رویکرد انتخاب تعادل، انواع عجله بحث شد. درمان شناختی عجله، درمان عملی عجله و اینکه چگونه می‌توان با صبر بر این میل فائق آمد؟ صحبت شد. انواع صبر: ۱- صبر بسیار زیاد (تعلم) ۲- صبر متعادل ۳- صبر کم (عجله)، علائم تعلل و اهمال کاری و علل تعلل نیز بحث و تبادل نظر شد.

جلسه یازدهم. تعریف حرص و طمع، انواع حرص (حرص مذموم و ممدوح)، حرص در رویکرد انتخاب تعادل از مباحث اصلی این جلسه بود. 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 که به رفتار خود توجه و آگاهی می‌شود از دیگر مباحث این جلسه بود.

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

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوز از سازمان نظام روانشناسی به روش تصادفی ساده چهار مرکز مشاوره به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. به‌منظور به دست آوردن جامعه آماری زنان مراجعه‌کننده به مراکز سازمان، با چند مرکز مشاوره تماس گرفته شده و تعداد زنان متأهل در هر ماه پرسیده شد؛ بنا بر گزارش مراکز، ماهانه تعداد ۵۰ مراجعه‌کننده زن به مراکز سازمان مراجعه می‌کردند که در ظرف شش ماه در سطح تهران برابر با ۲۶۷۶۰۰ مراجعه‌کننده زن متأهل بود. از جامعه آماری ۲۶۷۶۰۰ که در ظرف شش ماه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز سازمان نظام، تعداد ۱۲۰ نفر بنا بر فرمول کوکران در نظر گرفته شد، اما این تعداد به ۱۶۳ آزمودنی رسید تا در انتخاب آزادی عمل وجود داشته باشد. از تعداد مذکور آزمون کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت زندگی گرفته شد تا غربالگری اولیه به وجود آید. افرادی که نمره‌شان یک انحراف معیار کمتر از میانگین بود در غربالگری انتخاب شدند. از بین آن‌ها تعداد ۲۸ آزمودنی به‌طور تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه چهارده نفر تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت مداخله رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل قرار گرفت و گروه گواه بدون مداخله صرفاً پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادکامی را تکمیل نمودند. پس از پایان پژوهش به‌منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای شرکت‌کننده علاوه بر دریافت رایگان آموزش در کارگاه‌ها یک جلسه رایگان جلسه مشاوره فردی برگزار شد. همچنین موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها رعایت شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات و آزمون فرضیات پژوهشی از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس

اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد؛ همچنین داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم افزار Spss ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش برابر با ۳۵/۷۳ (۷/۰۳) و گروه گواه ۳۷/۲۶ (۷/۳۱) بود. از این بین در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) فوق لیسانس و در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فوق لیسانس بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۰/۹۴	۱۷/۵۲	۷۳/۰۵	۱۲/۸۹	۱۳/۹۵
	گواه	۵۹/۴۵	۱۸/۳۸	۵۸/۸۵	۹/۳۹	۱۶/۸۷
شادکامی	آزمایش	۳۴/۷۹	۱۱/۲۳	۴۴/۰۷	۱۰/۹۹	۸/۹۵
	گواه	۳۳/۷۹	۱۱/۲۳	۳۴/۵۰	۱۰/۲۲	۸/۲۲
رضایت‌مندی	آزمایش	۱۵/۵۰	۷/۴۹	۱۸/۹۳	۶/۶۳	۶/۳۰
از زندگی	گواه	۱۶/۹۳	۷/۶۲	۱۶/۴۳	۷/۷۹	۷/۲۳

اطلاعات جدول ۱ حاکی از افزایش نمره کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		موخلی	
		Z	معناداری	F	معناداری	W	سطح موخلی معناداری
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۹۲	۰/۱۷	۱/۹۶	۰/۱۵	۸/۴۸	۰/۸۱
	گروه	۰/۹۱	۰/۱۳				
آزمایش		۰/۹۰	۰/۰۹	۰/۳۷	۰/۶۸	۴/۰۹	۰/۹۰

شادکامی	گروه	۰/۸۷	۰/۰۷				
رضایت‌مندی از زندگی	آزمایش	۰/۹۲	۰/۲۰	۱/۲۱	۰/۳۲	۸/۰۵	۰/۶۳
	گروه	۰/۹۴	۰/۲۰				۰/۱۸

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی در سطح $0/05$ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای دو متغیر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	مراحل مداخله	۶۷/۵۰	۱/۵۶	۳۳/۷۵	۲/۰۱	۰/۱۴	۰/۰۶
	مراحل × گروه	۲۲۹/۹۱	۱/۵۶	۵۷/۴۷	۳/۴۲	۰/۰۲۴	۰/۱۹
	گروه	۳۳۰/۱۷	۱	۳۳۰/۱۷	۶/۲۰	۰/۰۱۴	۰/۱۱
شادکامی	مراحل مداخله	۶۸۴/۳۸	۱/۷۶	۳۴۲/۱۹	۱۴/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	مراحل × گروه	۷۸۳/۱۷	۱/۷۶	۲۲۱/۴۹	۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	گروه	۵۷۸۶/۰۸	۱	۵۷۸۶/۰۸	۷/۷۲	۰/۰۰۲	۰/۳۶
رضایت‌مندی از زندگی	مراحل مداخله	۸۹۳۶۸۳/۰۲	۱/۳۱	۴۴۶۸۴۱/۵۱	۰/۹۵	۰/۳۹	۰/۰۶
	مراحل × گروه	۱۶۹۱۰۵۱/۶۴	۱/۳۱	۸۴۵۵۲۵/۸۲	۱/۷۵	۰/۱۸	۰/۱۰
	گروه	۴۹۸۶۷۹۲/۵۹	۱	۴۹۸۶۷۹۲/۵۹	۳/۱۵	۰/۰۴۷	۰/۱۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره کیفیت زندگی ($P=0/014, F=6/20$) با اندازه اثر $0/11$ ، نمره شادکامی ($P=0/002, F=7/72$) با اندازه اثر $0/36$ و بر نمره رضایت‌مندی از زندگی ($P=0/047, F=3/15$) با اندازه اثر $0/17$ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
میانگین	معیار	معناداری	میانگین	معیار	میانگین	معیار

کیفیت زندگی	۵/۶۶	۲/۵۶	۰/۰۰۱	۴/۲۰	۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۱۵	۰/۸۴
شادکامی	۲/۱۵	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۱/۹۰	۰/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۲۵	۰/۱۸	۰/۹۲
رضایت‌مندی از زندگی	۱۴/۱۴	۱/۹۱	۰/۰۰۱	۳۲/۹۲	۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۲۵	۰/۹۹

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرینی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی ($P=0/001$) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل بر میزان کیفیت زندگی، شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران مؤثر است. اگرچه مطالعه‌ای پیرامون اثربخشی مداخله مذکور انجام نشده است اما می‌توان به پژوهش‌های مشابه اشاره کرد. این یافته همسو با مطالعه جدیری و همکاران (۱۳۹۶)، کلانتری و جوادزاده (۱۳۹۳)، عادل و همکاران (۱۳۸۹)، کائور و سینگ (۲۰۱۳) و کارن و همکاران (۲۰۱۳) است که نشان دادند سلامت و هوش معنوی موجب رضایت‌مندی از زندگی می‌شود. این یافته همچنین در راستای مطالعه پوچالسکی و همکاران (۲۰۱۴) است که نشان دادند معنویت موجب افزایش کیفیت زندگی در فرد می‌شود. در همین راستا، حسینی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند معنویت می‌تواند موجب ارتقای شادکامی شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت حیطة سلامت روان از ابعاد کیفیت زندگی، به احساسات مثبت، رضایت‌مندی از زندگی، شادکامی، باورهای شخصی، تمرکز، تصویر بدنی، عزت‌نفس و احساسات منفی می‌پردازد.

ناراحتی‌های روانی می‌تواند در سراسر عمر اتفاق بیفتد، پس با ایجاد و حفظ حسی از بهزیستی معنوی می‌توان اختلالات روانی را کاهش و سلامت روانی را ارتقا داد. حتی کشمکش‌های معنوی مانند خشم نسبت به خداوند (مانند آیا خداوند مرا ترک کرده است یا زیر سؤال بردن عشق خدا نسبت به من) و تنبیه‌گر دانستن او، با سلامت جسمانی کمتر و کیفیت زندگی بدتر همراه است (جدیری و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید و باعث رضایت از زندگی و افزایش کیفیت زندگی و شادکامی شود (عادل و همکاران، ۱۳۸۹). عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، استرس را کم کرده و کیفیت زندگی را بالا ببرند؛ از سویی معنویت به عنوان یک تجربه شخصی موجب کمک به دیگران، دوست داشتن و رضایت از زندگی شده با امید دهی و معنابخشی به زندگی و

ترغیب افراد به صبر موجب افزایش رفتارهای سازگارانه، شادکامی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. در واقع ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی، می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به بیماری جسمی و روانی افراد و درمان آن داشته باشد این امر موجب ارتقا سطح سلامتی و کیفیت زندگی افراد شود. این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به عنوان یک منبع جایگزینی مهم و حمایتی استفاده کنند و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آن‌ها را به آرامش روانی سوق دهند (جدیری و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین می‌توان گفت معنویت و مذهب با افزایش رضایت از زندگی، شادی، عواطف مثبت، اخلاق و مهارت مقابله‌ای به طور مثبت بر کیفیت کلی زندگی انسان تأثیر می‌گذارد. از سویی دیگر بر اساس نظریه انتخاب هر فرد باید دلیل انتخاب‌های بد خود را بفهمد. نظریه انتخاب می‌گوید این خود ما هستیم که تمام اعمالمان را از جمله احساس بدبختی‌مان را انتخاب می‌کنیم. در واقع این نظریه به نوعی منبع کنترل درونی قائل است. بر اساس نظریه انتخاب مشکل اساسی اغلب مراجعه‌کنندگان یکی است: آن‌ها یا درگیر رابطه‌ای ناخوشایند یا فاقد چیزی هستند که بتوان آن را رابطه نامید. بیشتر مشکلات درمانجویان از ناتوانی آن‌ها در برقراری رابطه، صمیمی شدن با دیگران، یا برقرار کردن رابطه‌ای رضایت‌بخش یا موفق با حداقل یک نفر در زندگی آن‌ها ناشی می‌شود. در نتیجه این قائل بودن به منبع کنترل درونی و توانایی افراد به همراه رویکرد اسلامی توانست موجب ایجاد پیامدهای مثبت روان‌شناختی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی شود. به پژوهشگران و درمانگران پیشنهاد می‌شود به تکمیل رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل پرداخته و جنبه‌های مختلف دیگر این رویکرد را تکمیل نمایند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش، موازینی اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری، رعایت شدند. با توجه نحوه جمع‌آوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان درباره خروج از پژوهش مختار بودند؛ پس از اتمام پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیران مراکز مشاوره و همه زنانی که ما را در اجرای پژوهش حاضر یاری کردند، تشکر به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال به تصویب رسیده و با هزینه شخصی انجام شده است. در تهیه این مقاله همه نویسندگان در طراحی، مفهوم‌سازی، گردآوری داده‌ها، روش‌شناسی، تحلیل آماری داده‌ها و نهایی آن نقش یکسانی داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ادیبی، مریم، و گرجی، یوسف (۱۳۹۶). تأثیر آموزش گروهی به شیوه راه‌حل محور بر شادکامی نوجوانان دختر محروم از پدر. سلامت جامعه. ۱۰(۳): ۱-۱۰.
- اصغری مقدم، محمدعلی، و فقیهی، سمانه (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی. دانشور رفتار. ۱۰(۱): ۱-۱۰.
- بحرایی، ژاله، حسینی المدنی، سیدعلی، و باصری، احمد. (۱۴۰۰). نقش میانجی استقامت در رابطه بین شادمانی زناشویی، نیازهای بنیادین روانشناختی و معنویت با تاب آوری خانواده. خانواده درمانی کاربردی، ۲(۲): ۱۲۴-۱۴۹.
- بور، عباس، خانه کشی، علی، و امام قلی پور، نادر (۱۳۹۶). مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی. ایده‌های نوین روانشناسی. ۱(۲): ۹-۱۸.
- بیانی، علی‌اصغر، کوچکی، عاشورمحمد، و گودرزی، حسنیه (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS). روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی). ۳(۱۱): ۲۶۵-۲۵۹.
- بیرانوند، معصومه، موسوی، سیده سمیرا، کاکاوند، علیرضا، غفوری، اعظم، و اوحدی، عارفه (۱۳۹۴). تأثیر آموزش تفکر مثبت بر رضایت از زندگی و احساس معنی در زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های برونی‌سازی شده. دو فصلنامه مشاوره کاربردی. ۱(۵): ۸۰-۶۳.
- پالی، سمیرا، و اذعانی، لیلا (۱۳۹۹). نقش میانجی شادکامی و انگیزش تحصیلی در رابطه میان خود راهبری یادگیری با پذیرش اجتماعی در دانش آموزان دختر دوره دوم ابتدایی شهرستان تنکابن. فصلنامه مدیریت و چشم‌انداز آموزش. ۲(۲): ۵۸-۳۹.
- تاج‌زاده، میرامین (۱۳۹۹). نقش توانمندسازی زنان در شایستگی اجتماعی و پرورش سبک زندگی سالم. مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. ۲(۵): ۱۲۳-۱۰۶.
- حسینی، زینب السادات، احمدی، وحید، و مامی، شهرام (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف‌کننده مت‌آفتامین. خانواده درمانی کاربردی. ۲(۱): ۱۹۹-۱۷۷.
- جدیری، جعفر، فتحی آشتیانی، علی، موتابی، فرشته، و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی با رویکرد اسلامی بر رضایت زناشویی. مطالعات اسلام و روانشناسی، ۱۱(۲۰): ۷-۳۷.
- رصافیانی، مهدی، صحاف، رباب، شمس، امیر، وامقی، روشنک، زارعیان، حسین، و اکرمی، رحیم (۱۳۹۹). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، نسخه سالمندان. سالمند: مجله سالمندی ایران. ۱۵(۱): ۴۱-۲۸.

- شجاعی، زهرا، و هنرپروران، نازنین (۱۳۹۹). پدیدارشناسی کیفیت زندگی زنان همسر اول در خانواده‌های چندهمسری. خانواده‌درمانی کاربردی. ۱(۴): ۸۹-۱۰۴.
- شریعتی، سمیرا، و کریمی، بهروز (۱۳۹۹). تأثیر آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر شادکامی، بهزیستی ذهنی و نشخوار فکری دختران مجرد. خانواده‌درمانی کاربردی. ۱(۱): ۱۴۷-۱۲۵.
- کلاتتری، مهرداد، و جوادزاده، افسانه. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روانشناختی زنان. پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده، ۲(۲): ۴۳-۵۵.
- عادل، زهرا، کجیاف، محمدباقر، و عابدی، احمد. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایتمندی از زندگی دانشجویان، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۴(۷): ۵۵-۶۹.
- مرعشی، سیدعلی، محرابیان، طاهره، و مسلمان، مهسا (۱۳۹۵). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و هوش معنوی با رضایت از زندگی در کارکنان یک شرکت صنعتی در استان ایلام. علوم مراقبتی نظامی. ۳(۱): ۵۴-۴۸.
- مؤمنی، خدامراد، و رفیعی، زهرا (۱۳۹۷). رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان. مجله سالمند، ۱۳(۱): ۶۰-۵۰.
- نورادی، میترا (۱۴۰۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی با حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی و عملکرد تحصیلی دانشجویان. فصلنامه مدیریت و چشم‌انداز آموزش. ۳(۲): ۱۲۷-۹۹.

References

- Adler, M. D., Dolan, P., & Kavetsos, G. (2017). Would you choose to be happy? Tradeoffs between happiness and the other dimensions of life in a large population survey. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 139, 60-73.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*, 11(10), 1011-1017.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. *Recent advances in social psychology: An international perspective*, 189-203.
- Chase, C. R. (2018). The geometry of emotions: Using chakra acupuncture and 5-Phase Theory to describe personality archetypes for clinical use. *Medical acupuncture*, 30(4), 167-178.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Karren, K. J., Smith, L., & Gordon, K. J. (2013). *Mind/body health: The effects of attitudes, emotions, and relationships*. Pearson Higher Ed.
- Lane, T. (2017). How does happiness relate to economic behaviour? A review of the literature. *Journal of behavioral and experimental economics*, 68, 62-78.
- Luhmann, M., Necka, E. A., Schönbrodt, F. D., & Hawkley, L. C. (2016). Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of research in personality*, 60, 46-50.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*, 14(3), 875-882.
- Perez-Flores, J., Hernandez-Torres, A., Monton, F., & Nieto, A. (2020). Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*, 29(2), 413-420.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Zhang, A., Yan, J., Yang, G., Tan, X., Wang, X., & Tan, S. (2018). Life satisfaction and its associated factors among money boys in China. *Public health*, 154, 110-117.

پرسشنامه رضایت از زندگی

ردیف	عبارات				
	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
	←————→				
	۵	۴	۳	۲	۱
۱	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۲	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۳	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۴	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۵	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم

پرسشنامه کیفیت زندگی

سوالات زیر به منظور بررسی نظر شما در مورد وضعیت سلامتی تان طراحی شده است. لطفاً هر سؤال را با ضربدر زدن (x) پاسخ دهید.

۱- به طور کلی وضعیت سلامت خود را چگونه می بینید؟

عالی خیلی خوب خوب متوسط ضعیف

۲- میزان سلامتی خود را در حال حاضر با مقایسه با سال قبل چگونه ارزیابی می کنید؟

الف) از سال قبل بسیار بهتر هستم (ب) تا حدی بهتر از سال قبل هستم (ج) مثل سال قبل هستم

د) در حال حاضر تا حدی بدتر از سال قبل هستم (ه) در حال حاضر بسیار بدتر از سال قبل هستم

سوالاتی که در زیر می آید درباره ی فعالیت‌هایی است که شما به طور عادی در طول روز انجام می دهید آیا در انجام این فعالیتها محدودیت یا مشکلی دارید؟ اگر دارید چقدر است؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید):

سؤال	مشکل	کمی	اصلاً
	دارم	مشکل	مشکل
	دارم	دارم	ندارم

۳- در فعالیتهای شدید مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت کردن در ورزش های سنگین

۴- در فعالیتهای متوسط مثل جا به جا کردن میز، کشیدن جارو برقی و...

۵- در حمل کردن خرید روزانه

۶- در بالا رفتن از چند طبقه

۷- در بالا رفتن از یک طبقه

۸- خم شدن، دولا شدن، زانو زدن

۹- پیاده روی بیش از یک کیلومتر

۱۰- پیاده روی به فاصله چند صد متر

۱۱- پیاده روی به فاصله یک صد متر

۱۲- در استحمام یا پوشیدن لباسهای خود

در طی چهار هفته گذشته به علت مسائل روانی مثل اضطراب و یا افسردگی در انجام امور معمولی روزانه و انجام کارها با مشکلات زیر روبه رو بوده اید؟

- ۱۷- مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت های دیگر کم کنید؟ خیر بلی
- ۱۸- کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟ خیر بلی
- ۱۹- در انجام کارهای روزمره از دقت معمول برخوردار نبوده اید؟ خیر بلی

در طی چهار هفته گذشته آیا در کار یا تنظیم فعالیت روزانه خود مشکلات زیر را به خاطر مشکل جسمی داشته اید؟

- ۱۳- مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت های دیگر کم کنید؟ خیر بلی
- ۱۴- کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟ خیر بلی
- ۱۵- در انجام یک نوع کار یا فعالیت خاص مشکل داشته اید؟ خیر بلی
- ۱۶- کار عادی خود را با سختی و مشکل بیشتری انجام داده اید؟ خیر بلی

۲۰- در طی چهار هفته گذشته وضعیت سلامت جسمی و روانی شما تا چه اندازه در روابط اجتماعی معمول شما در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان و یا سایر افراد اختلال ایجاد کرده است؟

هیچ () به طور جزئی () نسبتاً متوسط () مقداری () فوق العاده زیاد □

۲۱- در طی چهار هفته گذشته چه مقدار درد بدنی داشته اید؟

هیچ () خیلی خفیف () خفیف () متوسط () شدید () خیلی شدید □

۲۲- در طی چهار هفته گذشته درد بدنی تا چه اندازه مانع از انجام کارهای عادی شما شده است؟

اصلاً مانع نشده () کمی () به طور متوسط () تقریباً تا حدی () فوق العاده زیاد □

این سوالات در مورد احساس شما و اینکه در طی چهار هفته گذشته چطور بودید، است لطفاً موردی را انتخاب کنید که به احساس شما نزدیکتر باشد.

گزینه‌ها:

همه	بیشتر	مقدار	گاهی	مقدار کمی	هیچ
اوقات	اوقات	زیادی	اوقات	از اوقات	وقت
		از			
		اوقات			

۲۳- آیا روحیه خوبی داشته اید؟

۲۴- آیا خیلی عصبانی بوده اید؟

۲۵- آیا آنقدر عصبانی بوده اید که هیچ چیز شما را خوشحال نمی‌کرد؟

۲۶- آیا احساس آرامش می‌کردید؟

۲۷- آیا خود را با انرژی احساس می‌کردید؟

۲۸- آیا احساس فرسودگی داشته اید؟	کاملاً	بیشتر	نمیدانم	بیشتر	کاملاً
۲۹- آیا احساس غمگینی یا ناامیدی داشته اید؟	کاملاً	بیشتر	نمیدانم	بیشتر	کاملاً
۳۰- آیا شخص خوشحالی بوده اید؟	کاملاً	بیشتر	نمیدانم	بیشتر	کاملاً
۳۱- آیا احساس خستگی داشتید؟	کاملاً	بیشتر	نمیدانم	بیشتر	کاملاً
۳۲- در طی چهار هفته گذشته تا چه میزان مشکلات و مسائل جسمی و عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی شما تاثیرگذار بوده است؟ همه ی اوقات (بیشتر اوقات) گاهی اوقات (مقدار کمی از اوقات) هیچ وقت □	کاملاً	بیشتر	نمیدانم	بیشتر	کاملاً
موارد زیر تا چه اندازه در مورد شما صادق یا نادرست است.					
گزینه‌ها:	کاملاً درست	بیشتر درست	نمیدانم نادرست	بیشتر نادرست	کاملاً نادرست
۳۳- من از دیگران زودتر بیمار می شوم	کاملاً درست	بیشتر درست	نمیدانم نادرست	بیشتر نادرست	کاملاً نادرست
۳۴- سلامت من در حد سلامت دیگران است	کاملاً درست	بیشتر درست	نمیدانم نادرست	بیشتر نادرست	کاملاً نادرست
۳۵- انتظار دارم وضعیت سلامتی ام بدتر شود	کاملاً درست	بیشتر درست	نمیدانم نادرست	بیشتر نادرست	کاملاً نادرست
۳۶- وضعیت سلامتی من در حد عالی است	کاملاً درست	بیشتر درست	نمیدانم نادرست	بیشتر نادرست	کاملاً نادرست

پرسشنامه شادکامی

در زیر جملاتی درباره شادکامی شخصی وجود دارد. لطفاً هر ۴ عبارت در هر گروه را بخوانید و سپس یک جمله از هر گروه که به بهترین وجه احساس شما در هفته گذشته در امروز نشان می‌دهد را مشخص کنید و در پاسخنامه، مناسبترین پاسخ را در ستون حروف الف، ب، ج یا د، ضربدر بزنید.

۱- الف- احساس شادی نمی‌کنم.

- ب- نسبتاً احساس شادی می‌کنم
- ج- خیلی شاد هستم
- د- بیش از حد شاد هستم

۲- الف- نسبت به آینده خوش بین نیستم.

- ب- نسبت به آینده خوش بین هستم
- ج- احساس می‌کنم آینده‌ای نوید بخش در انتظار من است.
- د- احساس می‌کنم زندگی سرشار از امید و پیش رو دارم.

۳- الف- در حقیقت از هیچ جنبه زندگی ام راضی نیستم.

- ب- از بعضی از جنبه‌های زندگی‌ام راضی هستم.
- ج- از بسیاری از جنبه‌های زندگی‌ام راضی هستم.
- د- از همه جنبه‌های زندگی‌ام کاملاً راضی هستم.

۴- الف- احساس می‌کنم کنترل چندانی بر زندگی‌ام ندارم.

- ب- احساس می‌کنم تا اندازه‌ای بر زندگی‌ام کنترل دارم.
- ج- احساس می‌کنم بیشتر اوقات بر زندگی‌ام کنترل دارم.
- د- احساس می‌کنم بر تمام جنبه‌های زندگی‌ام کنترل دارم.

۵- الف- احساس می‌کنم زندگی‌ام چندان رضایت بخش نیست.

- ب- احساس می‌کنم زندگی‌ام رضایت بخش است.
- ج- احساس می‌کنم زندگی‌ام بسیار رضایت بخش است.
- د- احساس می‌کنم زندگی‌ام بی‌نهایت رضایت بخش است.

۶- الف- از خودم چندان راضی نیستم.

- ب- از آنچه هستم احساس رضایت می‌کنم
- ج- از آنچه هستم خیلی احساس رضایت می‌کنم.

- د- از آنچه هستم شدیداً احساس رضایت می‌کنم.
- ۷- الف- هرگز از رویدادهای زندگی اثر خوبی نمی‌گذارم.
ب- به ندرت بر رویدادهای زندگی اثر خوبی می‌گذارم.
ج- معمولاً بر رویدادهای زندگی اثر خوبی می‌گذارم.
د- همیشه بر رویدادهای زندگی اثر خوبی می‌گذارم.
- ۸- الف- با زندگی کنار می‌آیم.
ب- از نظر من زندگی خوب است.
ج- از نظر من زندگی خیلی خوب است.
د- من عاشق زندگی هستم.
- ۹- الف- در واقع به دیگران علاقه‌ای ندارم.
ب- کمابیش به دیگران علاقه دارم.
ج- خیلی به دیگران علاقه دارم.
د- شدیداً به دیگران علاقه دارم.
- ۱۰- الف- تصمیم‌گیری برایم مشکل است.
ب- تصمیم‌گیری برایم نسبتاً آسان است.
ج- در بیشتر موارد تصمیم‌گیری برایم آسان است.
د- به راحتی می‌توانم، هر نوع تصمیمی بگیرم.
- ۱۱- الف- شروع هر کاری برایم مشکل است.
ب- شروع کارها نسبتاً برایم آسان است.
ج- شروع کارها برام آسان است.
د- احساس می‌کنم می‌توانم هر کاری را به عهده بگیرم.
- ۱۲- الف- هنگام بیدار شدن از خواب به ندرت احساس رف‌خستگی می‌کنم.
ب- گه‌گاه وقتی از خواب بیدار می‌شوم، احساس رف‌خستگی می‌کنم.
ج- معمولاً وقتی از خواب بیدار می‌شوم، احساس رف‌خستگی می‌کنم.
د- همیشه وقتی از خواب بیدار می‌شوم، احساس رف‌خستگی می‌کنم.
- ۱۳- الف- احساس می‌کنم به هیچ وجه توان و نیرویی ندارم.
ب- احساس می‌کنم تا اندازه‌ای توان و نیرو دارم.
ج- احساس می‌کنم سرشار از توان و نیرو هستم.
د- احساس می‌کنم به اندازه‌ای توان و نیرو دارم.
- ۱۴- الف- احساس می‌کنم چیز زیبا و قشنگی در دنیا وجود ندارد.
ب- بعضی چیزهای دنیا را زیبا می‌بینم.
ج- بسیاری از چیزهای دنیا را زیبا می‌بینم.
د- همه دنیا برایم زیبا و قشنگ جلوه می‌کند.
- ۱۵- الف- احساس می‌کنم ذهنم هوشیار نیست.
ب- احساس می‌کنم از لحاظ ذهنی هوشیارم.
ج- احساس می‌کنم از لحاظ ذهنی بسیار هوشیارم.
د- احساس می‌کنم از لحاظ ذهنی کاملاً هوشیارم.
- ۱۶- الف- احساس سلامتی و تندرستی نمی‌کنم.
ب- کمابیش احساس سلامتی و تندرستی می‌کنم.
ج- بسیار احساس سلامتی و تندرستی می‌کنم.
د- کاملاً احساس سلامتی و تندرستی می‌کنم.
- ۱۷- الف- نسبت به دیگران چندان احساس صمیمیت نمی‌کنم.

- ب- نسبت به دیگران تا حدودی احساس صمیمیت می کنم.
- ج- نسبت به دیگران خیلی احساس صمیمیت می کنم.
- د- به همه انسانها عشق می ورزم.
- ۱۸- الف- از گذشته خاطره های خوش زیادی ندارم.**
- ب- از گذشته چند خاطره خوش دارم.
- ج- بیشتر خاطره های گذشته من خوش هستند.
- د- تمام خاطره های گذشته من خوش هستند.
- ۱۹- الف- هرگز حالت شور و شوق ندارم.**
- ب- بعضی وقتها دارای شور و شوق هستم.
- ج- بیش از وقتها شور و شوق دارم.
- د- همیشه دارای شور و شوق هستم.
- ۲۰- الف- بین آنچه دوست داشتیم انجام بدهیم و آنچه انجام داده ام، فاصله ای هست.**
- ب- بعضی از چیزهایی که می خواستم انجام داده ام.
- ج- بسیاری از چیزهایی که می خواستم انجام داده ام.
- د- همه چیزهایی که می خواستم انجام داده ام.
- ۲۱- الف- نمی توانم وقتم را خیلی خوب تنظیم کنم.**
- ب- تا اندازه ای می توانم وقتم را خوب تنظیم کنم.
- ج- معمولاً از بودن با دیگران لذت می برم.
- د- همیشه از بودن با دیگران لذت می برم.
- ۲۲- الف- اثر خوبی بر دیگران نمی گذارم.**
- ب- گاهی اثر خوبی بر دیگران می گذارم.
- ج- معمولاً اثر خوبی بر دیگران می گذارم.
- د- همیشه اثر خوبی بر دیگران می گذارم.
- ۲۳- الف- در زندگی هدف خاصی ندارم.**
- ب- زندگی تا اندازه ای معنادار و هدفمند است.
- ج- زندگی پر از معنا و هدف است.
- د- کل زندگی من معنادار و هدفمند است.
- ۲۴- الف- من احساس تعهد و فعالیت چندانی نمی کنم.**
- ب- گاهی احساس تعهد و فعالیت می کنم.
- ج- غالباً احساس تعهد و فعالیت می کنم.
- د- من همیشه احساس تعهد و فعالیت می کنم.
- ۲۵- الف- فکر می کنم دنیا جای خوبی نیست.**
- ب- فکر می کنم دنیا کمابیش جای خوبی است.
- ج- فکر می کنم دنیا جای خیلی خوبی است.
- د- فکر می کنم دنیا جای عالی است.
- ۲۶- الف- به ندرت می خندم.**
- ب- کمابیش می خندم.
- ج- زیاد می خندم.
- د- بی اندازه جذاب هستم.
- ۲۷- الف- آدم جذابی نیستم.**
- ب- نسبتاً جذاب هستم.
- ج- جذاب هستم.
- د- بی اندازه جذاب هستم.

۲۸- الف- به نظر من هیچ چیز جالبی وجود ندارد.

ب- بعضی چیزها را جالب می بینم.

ج- بیشتر چیزها را جالب می بینم.

د- به نظر من همه چیز جالبند.

The Effectiveness of an Islamic Approach based on the Balance Selection in Improving Quality of Life, Happiness, and Life Satisfaction of Married Women

Monireh. Kordloo¹, Bagher Sanaei zaker^{*2} & Javad Khalatbari³

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of an Islamic approach based on balance selection on the quality of life, happiness, and life satisfaction of women. **Methods:** The study was quasi-experimental with a pretest-posttest design, experimental and control groups, and quarterly follow-up. The statistical population consisted of married women who visited counseling centers of the Psychology and Counseling Organization in 2018. In the study, 28 married women were selected by a purposive method and were randomly assigned to two 14-individual groups, experimental and control. The research tools included Life Satisfaction Questionnaire by Diner et al. (1985), Short-Form Health Survey by Ware & Sherbourne (1992), and Oxford Happiness Inventory by Argyle et al. (1989). The experimental group was trained with the researcher-made Islamic approach based on the balance selection in twelve sessions, and the control group did not receive any training. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results indicated that the Islamic approach based on balance selection was effective in improving quality of life ($P=0.014$, $F=6.20$), life satisfaction ($P=0.002$, $F=7.72$), and happiness ($P=0.047$, $F=3.15$) in married women, and the effect was stable in the follow-up phase. **Conclusion:** The results showed that the Islamic approach psychotherapy based on balance selection had a stable effect of treatment on the quality of life, happiness, and satisfaction of women who visited counseling centers of the Psychology and Counseling Organization in Tehran. Therefore, this method can be used as an effective

-
1. PhD Student in Counseling, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
 2. *Corresponding Author: Professor of Counseling Department, Kharazmi University, Tehran, Iran
B.sanaeizaker@gmail.com
 3. Associate Professor, Counseling Department, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

intervention method to increase the quality of life, happiness, and satisfaction of people, especially married women.

Keywords: *Islamic approach; Balance selection; Quality of life; Life satisfaction; Happiness*