

# Comparison of the Effectiveness of Self-determination Skills Training and Islamic Quality of Life on Resilience and Psychological Well-being

Elham Tavasoli<sup>1</sup>, Tayyaba Sharifi<sup>2\*</sup>, Reza Ahmadi<sup>3</sup>

1. Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Received: 2023/06/15

Accepted: 2023/09/22

## Abstract

**Background:** The illness of a family member affects the whole family and changes their lifestyle. The purpose of this research was to compare the effectiveness of self-determination skills training and Islamic quality of life training on resilience and psychological well-being of primary caregivers of chronic mental patients in Borujen city.

**Materials and Methods:** The present study is a semi-experimental which was selected from the community of primary caregivers of chronic mental patients in Borujen city in Chaharmahal and Bakhtiari province using available sampling method. Research tools included resilience questionnaires (Connor and Davidson, 2003) and psychological well-being (Reif, 1989).

**Results:** The results showed that the effectiveness of self-determination skills training and Islamic quality of life group training on increasing resilience was significant ( $P < 0.05$ ) and the effectiveness of Islamic quality of life group training was more than training self-determination skills. Also, the effectiveness of self-determination skills training and Islamic quality training on increasing psychological well-being was significant ( $P < 0.05$ ) and the effectiveness of Islamic life quality training was more than self-determination skills training.

**Conclusion:** Therefore, it can be said that teaching self-determination skills and teaching the quality of Islamic life can improve the resilience and psychological well-being of the main caregivers of chronic mental patients.

**\*Corresponding Author:** Tayyaba Sharifi

**Address:** Shahrekord, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Department of Psychology

**Tel:** 09131853184

**E-mail:** ta.sharifi@iaushk.ac.ir

**Keywords:** Resilience - Psychological well-being - quality of life -Self-determination skills

**How to cite this article:** Tavasoli E, Sharifi T, Ahmadi R. Comparison of the Effectiveness of Self-determination Skills Training and Islamic Quality of Life on Resilience and Psychological Well-being, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2023; 30(5):583-595.

## Introduction

One of the most important concepts among families with chronic mental patients is psychological well-being. Psychological well-being is a state of balance between positive and negative emotions. Therefore, the families of chronic mental patients need attention and training in the fields of resilience and psychological well-being. One of the most important programs is the self-determination skills training program. In fact, self-determination is seen as a factor which regardless of whether people are influenced by external factors, gives them the authority to freely make decisions and choose their quality of life, considering the close relationship between quality of life and concepts.

What is important in the science of psychology today is the integration of religion/spirituality in the social dimension of this model, or preferably the inclusion of spirituality in all three dimensions of biological, psychological, and social, and as a result, dealing with the patient and the illness in a biological-psychological-social-spiritual model. It is religious. Some people believe that it is only by giving reasonable answers to the four issues of relationship with oneself, God, the universe, and one's fellow man based on the teachings of religion that one can achieve a convincing goal and philosophy for life. On the other hand, it seems that one of the appropriate methods to respond to the four above-said problems is to organize group meetings, because in this case, in addition to benefiting from other benefits of the group, the members can share their practical experiences regarding the application of religious teachings in the field of communication. They should share with themselves, God, the universe, family, and social relations and their results with each other so that each of them will come to believe that it is possible to practice religious education and benefit from its sweet results.

Perhaps the best reason to pay attention to the spiritual needs of patients is that many patients have religious beliefs and spiritual needs. Therefore, spirituality is a part of human existence and forms the basis of people's identity and existence, and gives purpose and meaning to life. Spiritual needs are especially important when an illness threatens a person's life or way of life.

Therefore, the current research seeks to answer this question: Is there a difference between the effectiveness of teaching self-determination skills and teaching Islamic quality of life in improving the

resilience and psychological well-being of families with chronic mental patients in Borujen?

## Methodology

In terms of method, this applied research was a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population included all the 550 main caregivers of chronic mental patients in Borujen city, under the supervision of welfare and rehabilitation centers of Borujen. 60 main caregivers of chronic mental patients were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups (self-determination skills training and Islamic quality of life training) and a control group. First, in the pre-test phase, resilience and psychological well-being questionnaires were administered to all three groups, then in a three-month intervention, 19 90-minute sessions, the self-determination skills training package (Field and Hoffman) and the Islamic quality of life training (Saifi et al. ) were administered to the experimental group, and after the interventions, the participants of all three groups answered questionnaires of resilience (Connor and Davidson (1979-1991)), and psychological well-being (Reif in 1989) (post-test). Finally, after two months, the aforementioned questionnaires were collected from the research participants.

## Results

Based on the results of the present study, the analysis of variance with repeated measurements showed that the mean scores of the variables of resilience and psychological well-being of families with chronic mental patients, regardless of the effect of grouping, during the post-test and follow-up stages underwent a significant change, in comparison with the pre-test. On the other hand, the grouping variable (self-determination skills training and Islamic quality of life training) regardless of the stages (pre-test, post-test, and follow-up) on the variables of resilience and psychological well-being of families showed a significant impact on chronic mental patients. This means that the training in self-determination skills and the training of the quality of Islamic life had a significant effect compared to the control group. But the line related to the interaction of the stages and grouping as the most important finding in the above

table indicates that teaching self-determination skills and teaching the quality of Islamic life with the interaction of the stages also had a significant effect on the stages of the test (pre-test, post-test, and follow-up), the variable of resilience and psychological well-being of families with chronic mental patients. Also, the results showed that 24% of changes in psychological well-being and 41% of changes in resilience can be explained by the interaction of stages and grouping variables.

In addition, based on the results of this research, the difference between the average scores of the resilience of the experimental group of self-determination skills training and the experimental group of Islamic quality of life education is significant, and this finding means that the effectiveness of Islamic quality of life education on resilience is more than the effectiveness of self-determination skills education. Also, the difference between the experimental groups (the experimental group of self-determination skills training and the experimental group of Islamic quality of life training) was significant with the control group. Also, the difference between the average psychological well-being scores of the experimental group of self-determination skills training and the experimental group of Islamic quality of life training was significant, and this finding means that the effectiveness of Islamic quality of life training on psychological well-being was greater than the effectiveness of self-determination skills training. Moreover, the difference between the experimental groups and the control group (the experimental group of self-determination skills training and the experimental group of Islamic quality of life training) was significant.

## Discussion

The results of the present study showed that the intervention of "Self-determination skills training and Islamic quality of life" training was effective in the psychological well-being and resilience of families with chronic mental patients in Borujen city, and in the effectiveness of the quality of Islamic life on the psychological well-being and resilience of families with mental patients. Second, by showing the role of quality of life training in psychological well-being and resilience, the existing gap in the field of using this training in the caregivers of chronic mental patients was brought to attention, and by providing empirical evidence, this gap has been resolved. In practical terms, based on the results of the current

research, by providing the necessary training in the field of quality of life an training in self-determination skills, and learning the basic principles of these models, people will be able to show more internal, spontaneous, and positive behaviors.

In the training of self-determination skills and Islamic quality of life, the caregivers of chronic neurological and mental patients were guided to have a new cognitive evaluation of life and to improve the emotional dimension of their lives by having maximum positive and minimum negative emotions and adaptive behaviors in the life process. The self-determination approach considers humans as positive beings who potentially have the capacity for growth and development; they tend to participate in activities that they are interested in and that are useful in the development of their individual abilities. Self-determination and quality of life is actually an action based on beliefs, values, personal interests, and abilities, or a sign of self-actualization, development of one's talents, self-regulation, and self-control, which lead to the growth of all aspects of life, including resilience. and the psychological well-being of people. Guiding the caregivers of mentally ill patients towards self-determination and improving their quality of life makes them more stubborn and resilient towards problems. Resilient people have a sense of efficacy and self-confidence that allows them to overcome life's challenges successfully. These people feel less hopeless and lonely and have the ability to look at the problem so that they can dig into, change, endure, or solve in other ways, in addition to their high tolerance. In the face of problems, it makes them find a positive and happy outlook on life and improve their psychological well-being.

## Conclusion

In general, resilience increases a person's favorable and effective coping, makes his/her orientation to life positive, and as a result, increases his/her happiness and psychological well-being will also increase. In general, the results of this research confirm the fact that teaching self-determination skills and Islamic quality of life increased the resilience and psychological well-being of caregivers of chronic neurological and mental patients.

## Acknowledgment

We are grateful to all patients, families of patients, and welfare officials of Chaharmahal and Bakhtiari

province, the city of Borujen, who helped us in this research.

**Conflict of Interest:** This study has there is no conflict of interest.

# مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی

الهام توسلی<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲\*</sup>، رضا احمدی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۳۱

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری یک عضو خانواده کل خانواده را درگیر و سبک زندگی آن‌ها را تغییر می‌دهد. پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مراقبان اصلی بیماران روانی مزمین شهرستان بروجن بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مراقبان اصلی بیماران مزمین روانی تحت‌نظر مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان بروجن به تعداد ۵۵۰ نفر بود. ۶۰ مراقب اصلی بیماران مزمین روانی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس از طریق جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی) و یک گروه گواه گمارده شدند و در طول زمان سه ماهه به مدت ۱۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد آموزش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی بر افزایش تاب‌آوری ( $P < 0/05$ ) معنادار و میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بود. همچنین، اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی ( $P < 0/05$ ) معنادار و میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بود.

**نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی می‌تواند میزان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مراقبین اصلی بیماران روانی مزمین را بهبود بخشد.

\* نویسنده مسئول: طیبه شریفی  
نشانی: شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، گروه روان‌شناسی  
تلفن: ۰۹۱۳۱۸۵۳۱۸۴  
رایانامه:

Ta.sharifi@iaushk.ac.ir  
شناسه ORCID:

0000-0002-8224-8805

شناسه ORCID نویسنده اول:

0009-0003-1456-267X

## کلیدواژه‌ها:

تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی اسلامی، مهارت‌های خودتعیین‌گری

## مقدمه

شدن به‌وسیله آن تجارب، تاب‌آوری گفته می‌شود (۳). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان دادند که فرایند شروع بیماری و درمان بیماری مزمین روانی در کاهش میزان تاب‌آوری خانواده‌های بیماران مزمین روانی تأثیرگذار بوده است (۲). یکی از مفاهیم بسیار مهم در بین خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمین، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی، وجود و حضور شرایط خوب و رضایت‌بخش همراه با حضور سلامت، شادمانی و کامیابی

بیماری مزمین روانی یک عضو خانواده، کل خانواده را درگیر و سبک زندگی آن‌ها را تغییر می‌دهد (۱). آن‌ها ممکن است این حالت را با ابراز ناکامی و خشم یا فداکاری بیش‌ازحد نسبت به بیمار نشان دهند (۲). بر این اساس، قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلایا یا فشارهای استرس‌زا، غلبه یافتن و حتی تقویت

Copyright © 2023 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۳۰، شماره ۵، آذر و دی ۱۴۰۲، ص ۵۸۳-۵۹۵

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

است (۴).

دلیل این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت وجود دارد؟

## ۲. مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه کلیه مراقبین اصلی بیماران مزمن روانی در شهرستان بروجن، تحت‌نظر مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان بروجن بود که تعداد آنان ۵۵۰ نفر می‌باشد. ۶۰ مراقب اصلی بیماران مزمن روانی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس از طریق جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری (گروه ۱) و آموزش کیفیت زندگی اسلامی (گروه ۲)) و یک گروه گواه گمارده شدند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، برای هر سه گروه پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد، آن‌گاه در یک مداخله سه‌ماهه به مدت ۱۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه آزمایش، بسته آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی دریافت کردند و پس از مداخلات شرکت‌کنندگان هر سه گروه به پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی پاسخ دادند (پس‌آزمون). در نهایت پس از دو ماه از شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسش‌نامه‌های فوق‌الذکر اخذ گردید. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل:

**پرسش‌نامه تاب‌آوری:** این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون (۱۹۹۱-۱۹۷۹) (۱۳) تدوین کردند. این پرسش‌نامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه امتیاز قابل کسب، بین صفر تا ۱۰۰ است و هرچه امتیاز به دست آمده به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۱۳). ریف و کیس پایایی مقیاس تاب‌آوری با استفاده از روش آلفای کرونباخ بهره ۰/۸۹ گزارش کردند (۱۴). پایایی این مقیاس را محمدی (۱۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

خانواده‌های بیماران مزمن روانی در زمینه‌های، تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌توانند در بهبود توانمندی‌های فوق‌مثمر‌تر باشند. یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها، برنامه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری (۵) می‌باشد. خودتعیین‌گری در واقع مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌های است که از محیط‌های خانه و شغلی ناشی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری و مسائل و مشکلات خود را حل و فصل کنند (۶). با توجه به ارتباط تنگاتنگ کیفیت زندگی با مفاهیم مختلف روان‌شناختی از جمله پریشانی اخلاقی، تاب‌آوری و افکار خودآیند منفی، آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری قادر خواهد بود که این مفاهیم را تحت تأثیر قرار دهد و بهبود ببخشد (۷). کنت<sup>۱</sup> (۸) و دامنت<sup>۲</sup> و همکاران (۹) در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند که آموزش خودتعیین‌گری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و انگیزش درونی، تأثیر معنی‌داری دارد.

عده‌ای معتقدند که فقط با پاسخگویی معقول به چهار مسئله ارتباط با خویشتن، خداوند، جهان هستی و همنوع خود بر اساس آموخته‌های دین است که می‌توان به هدف و فلسفه قانع‌کننده‌ای برای زندگی دست یافت. یکی از روش‌های مناسب برای پاسخگویی به مسئله چهارگانه فوق‌ترتیب دادن جلسات گروهی است، زیرا در این صورت اعضا علاوه بر بهره‌مندی از سایر مزایای گروه می‌توانند تجارب عملی خود را در مورد به‌کارگیری تعالیم مذهبی و نتایج آن با یکدیگر در میان بگذارند تا هرکدام از آن‌ها به این باور برسند که می‌توان آموزش‌های مذهبی را به عمل آورد و از نتایج شیرین آن بهره‌مند شد (۱۰، ۱۱). گروه‌درمانی معنوی مذهبی، نوعی از روان‌درمانگری است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی- مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یابند و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی به سلامت و رشد دست یابند (۱۲). شاید بهترین دلیل برای توجه به نیازهای معنوی بیماران این است که بسیاری از بیماران اعتقادات مذهبی و نیازهای معنوی دارند. نیازهای معنوی به‌طور ویژه زمانی که بیماری زندگی فرد یا شیوه زندگی فرد را تهدید می‌کند، اهمیت ویژه‌ای می‌یابند (۱۰).

به‌طور کلی، در این پژوهش به ناب‌ترین شکل معنویت یعنی معنویت از رهگذر دین توجه شده است و با توجه به لزوم بومی‌سازی روش‌های آموزش برای جامعه ایرانی، دین اسلام به‌عنوان کامل‌ترین دین الهی، مبنای کار قرار گرفته است. به همین

کوچکی (۱۶) پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند و همسانی درونی آن با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. در پژوهش حاضر، پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (۱۷) در طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. محتوای آموزش در جدول ۱ گزارش شده است.

**پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی:** این ابزار را ریف در سال ۱۹۸۹ تدوین کرد. این ابزار ۸۰ گویه داشت که در سال ۱۹۹۵ طی یک بازنگری به ۱۸ گویه کاهش یافت. این آزمون در یک پیوستار ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» پاسخ داده می‌شود بنابراین حداقل نمره هر عامل ۳ و حداکثر ۲۱ می‌باشد. ضریب پایایی با استفاده از روش بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد (۱۴). در ایران بیانی و

جدول ۱. جلسات آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (۱۷)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول: معارفه و توضیح موقعیت کلی	۱- شرکت‌کنندگان با هم آشنا شوند.
	۲- شرکت‌کنندگان با مفهوم خودتعیین‌گری آشنا شوند.
	۳- شرکت‌کنندگان با قوانین جلسات، تعداد جلسات و طول مدت هر جلسه آشنا شوند.
	۴- توصیف برنامه‌های آموزشی از جمله طرح تکالیف خانگی
	۵- ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث
	۶- شرکت‌کنندگان دو مورد از نقاط ضعف و قوت خود را در زمینه‌های جسمی، روانی، هیجانی، اجتماعی و باورها تشخیص دهند.
	۷- شرکت‌کنندگان بتوانند نقاط قوتی را که می‌توانند در پاسخ به نقاط ضعف به آن‌ها کمک کند تشخیص دهند.
جلسه دوم: چه چیز برای من مهم است؟	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند تشخیص دهند که چطور تخیل می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا به خواسته‌های خود فکر کنند.
	۲- شرکت‌کنندگان بتوانند جمله‌ای بنویسند مبنی بر این که چه چیز برای آن‌ها مهم است.
	۱- شرکت‌کنندگان احساسات، عواطف، نقاط قوت و ضعف خویش را بشناسند.
	۲- شرکت‌کنندگان بتوانند انتخاب‌های خویش در آینده که مبتنی بر نقاط قوت و ضعفشان است را تشخیص دهند و یک بند درباره آن بنویسند.
جلسه سوم: خودآگاهی و شناخت بیشتر خود	۳- شرکت‌کنندگان ترجیحات و نیازهای خود را بشناسند.
	۴- شرکت‌کنندگان بتوانند خودآگاهی‌شان را نسبت به نقاط قوت، ترجیحات و نیازهایشان افزایش دهند.
	۱- شرکت‌کنندگان ترجیحات و نیازهای خود را بشناسند.
	۲- شرکت‌کنندگان بتوانند انتظارات، حمایت‌ها، مسئولیت‌ها و قواعد زندگی خویش را تشخیص دهند.
جلسه چهارم: شناخت حقوق و مسئولیت‌های خویش	۳- شرکت‌کنندگان با نقش‌ها و مسئولیت‌های خویش به‌عنوان عضوی از جامعه آشنا شوند.
	۱- شرکت‌کنندگان مهارت‌های مرتبط با ارزشمند دانستن خود را پرورش دهند.
	۲- شرکت‌کنندگان خود و دیگران را بپذیرند و ارزشمند بدانند.
جلسه پنجم: ارزشمند دانستن خود	۳- شرکت‌کنندگان بتوانند روابط مثبتی با دیگران داشته باشند.
	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند هدف‌های خود را تشخیص دهند.
	۲- شرکت‌کنندگان بتوانند توانایی خود را برای به کارگیری تکنیک بارش مغزی نشان دهند.
	۳- شرکت‌کنندگان بتوانند فهرستی از گزینه‌ها را برای هدف‌های بلندمدت تهیه کنند.
	۴- شرکت‌کنندگان خلاق بوده و بتوانند نتایج احتمالی را پیش‌بینی کنند.
جلسه ششم: ایجاد گزینه‌هایی برای هدف‌های بلندمدت	۵- شرکت‌کنندگان بتوانند یک هدف بلندمدت انتخاب کنند.
	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند یکی از سه هدف کوتاه مدت قابل اندازه‌گیری، قابل مشاهده و دست‌یافتی مرتبط با هدف‌های بلند مدت را انتخاب کنند.
	۲- شرکت‌کنندگان بتوانند سه هدف کوتاه‌مدت قابل مشاهده، قابل اندازه‌گیری و دست‌یافتنی بنویسند.
	۳- شرکت‌کنندگان بتوانند گام‌هایی که برای رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت کمک می‌کند را بشناسند.
	۴- شرکت‌کنندگان بتوانند مهارت‌های گوش دادن فعال را نشان دهند.
جلسه هفتم: هدف‌گذاری و انتخاب اهداف کوتاه مدت	۵- شرکت‌کنندگان بتوانند کارهایی که در رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت به آن‌ها کمک می‌کند را تشخیص دهند.
	۱- شرکت‌کنندگان بتوانند مدل خودتعیین‌گری را در مورد تجارب خود به کار بگیرند.

برداشتن گام نخست (ریسک کردن)	۲- شرکت کنندگان بتوانند نخستین گام برای کار به سوی هدف‌های کوتاه‌مدت را تشخیص دهند. ۳- شرکت کنندگان بتوانند فرایند مرور ذهنی برنامه را تشخیص دهند. ۴- شرکت کنندگان بتوانند نتایج بالقوه اعمال برنامه‌ریزی شده را تشخیص دهند. ۵- شرکت کنندگان مهارت‌های مرتبط با عمل کردن را پرورش دهند.
جلسه نهم: عمل کردن، پیامد تجربه و یادگیری	۱- شرکت کنندگان بتوانند آگاهی از عامل انرژی جمعی را نشان دهند. ۲- شرکت کنندگان اهداف تحصیلی را برای یک هفته تدوین کنند. ۳- شرکت کنندگان، اهداف خانوادگی را برای یک هفته تدوین کنند. ۴- شرکت کنندگان بتوانند کارهایی را که در رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت به آن‌ها کمک می‌کند تشخیص دهند. ۵- شرکت کنندگان پیامدهای عملی شدن برنامه خویش را تشخیص دهند. ۶- شرکت کنندگان بتوانند میزان موفقیت در دستیابی به اهداف‌شان را ارزیابی کنند. ۷- شرکت کنندگان بتوانند نتایج فعالیت‌هایی را که برای خود تعیین‌گر شدن انجام داده‌اند تشخیص دهند. ۸- شرکت کنندگان بتوانند یک مذاکره «برد- برد» داشته باشند.
جلسه دهم: از کجا به اینجا رسیدیم؟	۱- شرکت کنندگان بتوانند مفاهیم کلیدی خودتعیین‌گری را به یاد بیاورند. ۲- شرکت کنندگان بتوانند ایده‌های خود را برای خودتعیین‌گری پایدار بنویسند.

مبنای آموزش کیفیت زندگی اسلامی، بسته آموزشی سیفی و همکاران (۱۸) در زمینه کیفیت زندگی اسلامی می‌باشد که محتوای جلسات آموزشی به شرح جدول ۲ ارائه می‌شود.

جدول ۲. محتوای جلسات کیفیت زندگی اسلامی (سیفی و همکاران، ۱۳۹۵)

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



آزمون فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

### ۳. یافته‌ها

نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که در گروه آزمایش آموزش خودتعیین‌گری ۶/۷ درصد دارای سن زیر ۲۵ سال، ۲۰ درصد دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۶/۷ درصد دارای سن بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۸/۳ درصد دارای سن بالاتر از ۴۶ سال بودند. در گروه آزمایش کیفیت زندگی اسلامی ۶/۷ درصد دارای سن زیر ۲۵ سال،

۱۱/۷ درصد دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۶/۷ درصد دارای سن بین ۳۶ تا ۴۵ سال بودند. در گروه گواه ۶/۷ درصد دارای سن زیر ۲۵ سال، ۲۳/۳ درصد دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۱/۷ درصد دارای سن بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱/۷ درصد دارای سن بالاتر از ۴۶ سال بودند.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهبودی روان‌شناختی	گروه گواه	۴۵/۰۵	۳/۳۱	۴۷/۲۵	۸/۱۳	۴۶/۴۰	۶/۱۳
	گروه آموزش ۱	۴۴/۹۵	۷/۶۸	۵۲/۹۵	۱۲/۵۵	۵۱/۵۰	۸/۲۷
	گروه آزمایش ۲	۴۶/۰۱	۴/۸۵	۶۶/۰۵	۱۰/۸۸	۶۵/۲۵	۷/۶۹
تاب‌آوری	گروه گواه	۵۵/۸۵	۹/۳۹	۵۷/۶۵	۱۷/۴۴	۵۷/۰۵	۱۱/۹۷
	گروه آموزش ۱	۵۸/۰۱	۳/۹۰	۸۱/۲۰	۹/۵۲	۸۱/۳۵	۴/۴۴
	گروه آزمایش آموزش ۲	۵۴/۷۰	۱۲/۰۲	۹۷/۶۵	۷/۷۱	۹۴/۶۰	۴/۶۸

پیش‌آزمون متغیر تاب‌آوری در گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری برابر با ( $F=۰/۱۶۶$ ,  $p=۰/۷۶$ )، گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی برابر با ( $F=۰/۸۵$ ,  $p=۰/۴۷$ ) و گروه گواه برابر با ( $F=۰/۵۶$ ,  $p=۰/۹۱$ )؛ به‌دست آمد که معنی‌دار نمی‌باشد.

برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون کالومگروف-اسمیرنف استفاده شد. مقادیر به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری برابر با ( $p=۰/۹۶$ )، گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی برابر با ( $F=۰/۴۹$ )، و گروه گواه برابر با ( $F=۰/۶۷$ ,  $p=۰/۷۵$ )؛

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی تأثیر آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	سطح معنی‌داری اثر	اندازه اثر	توان آماری		
								خطا	مراحل
بهبودی روان‌شناختی	۳۱۲/۰۵	۱	۳۱۲/۰۵	۷/۴۵	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۶	مراحل	
	۳۸۱/۶۳	۱	۳۸۱/۶۳	۵/۵۹	۰/۰۱۹	۰/۱۴	۰/۶۷	گروه‌بندی	
	۱۳۵/۲۰	۱	۱۳۵/۲۰	۸/۲۲	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۳۵	تعامل زمان و گروه‌بندی	
	۵۱۷۹/۴۰	۷۶	۶۸/۱۵					خطا	
تاب‌آوری	۴۰۹۳/۰۲	۱/۴۹	۲۷۳۸/۸۲	۶۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱	مراحل	
	۸۳۳۳/۳۳	۱	۸۳۳۳/۳۳	۳۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱	گروه‌بندی	
	۳۴۶۳/۸۱	۱/۴۹	۲۱۱۷/۰۵	۵۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱	تعامل زمان و گروه‌بندی	
	۲۲۳۵/۱۶	۵۶/۷۸	۳۹/۳۵					خطا	

مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به‌عنوان مهم‌ترین یافته جدول ۴ حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت‌زندگی اسلامی با تعامل مراحل نیز تأثیر معنی‌داری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن داشته است. هم‌چنین، نتایج نشان داد که ۲۴ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی و ۴۱ درصد از تغییرات تاب‌آوری توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن فارغ از تأثیر گروه‌بندی طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار می‌شود که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به‌شمار می‌رود. از طرفی متغیر گروه‌بندی (آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن تأثیر معنادار داشته است. بدین معنا که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت‌زندگی اسلامی در

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای پژوهش	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معنی‌داری
بهزیستی روان‌شناختی	گروه آموزش ۱ با گروه کنترل	۳/۵۷	۰/۰۴
	گروه آموزش ۲ با گروه کنترل	۱۲/۸۷	۰/۰۰۱
	گروه آموزش ۱ با گروه آموزش ۲	۹/۳۰	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	گروه آموزش ۱ با گروه کنترل	۱۶/۶۶	۰/۰۰۱
	گروه آموزش ۲ با گروه کنترل	۲۵/۴۶	۰/۰۰۱
	گروه آموزش ۱ با گروه آموزش ۲	۸/۸۰	۰/۰۰۱

میزان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر از اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بوده است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن بود. نتایج تحلیل نشان داد که مداخله آموزش «آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی» بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن مؤثر بوده است و میزان اثربخشی کیفیت زندگی اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بود. در زمینه اثربخشی «آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی» بر بهزیستی روان‌شناختی، در گذشته پژوهشی که به‌طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد، یافت نشد. اما نتایج این پژوهش، به‌طور تلویحی با نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو است

همان‌گونه که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش آموزش ۱ (گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری) و گروه آزمایش ۲ (گروه آموزش کیفیت زندگی اسلامی) معنادار می‌باشد و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر میزان تاب‌آوری، بیشتر از اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بوده است. هم‌چنین، تفاوت گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲) با گروه گواه، معنی‌دار بوده است. تفاوت بین میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲ معنی‌دار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر میزان بهزیستی روان‌شناختی بیشتر از اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بوده است. هم‌چنین، تفاوت گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش آموزش ۱ و گروه آزمایش ۲) با گروه گواه معنادار بوده است. بنابراین روش گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی بر میزان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارند؛ هم‌چنین، میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر

معیار اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با معضلات موجود به مصرف می‌رسد و درنهایت، این سازگاری باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. از این رو برای افزایش تاب‌آوری در افراد، باید میزان رضایتمندی، کیفیت زندگی و شادکامی را در آن‌ها بالا برد. اصول و تکنیک‌های مورد استفاده در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، فرد را در راستای رضایتمندی و شادکامی سوق می‌دهد و بالا رفتن رضایت از زندگی و شادکامی باعث افزایش توان مقابله در برابر مشکلات می‌شود و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. هم‌چنین، در تبیین یافته این پژوهش مبنی بر میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی مؤثرتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بود می‌توان چنین گفت کیفیت زندگی از منظر اسلام شناخت صحیح خود، داشتن تفکر متعالی و ارتباط صحیح با مبدأ هستی، با حفظ هماهنگی اجتماعی- اخلاقی و سعی در کاهش عواطف منفی در بشر و حرکت به سوی کمال همراه است. با این نگرش در کیفیت زندگی اسلامی، مراقبان بیماران مزمن اعصاب و روان راهنمایی شدند تا ارزیابی شناختی مجددی از زندگی داشته باشند و با برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی، بعد عاطفی زندگی خود را بهبود بخشند و رضایتمندی خود از زندگی را بالا ببرند و تمرین‌های رفتاری، تغییرات شناختی و هیجانی را در عمل تجربه کنند. به‌طور نتیجه حاصل از این پژوهش مؤید این نکته است که آموزش کیفیت زندگی اسلامی باعث افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری مراقبین بیماران مزمن اعصاب و روان گردید.

این پژوهش شواهدی را درخصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (۱۷) و کیفیت زندگی اسلامی (۱۸) را فراهم کرد. به‌علاوه، با نشان دادن نقش آموزش کیفیت زندگی در بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری، شکاف موجود در زمینه استفاده از این آموزش‌ها را در مراقبین بیماران مزمن روانی مورد توجه قرار داده و با فراهم آوردن شواهد تجربی، به برطرف‌سازی این شکاف کمک نموده است. با فراهم کردن آموزش‌های لازم در زمینه کیفیت زندگی و آموزش‌های مهارت‌های خودتعیین‌گری و فراگیری اصول اساسی این مدل‌ها، افراد قادر خواهند شد رفتارهای درونی، خودانگیخته و

(۱۸،۱۹). فهم و ادراک از خود شاید یکی از قدیمی‌ترین و سرسخت‌ترین مسائل مورد بحث در روان‌شناسی است. افرادی که فهم بالایی از خود دارند، از دانش، قدرت و محدودیت‌ها به‌صورت معقولانه استفاده می‌کنند و به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که از این روش سود ببرند و در نهایت باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد (۲۰). از طرف دیگر بالاترین استرسی که مراقبین بیماران اعصاب و روان تجربه می‌کنند، پذیرش کم جامعه نسبت به رفتارهای بیمار اعصاب و روان و عدم حمایت اجتماعی در درمان و توانبخشی بیمار است و این فرایند ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی مراقبین می‌زند. به همین دلیل در فرایند آموزش کیفیت زندگی اسلامی، کیفیت زندگی به‌عنوان یک تجربه شناختی، با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیز یک تجربه احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد، نشان داده می‌شود (۲۱). افزایش این دو عامل، منجر به افزایش بهزیستی و سلامت روانی افراد می‌شود. به‌نظر می‌رسد در این پژوهش، تغییر دیدگاه مراقبین در زمینه‌های تسلط به محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود به همین دلیل بوده است.

در زمینه اثربخشی «آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی» بر تاب‌آوری، نتایج این پژوهش، با نتایج برخی پژوهش همسو است (۲۲،۲۳). افراد تاب‌آور از احساس کارآمدی و اعتمادبه‌نفسی برخوردارند که به آن‌ها اجازه می‌دهد معضلات زندگی را با موفقیت پشت سر بگذارند. این افراد کمتر احساس ناامیدی و تنهایی می‌کنند و همین موضوع در کنار توان تحمل بالای آن‌ها در برابر مشکلات، سبب می‌شود که آنان چشم‌اندازی مثبت و شادمانه به زندگی پیدا کنند. به‌طور کلی، تاب‌آوری باعث افزایش مقابله مطلوب و مؤثر در فرد می‌شود، جهت‌گیری او به زندگی را مثبت می‌کند و در نتیجه، شادکامی را در او افزایش می‌دهد (۲۴). در واقع، شادکامی یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است آنان با مسائل و مشکلات زندگی با دید مثبت و همراه با خوش‌بینی مواجه می‌شوند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می‌گردد. این‌گونه افراد برای آینده خود، هدف و برنامه دارند و زندگی برایشان معنی‌دار است و به علت شادکامی و باورهای مثبت زیادی که دارند، پس از شکست، ناامید و دل‌سرد نمی‌شوند و بر میزان تلاش‌های خود می‌افزایند (۲۳). کیفیت زندگی،

### تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران، خانواده‌های بیماران و مسئولین بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری، شهرستان بروجن که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاس‌گزاری می‌شود.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

### سه‌م نویسندگان

تمامی نویسندگان امور مربوط به مقاله و پیگیری‌های آن را بر عهده داشته‌اند.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مصوب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1401.014 است.

مثبت‌تری از خود نشان دهند و میزان تاب‌آوری خود را بهبود بخشند. به‌طور کلی نتیجه حاصل از این پژوهش مؤید این نکته است که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی باعث افزایش میزان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مراقبین بیماران مزمن اعصاب و روان گردید.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به مراقبین اصلی بیماران مزمن اعصاب و روان در استان چهارمحال و بختیاری اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. با توجه به آن که در پژوهش حاضر، تفاوت‌های جنسیتی مطالعه نشده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری آموزش کیفیت زندگی اسلامی و آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در بین مراقبین (زن و مرد) پرداخته شود. توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی در راستای آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی کیفیت زندگی اسلامی و آموزش‌های مهارت‌های خودتعیین‌گری و اینکه چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح‌شده در این مدل‌ها بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمند شدن فراگیران کمک کرد.

### References

- [1]. Post D, van Agteren J, Kasai D, et al. Caring for carers: Understanding the physical and psychological well-being of carers of veterans in Australia. *Health Soc Care Community*. 2022; 30:793-803. <https://doi.org/10.1111/hsc.13449>
- [2]. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am*. 2010; 45(4):613-26. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.007>
- [3]. Conner M, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson Resilience Scale (CD\_RISC). *J Depress Anxiety*. 2003; 18:76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- [4]. Mudrak J, Zabrodska K, Kveton P, Jelinek M, Blatny M, Solcova I, Machovcova K. Occupational well-being among university faculty: A job demands-resources model. *Research in Higher Education*. 2018; 49(9):924-11. <https://doi.org/10.1007/s11162-017-9467-x>
- [5]. Ryan RM, Deci E L. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press; 2017. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- [6]. Forest J, Gradito Dubord MA, Olafsen A, Carpentier J. Shaping tomorrow's workplace by integrating self-determination theory: A literature review and recommendations. Chapter to be published in R. Ryan, & E. Deci (Eds.), *The Oxford Handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*. Oxford University Press: New York; 2022. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197600047.013.45>
- [7]. Xiang, C, Wang X, Xie T, Fu, CL. Differential effects of work and family support on the relationship between surface acting and wellbeing: A self-determination theory approach. *Psychological Reports*. 2023; 126(1): 198-219. <https://doi.org/10.1177/00332941211048471>
- [8]. Kent A. *Toward a Resilience Model of Student Well-Being: A Self-Determination Approach to Thriving and Burnout among College Students*. Iowa State University ProQuest Dissertations; 2022. <https://dr.lib.iastate.edu/server/api/core/bitstreams/40d419bf-780d-4ff2-bfc7-9735f55077de/content>
- [9]. Damien T, Clement, G, Rebecca S. Promoting Motivation and Well-Being at School: the effect of a teacher training combining a self-determination theory-based intervention and positive psychology interventions. *Journal of SENS*. 2022; 12(4): 24-36. doi:10.31219/osf.io/nkrdz
- [10]. Huguelet P, Koenig HG. *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge University Press. 2009. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511576843>
- [11]. Jafari MT. *Tarjomeh and tafsir of nahj al-balaghe*. Tehran: Farhang Islamic Publishing House. 1989. (Persian).
- [12]. Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association. 2012.
- [13]. Conner M, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson Resilience Scale (CD\_RISC). *J Depress Anxiety*. 2003; 18:76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- [14]. Ryff CD, Keyes C. The structure of psychological well-being revisited. *J Personality Soc Psychol*. 1995; 69:719-27. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- [15]. Muhammadi M. *Factors affecting resilience in at-risk substance dependent individuals*. (Doctoral dissertation in psychology), University of Welfare and Rehabilitation

- Sciences, Tehran. 2007. (Persian).
- [16]. Bayani AA, Koocheky AM, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Developmental psychology: Iranian psychologists*. 2007; 3(11): 259-65. (Persian). [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512406.html?lang=en](https://jip.stb.iau.ir/article_512406.html?lang=en)
- [17]. Field SL, Hoffman AS. Fostering self-determination through building productive relationships in the classroom. *Intervention in school and clinic*. 1994; 48(1):6-14. <https://doi.org/10.1177/1053451212443150>
- [18]. Seifi M, Janbozori M, Alipour A, Aliakbari M. The Islamic model of psychotherapy/education based on improving the quality of life. *Psychology and Religion Quarterly*. 2015; 9(1):51-68. (Persian). <https://ensani.ir/file/download/article/20161105151241-9716-145.pdf>
- [19]. Mohammadi M, Akbari AA, Hatami N, Makri A, Kaviani H, Solymaniyan M, Sehat S. Investigating the effect of spiritual psychotherapy in patients with opioid dependence disorder. *Hakim Health Systems research journal*. 2012; 14(3):144-50. (Persian). <https://hakim.tums.ac.ir//article-1-889-fa.html>
- [20]. Grumm M, Nestler S, VonCollani G. Changing explicit and implicit attitudes: The case of self-esteem. *J Experimental Soc Psychol*. 2009; 45(2):327-35. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.10.006>
- [21]. Diener ED, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluation in life. First Published Online as a Review in *Advance on August*. 2003; 54:403-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- [22]. Karmi J, Zakiyi A, Alikhani M. The relationship between religious orientation and resilience and hope in Razi University students. *J Culture in Islamic Uni*. 2011; 3(2):243-55. (Persian).
- [23]. Ebersöhn L, Nel M, Loots T. Analysing risk and resilience in the first sand tray of youth at a rural school. *The Arts in Psychotherapy*. 2017; 2(3):16-25. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.04.007>
- [24]. Johnson P. Resilience in wives of persons with alcoholism: An Indian exploration. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60:84-9. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_271\\_14](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_271_14)