

# The Effect of Training “Quality of Life Therapy” Approach on Dimensions of Subjective Well-being among Nursing Students of Tehran University of Medical Sciences

Taraneh Taghavi Larijani <sup>1</sup>, Alireza Nikhbakht Nasrabadi <sup>2</sup>, Shima younespoor <sup>3</sup>,  
Marjan Alsadat Arshiha <sup>4,\*</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Biostatistics, Science Committee of Iran Health Research National Institute, Tehran, Iran

<sup>4</sup> MSc Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Marjan Alsadat Arshiha, MSc Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: marjanarshiha@yahoo.com

**Received:** 09 Apr 2018

**Accepted:** 20 Jun 2018

## Abstract

**Introduction:** Subjective well-being is a general and integrated concept that refers to the self-evaluation and self-perception of one's quality of life. This study aimed at determining the effect of training “Quality Of Life Therapy” approach on dimensions of subjective well-being among nursing students of Tehran University of Medical Sciences.

**Methods:** The present research was a quasi-experimental study with pretest, posttest, control and experimental group design. The population consisted of third and fourth year nursing students from the Tehran University of Medical Sciences during year 2017; 89 Students were chosen by census model and based on the inclusion criteria and were randomly assigned to control and experimental groups. Subjective well-being questionnaire was given to the control group at two time points. Then the experimental group also completed the subjective well-being questionnaire at two time points, before and after the intervention. Data were analyzed using SPSS16 software, descriptive statistics (mean and standard deviation), and inferential statistics (Mann-Whitney, Wilcoxon, independent t-test, Pearson, and covariance analysis).

**Results:** No significant difference was found between the two groups in terms of demographic characteristics. According to the results of covariance analysis, after controlling the effect of negative emotional scores during the baseline, negative emotional score in the control group was significantly higher than the experimental group ( $F_{1,88} = 5.43, P = 0.02$ ). There was no significant difference between the two groups regarding positive emotion and life satisfaction level at the end of the study.

**Conclusions:** Training “Quality Of Life Therapy” can be effective in reducing negativity of nursing students.

**Keywords:** Training “Quality Of Life Therapy”, Subjective Well-being, Nursing Student



## تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری

ترانه تقوی لاریجانی<sup>۱</sup>، علیرضا نیکبخت نصرآبادی<sup>۲</sup>، شیما یونس پور<sup>۳</sup>، مرجان السادات عرشی ها<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه آمار زیستی، هیئت علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: مرجان السادات عرشی ها، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: marjanarshiha@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** بهزیستی ذهنی مفهومی کلی و یکپارچه است و به ارزیابی و ادراک شخصی افراد از کیفیت زندگی شان اطلاق می‌شود. پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع نیمه تجربی به روش پیش آزمون پس آزمون با استفاده از گروه کنترل و آزمون بود. جامعه این پژوهش دانشجویان پرستاری سال سوم و چهارم از دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که ۸۹ نفر نمونه، به شیوه سرشماری و با توجه به معیارهای ورود در مطالعه شرکت داده شده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. پرسشنامه بهزیستی ذهنی در دو نوبت توسط گروه کنترل تکمیل شد. سپس گروه آزمون پرسشنامه بهزیستی ذهنی را در دو نوبت، قبل و پس از انجام مداخله، تکمیل نمودند. داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS16، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های من ویتنی، ویلکاکسون، تی مستقل، پیرسون و آنالیز کوواریانس) تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه تحت مطالعه از نظر مشخصات جمعیت شناختی یافت نشد. همچنین با توجه به نتایج حاصل از آنالیز کواریانس، پس از کنترل اثر نمرات عاطفه منفی در زمان پایه، نمره‌ی عاطفه منفی در گروه کنترل از نظر آماری به طور معنی‌داری بزرگتر از مقدار آن در گروه آزمون بود ( $F_{1,88} = 5/43$ ،  $P = 0/02$ ). تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه تحت مطالعه از نظر میزان عاطفه مثبت و رضایت مندی در انتهای مطالعه مشاهده نشد.

**نتیجه گیری:** آموزش کیفیت زندگی درمانی می‌تواند بر کاهش عاطفه منفی دانشجویان پرستاری مؤثر واقع گردد.

**واژگان کلیدی:** آموزش کیفیت زندگی درمانی، بهزیستی ذهنی، دانشجویان پرستاری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

نبود بیماری، بهزیستی تلقی نمی‌گردد (۳، ۴). بهزیستی ذهنی دو جزء عاطفی و شناختی دارد. جزء عاطفی این سازه شامل عاطفه مثبت و منفی است که تجارب عاطفی روزانه را توصیف می‌کند. رضایت افراد از جنبه‌های مختلف زندگی نیز جزء شناختی بهزیستی ذهنی محسوب می‌شود (۵). عاطفه مثبت بالا موجب انرژی زیاد، تمرکز کامل و اشتغال ذهنی لذت بخش شده، و عاطفه مثبت پایین موجب غمگینی و رخوت می‌شود. رضایت از زندگی نیز بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و

مطالعه علمی کارکردهای بهینه انسانی و به کارگیری این عوامل در کامیابی و شکوفایی افراد و جامعه طی دو دهه اخیر مورد توجه روز افزون قرار گرفته است. این مطالعات ریشه در پژوهش‌های Seligman (۲۰۰۲) دارد و بر بالا بردن بهزیستی ذهنی افراد تاکید ویژه‌ای دارد (۱). بهزیستی ذهنی مفهومی شخصی و فردی است و بر حسب ارزیابی افراد از زندگی خودشان تعریف می‌شود (۲). احساس بهزیستی، احساس مثبت و رضامندی عمومی از زندگی در حوزه‌های مختلف است و تنها

۲- Attitude یا نگرش‌ها، ادراک و تعبیرهای ذهنی نسبت به آن حوزه از زندگی

۳- Standards of fulfillment یا ارزیابی فرد از میزان رضایت نسبت به آن حوزه از زندگی، براساس استانداردهای او در مورد آنچه که باعث کسب رضایت در این حوزه می‌شود

۴- Importance یا ارزش یا اهمیت جایگاه آن حوزه از زندگی

۵- Overall satisfaction یا رضایت کلی از زندگی.

کاسیو پنج استراتژی برای کم کردن فاصله موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، است (۱۶، ۱۷).

تأثیر این رویکرد بر عوامل گوناگونی مورد تحقیق قرار گرفته است، از آن جمله می‌توان به: اثر آموزش کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی و رضایت زناشویی همسران (پاداش، فاتحی زاده، عابدی، ایزدیکخواه ۱۳۹۰) و گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر قم (قاسمی، کجیاف و ربیعی ۱۳۹۰) اشاره نمود. با در نظر گرفتن آن چه گزارش شد، مبنی بر پایین بودن سطح بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری در خصوص آموزش و آماده سازی روانی دانشجویان جهت حضور مؤثر در محیط بالین، مطالعه حاضر با هدف "تعیین تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران" طراحی شد.

## روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع نیمه تجربی و به شیوه پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمون و کنترل است که در آن تأثیر آموزش "رویکرد کیفیت زندگی درمانی" بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت. آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی به عنوان متغیر مستقل، و بهزیستی ذهنی به عنوان متغیر وابسته، متغیرهای اصلی پژوهش بودند. محیط پژوهش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه آن دانشجویان سال سوم و چهارم رشته پرستاری و نمونه‌ها کلیه دانشجویان ذکر شده در سال ۱۳۹۶ بودند. تمامی دانشجویان سال سوم و چهارم به شیوه سرشماری در مطالعه وارد شدند. روش انتساب دانشجویان به دو گروه تحت مطالعه (گروه کنترل و آزمون) به صورت تصادفی ساده بود. سپس هر یک از دانشجویان از جهت داشتن رضایت به منظور شرکت در پژوهش مورد سؤال قرار گرفتند. به کلیه دانشجویان از نظر محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک، در یک نوبت و پرسشنامه بهزیستی ذهنی در دو نوبت به فاصله پنج هفته در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. گروه آزمون نیز پس از پرسش از داشتن رضایت به منظور شرکت در پژوهش فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و بهزیستی ذهنی را تکمیل نمودند. سپس کلاس آموزشی رویکرد کیفیت زندگی درمانی در هشت جلسه، هفته‌ای دو روز و هر روز دو ساعت برای گروه آزمون برگزار شد. پس از اتمام جلسات، پرسشنامه بهزیستی ذهنی مجدداً توسط گروه آزمون تکمیل گردید. در مرحله بعد داده‌های جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک در گروه‌های کنترل و آزمون با استفاده از آزمون‌های آماری من ویتنی، ویلکاکسون، و کای اسکور جهت بررسی همگن بودن دو

وضعیت کنونی اوست (۴، ۶). بهزیستی ذهنی، انسان‌ها را به سمت کسب موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت گرانه و سالم‌تر، و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتری رهنمود می‌سازد. به همین علت توجهات، بیش از پیش متمرکز بر ارتقای بهزیستی ذهنی در افراد است (۶، ۷). در عین حال که دانشجویان آینده سازان جامعه محسوب می‌شوند، دانشجو بودن، مقطع بسیار حساسی در زندگی جوانان است و غالباً تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی رقم می‌زند؛ جدایی و دوری از خانواده، گاهی علاقه نداشتن به رشته قبولی، نگرانی بابت آینده شغلی، ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی (خوابگاه)، مسائل و مشکلات درسی و مالی، رقابت با دیگر دانشجویان و آزمون‌ها از مسائل دوره دانشجویی است (۸). دانشجویان رشته پرستاری علاوه بر آنچه گفته شد به دلیل ازدیاد دروس عملی کارآموزی در کنار دروس اختصاصی و حضور در بیمارستان‌ها و روبرویی با اقشار مختلف و انواع بیماری‌ها، گاهی دچار تردید در تصمیم‌گیری‌ها و عدم تجانس میان ایده آل‌ها، واقعیات و یا احساس عدم کفایت نیز می‌شوند. این شرایط بر ابعاد سلامت جسمی و روانی دانشجویان رشته پرستاری تأثیرگذار است و در نهایت منجر به کاهش عملکرد آنان نیز خواهد شد (۹، ۱۰). احساس بهزیستی ذهنی، تاکنون در دانشجویان با ابزارهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. در کل در غالب مطالعات صورت گرفته سطح بهزیستی ذهنی در گروه‌های دانشجویی، به ویژه دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی پایین می‌باشد، به طوری که در پژوهش شریفی و همکاران (۱۳۹۰) سطح بهزیستی ذهنی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی پایین گزارش شده است (۱۱). Hai-Ying Qu, Wang C-M (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود اعلام نمودند که سطح بهزیستی ذهنی پرستاران در اثر فرسودگی شغلی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و عواطف مثبت کمتری را تجربه می‌نمایند (۱۲). بنابراین با توجه به شرایط خاص و حساسیت شغلی بالای دانشجویان این رشته، پرداختن به بهزیستی ذهنی در این گروه ضروری به نظر می‌رسد. رویکرد "کیفیت زندگی درمانی" یکی از رویکردهای جدیدی است که در حیطه روان‌شناسی مثبت نگر توسط Frisch (۲۰۰۶) ارائه شده است و ادعا دارد به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان‌ها است (۱۳). "کیفیت زندگی درمانی" رویکرد جامعی است که بر ارزش‌های مهم زندگی افراد و تلاش جهت رسیدن به آن‌ها تأکید دارد. در این راستا، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به افراد در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها، در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آنان آموزش داده می‌شود (۱۴، ۱۵). طبق مدل فریش زندگی کلی فرد شامل ۱۶ حوزه اصلی می‌باشد. این ۱۶ حوزه که مداخلات بر آن متمرکز می‌شوند عبارتند از: ۱- سلامتی ۲- عزت نفس ۳- اهداف و ارزش‌ها/ زندگی معنوی ۴- پول (یا استاندارد زندگی) ۵- کار ۶- تفریح (یا سرگرمی) ۷- یادگیری ۸- خلاقیت ۹- کمک کردن (خدمات اجتماعی و اعمال شهروندی) ۱۰- عشق (یا روابط عاشقانه) ۱۱- دوستان (یا روابط دوستانه) ۱۲- بچه‌ها ۱۳- خویشاوندان ۱۴- خانه ۱۵- همسایه ۱۶- اجتماع (۱، ۱۴). همچنین در این مدل پنج شیوه برای ایجاد رضایتمندی در هر حوزه از زندگی، به عنوان طرحی برای کیفیت زندگی ارائه می‌گردد. این پنج عامل به طور خلاصه CASIO (حروف اول پنج کلمه) نامیده می‌شوند و عبارتند از: ۱- Circumstance یا شرایط و ویژگی‌های عینی آن حوزه از زندگی

۵ بیان گر تجربه بسیار زیاد هیجان) رتبه بندی می‌شوند (۱۹). نمرات عاطفه مثبت، دامنه ۱۰ تا ۵۰ را بر می‌گیرد که نمرات بالاتر نشانگر سطوح بالاتری از عاطفه مثبت است. نمرات عاطفه منفی نیز از ۱۰ تا ۵۰ می‌باشند که در آن نمرات پایین‌تر نشانگر عاطفه منفی پایین‌تر است (۱). روایی و پایایی این ابزار در مطالعه تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی توسط بخشی پور و دژکام (۱۳۸۵) مورد تأیید قرار گرفته است که ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ است. پایایی از طریق ضرایب سازگاری درونی (ضریب آلفا) برای هر دو خرده مقیاس یکسان و برابر ۰/۸۷ بود. همچنین دامنه پایایی این ابزار توسط ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۲) از ۰/۴۹ تا ۰/۹۴ گزارش گردید (۱۸).

### یافته‌ها

از ۱۳۶ پرسشنامه پخش شده بین دانشجویان ۲۷ نفر که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند پرسشنامه‌ها را عودت دادند. طبق ملاک‌های ورود به مطالعه، تعداد ۵ نفر با رویکرد کنترل زندگی درمانی آشنایی داشته و یا در پژوهش‌های مشابه شرکت نموده بودند. ۲ نفر نیز اختلال روانشناختی داشتند. ۸ دانشجو از گروه آزمون به جهت عدم شرکت در بیش از دو جلسه از کلاس آموزشی از مطالعه حذف گردیدند و تعداد ۵ دانشجو نیز در گروه کنترل در مرحله پس آزمون پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. در نهایت آنالیز آماری در بین گروه‌های ۴۵ نفری کنترل و ۴۴ نفری آزمون انجام گردید. میانه‌ی سن در گروه آزمون از نظر آماری به طور معنی‌داری بالاتر از مقدار آن در گروه کنترل بود ( $P = 0/01$ ). با توجه به جزئی بودن تفاوت میانه سن در دو گروه کنترل (۲۲ سال) و آزمون (۲۳ سال) و میزان معنی‌داری پایین در تست آماری، از این تفاوت با نظر استاد مشاور آمار پژوهش صرف نظر شد. با توجه به داده‌های موجود، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه تحت مطالعه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی، محل سکونت، وجود اختلال روان‌شناختی در اقوام درجه‌ی یک، داشتن خواهر و برادر هم‌جنس، وضعیت سکونت والدین، وضعیت تحصیلات و اشتغال پدر و وضعیت تحصیلات و اشتغال مادر مشاهده نشد که به طور خلاصه در جدول ۱ نمایش داده شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت از زندگی و عاطفه‌ی مثبت و منفی آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمون در مرحله‌ی پیش آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به نتایج حاصل از آنالیز کواریانس، پس از کنترل اثر نمرات عاطفه‌ی منفی در زمان پایه، نمره‌ی عاطفه‌ی منفی در گروه کنترل از نظر آماری به طور معنی‌داری بزرگتر از مقدار آن در گروه آزمون بود ( $F_{1,88} = 5/43, P = 0/02$ ). اما، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه تحت مطالعه از نظر میزان عاطفه‌ی مثبت در انتهای مطالعه پس از کنترل اثر متغیر عاطفه‌ی مثبت در زمان پایه مشاهده نشد ( $F_{1,88} = 1/65, P = 0/20$ ). پس از کنترل اثر متغیر رضایت‌مندی در زمان پایه، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه تحت مطالعه از نظر میزان رضایت‌مندی در انتهای مطالعه مشاهده نشد ( $F_{1,88} = 0/83, P = 0/83$ ).

گروه بررسی شد. ابعاد بهزیستی ذهنی و معناداری تفاوت آن در دو گروه در مرحله پیش آزمون نیز با استفاده از تست مستقل تی بررسی گردید. معناداری تفاوت ابعاد بهزیستی ذهنی در دو گروه کنترل و آزمون با کنترل اثر متغیر در زمان پایه، با استفاده از آنالیز کواریانس بررسی شد. در کلیه موارد نیز سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ دانشجوی رشته پرستاری سال ۳ و ۴ بودن، عدم وجود اختلالات روانشناختی مبنی بر اظهارات فرد در فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و شرکت نداشتن دانشجو در برنامه‌های پژوهشی مشابه و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ عدم شرکت در دو جلسه متوالی کلاس آموزشی، شرکت در برنامه‌های پژوهشی مشابه و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش بود. طبق معیارهای ذکر شده از ۱۳۶ نفر دانشجوی پرستاری سال ۳ و ۴، ۴۴ دانشجو در گروه آزمون و ۴۵ دانشجو در گروه کنترل مطالعه باقی ماندند. جهت جمع آوری اطلاعات دموگرافیک پرسشنامه‌ی مشتمل بر عوامل مرتبط احتمالی با احساس بهزیستی ذهنی دانشجویان (جنس، سن، ترم، تأهل، وضعیت اقتصادی، اشتغال، اختلال روانشناختی، وضعیت محل سکونت (با خانواده، خوابگاه و سایر)، وضعیت سکونت والدین، داشتن خواهر یا برادر هم‌جنس، تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اشتغال پدر و مادر، آشنایی با رویکرد کیفیت زندگی درمانی و شرکت در کلاس‌ها یا کارگاه‌های آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی) تهیه گردید. به منظور جمع آوری اطلاعات ابعاد بهزیستی ذهنی، شامل دو بعد رضایت از زندگی، و عاطفه مثبت و منفی از پرسشنامه‌های رضایت از زندگی (SWLS) دینر و عاطفه مثبت و منفی (PANAS, Watson, Clark & Tellegen استفاده شد.

پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS) توسط Diner, Emmons, Larsen & Griffin (۱۹۸۵) در سال ۱۹۸۵ برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی در بعد شناختی بهزیستی ذهنی به کار گرفته شده است. مقیاس دارای پنج ماده است و هر ماده هفت گزینه دارد که پاسخ دهندگان میزان رضایت مندی خود را از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نشان می‌دهند (۱۶). اعتبار و روایی پرسشنامه دینر توسط بیانی و کوچکی (۱۳۸۷) بر روی ۱۰۹ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر انجام گرفت و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. روایی سازه پرسشنامه دینر از طریق روایی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد و فهرست افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی مثبت با فهرست شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با فهرست افسردگی بک نشان داد. بر اساس نتایج این پژوهش، پرسشنامه دینر یک مقیاس مفید در پژوهش‌های روانشناختی ایران جهت سنجش احساس بهزیستی ذهنی می‌باشد (۱۸).

پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی (PANAS) یک ابزار خودسنجی ۲۰ سوالی است و برای اندازه‌گیری دو بعد عاطفه مثبت و عاطفه منفی توسط واتسون، کلارک و تلگن (۱۹۸۸) تهیه و ارائه شده است. هر خرده مقیاس ۱۰ سؤال دارد که در آن ۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی در قالب کلمات مطرح شده است. سؤال‌ها از سوی آزمودنی‌ها تحت یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ (عدد ۱ نشان دهنده عدم تجربه هیجان و عدد

**بحث**

( $P =$ ) این نتیجه نشان دهنده تأثیر مثبت این آموزش بر روی بعد عاطفه منفی به عنوان یکی از سه بعد تعریف شده برای بهزیستی ذهنی است. نتایج مطالعه نظام الدین قاسمی و همکاران (۱۳۹۰)، که در بالا ذکر شد، بیانگر آن بود که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان بهزیستی ذهنی کلی افراد را افزایش داده است ( $P < ۰/۰۱$ ) این درمان بر افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی تأثیر گذار بوده ولی نتوانسته میزان رضایت از زندگی را در آزمودنی‌ها افزایش دهد (۱۶).

پژوهش حاضر به تعیین تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، پرداخت. بر اساس نتایج به دست آمده از مقایسه میانگین نمره هر یک از ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان قبل و بعد از مداخله مشخص شد که آموزش بهبود کیفیت زندگی، به طور معنی داری میانگین نمره بعد عاطفه منفی را در گروه آزمون، نسبت به گروه کنترل کاهش داد (۰/۰۲).

جدول ۱: توزیع (فراوانی مطلق و نسبی، و میانه و دامنه) واحدهای مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات جمعیت شناختی	گروه کنترل (n = ۴۵)	گروه آزمون (n = ۴۴)	آزمون آماری و نتایج آزمون
سن	۳۱/۲۰ ± ۲۲	۳۴/۲۰ ± ۲۳	Z = -۲/۵۷۲, P = ۰/۰۱, Mann-Whitney, Wilcoxon
جنس			df = ۱, P = ۰/۱۲, X <sup>2</sup> = ۲/۷۴۵ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
زن	(۷۵/۵۶)۳۴	(۵۹/۰۹)۳۶	
مرد	(۲۴/۴۴)۱۱	(۴۰/۹۱)۱۸	
وضعیت تأهل			df = ۱, P = ۰/۹۵, X <sup>2</sup> = ۰/۰۰۴ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
متأهل	(۲۴/۴۴)۱۱	(۲۵)۱۱	
مجرد	(۷۵/۵۶)۳۴	(۷۵)۳۳	
*وضعیت اقتصادی			df = ۲, P = ۰/۳۸, X <sup>2</sup> = ۱/۹۴۴ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
مطلوب	(۴۹/۸۹)۲۲	(۶۱/۳۶)۳۷	
نیمه مطلوب	(۴۴/۴۴)۲۰	(۳۶/۳۶)۱۶	
نامطلوب	(۶/۶۷)۳	(۲/۲۷)۱	
وضعیت اشتغال			df = ۲, P = ۰/۱۸, X <sup>2</sup> = ۳/۳۵۵ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
شاغل مرتبط بارشته	(۳۱/۱۱)۱۴	(۵۰)۲۲	
شاغل غیرمرتبط	(۲/۲۲)۱	(۲/۲۷)۱	
فقط دانشجوی	(۶۶/۶۷)۳۰	(۴۷/۷۳)۲۱	
داشتن خواهر یا برادر هم جنس	۷ ± ۲	۷ ± ۲	Z = -۰/۴۴۰, P = ۰/۶۶, Mann-Whitney, Wilcoxon
محل سکونت			df = ۲, P = ۰/۶۵, X <sup>2</sup> = ۱/۳۱۶ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
با خانواده	(۶۴/۴۴)۲۹	(۶۸/۱۸)۳۰	
خوابگاه	(۳۵/۵۶)۱۶	(۲۹/۵۴)۱۳	
سایر	۰	(۲/۲۷)۱	
تحصیلات پدر			df = ۳, P = ۱, X <sup>2</sup> = ۰/۱۰۵ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
بی سواد و ابتدایی	(۱۱/۱۱)۵	(۱۱/۳۶)۵	
زیر دیپلم	(۲۶/۶۷)۱۲	(۲۹/۵۴)۱۳	
دیپلم	(۲۶/۶۷)۱۲	(۲۵)۱۱	
دانشگاهی	(۳۵/۵۶)۱۶	(۳۴/۰۹)۱۵	
اشتغال پدر			df = ۲, P = ۰/۰۹, X <sup>2</sup> = ۴/۴۶۱ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
شاغل	(۶۷/۴۴)۲۹	(۵۴/۵۴)۲۴	
بیکار	(۴/۶۵)۲	۰	
بازنشسته	(۲۷/۹۱)۱۲	(۴۵/۴۵)۲۰	
محل سکونت والدین			df = ۲, P = ۱, X <sup>2</sup> = ۰/۵۳۵ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
با هم	(۹۱/۱۱)۴۱	(۹۰/۹۱)۴۰	
جدا از هم	(۲/۲۲)۱	(۴/۵۴)۲	
فوت شده	(۶/۶۷)۳	(۴/۵۴)۲	
تحصیلات مادر			df = ۳, P = ۰/۳۸, X <sup>2</sup> = ۳/۲۲۳ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
بیسواد و ابتدایی	(۶/۹۷)۳	(۷/۱۴)۳	
زیر دیپلم	(۴۴/۱۹)۱۹	(۴۰/۴۸)۱۷	
دیپلم	(۲۷/۹۱)۱۲	(۴۲/۸۶)۱۸	
دانشگاهی	(۲۰/۹۳)۹	(۹/۵۲)۴	
اشتغال مادر			df = ۲, P = ۰/۳, X <sup>2</sup> = ۲/۶۱۹ <sup>a</sup> , Pearson Chi-Square Tests
شاغل	(۲۲/۷۳)۱۰	(۱۶/۶۷)۷	
بیکار	(۷۲/۷۳)۳۲	(۸۳/۳۳)۳۵	
بازنشسته	(۴/۵۴)۲	۰	

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) و یا میانگین ± انحراف معیار آمده است.

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار ابعاد بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی) و مقایسه آن در انتهای مطالعه در دو گروه کنترل و آزمون

ابعاد بهزیستی ذهنی	گروه کنترل (n = ۴۵)		گروه آزمون (n = ۴۴)		آزمون آماری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رضایت از زندگی	۲۱/۵۶	۷/۰۷	۲۱/۴۱	۶/۵۲	آنالیز کواریانس، $F_{1,88} = ۰/۸۳$ ، $P = ۰/۳۶$
	۲۲/۸۹	۶/۲۶	۲۳/۳۵	۶/۹۷	
عاطفه مثبت	۳۲/۰۴	۸/۳۲	۳۴/۰۴	۵/۹۹	آنالیز کواریانس، $F_{1,88} = ۱/۶۵$ ، $P = ۰/۲۰$
	۳۳/۸۲	۸/۱۹	۳۶/۵۲	۵/۵۶	
عاطفه منفی	۲۲/۶۲	۸/۶۲	۲۴/۳۰	۶/۲۲	آنالیز کواریانس، $F_{1,88} = ۵/۴۳$ ، $P = ۰/۰۲$
	۲۱/۱۸	۶/۶۹	۲۰/۳۷	۵/۵۶	

یکدیگر نداشتند. از مقایسه میانگین نمره هر یک از ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان، قبل و بعد از مداخله مشخص شد که آموزش بهبود کیفیت زندگی، به طور معنی داری میانگین نمره بعد عاطفه منفی را در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش دهد ( $P = ۰/۰۲$ ). این نتیجه، نشان دهنده تأثیر مثبت این آموزش بر روی بعد عاطفه منفی به عنوان یکی از سه بعد تعریف شده برای بهزیستی ذهنی می‌باشد. دانشجویان و جوانان می‌بایست قبل از تحت آموزش قرار گرفتن برای یادگیری علوم مختلف، از سلامت و بهزیستی ذهنی بالایی برخوردار گردند. در این میان دانشجویان پرستاری به جهت گذراندن وقت بیشتر در بیمارستان و بر بالین بیماران، استرس و عواطف منفی بیشتری را در مقایسه با سایر همسالان تجربه نمایند. نیاز است با در نظر گرفتن تمهیدات آموزشی مرتبط، بستر مناسبی جهت آماده نمودن این دانشجویان در برخورد با شرایط سخت کاری و تعدیل عواطف منفی فراهم گردد. همچنین دانشجویان پس از گذراندن دوره‌های مختلف قادر خواهند بود، آموزه‌های خود را در صورت نیاز و وقوع بحران برای مددجویان، بکار برند تا آن‌ها نیز بتوانند بهزیستی ذهنی بالاتر و آرامش بیشتری را در شرایط سخت تجربه نمایند. امید است از نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر بهره‌گیری مناسب در حیطه‌های مختلف آموزشی و پژوهشی صورت گیرد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات جامع‌تر بر دانشجویان سال‌های اول و دوم نیز تحت بررسی قرار گیرند. پرسشنامه‌های دیگری در خصوص ارزیابی بهزیستی ذهنی تدوین گشته که بعد اجتماعی را نیز ارزیابی نموده، در مطالعات بعدی می‌توان از آن‌ها استفاده نمود. قاسمی در نتایج مطالعه خود عنوان می‌نماید که این درمان بر افزایش رضایت از زندگی و کاهش عاطفه منفی در مرحله‌ی پیگیری از ثبات برخوردار نبوده است. در پژوهش حاضر با توجه به محدودیت‌های موجود انجام پیگیری مقدور نبود لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی از روش‌های آموزشی و کمک آموزشی متفاوت جهت بررسی تأثیرگذاری این رویکرد در مراحل پس آزمون و پیگیری استفاده گردد.

### سپاسگزاری

این مطالعه در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. از ریاست و مسؤولین محترم دانشکده و همکاری صمیمانه دانشجویان عزیز که بدون حضور آن‌ها این تحقیق امکان پذیر نبود، نهایت سپاسگزاری را داریم.

مطابق با نتایج مطالعه قاسمی، در مطالعه حاضر نیز، کیفیت زندگی درمانی بر رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار نبوده. Sin and Lyubomirsky در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که روان درمانی‌های مثبت در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها اثرگذار است. Mitchell, Stanimirovice, & Klein در بررسی مقایسه‌ای بین روان درمانی‌های مثبت با روان درمانی مبتنی بر حل مسأله و گروه‌های دریافت کننده پلاسبو، مشخص کردند که اگرچه ممکن است عاطفه‌ی مثبت و منفی در طول این درمان‌ها تغییر پیدا نکرده باشد، اما روان درمانی‌های مثبت، میزان بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهند (۲۰). در این رابطه ژنتیک را که نخستین عامل مهم و عمده در تعیین بهزیستی افراد است را نباید نادیده گرفت. تعیین کننده‌های ژنتیکی در طول عمر افراد ثابت، در طول زمان پایدار و نسبت به تغییر یا کنترل ایمن هستند. این عامل به تنهایی ۵۰٪ از کل واریانس بهزیستی را به خود اختصاص داده است (۲). همچنین عامل دیگری که بر بهزیستی مؤثر است اوضاع و شرایط محیطی است، این عامل ۸ الی ۱۵ درصد واریانس بهزیستی و شادمانی را به خود اختصاص می‌دهد و شامل عواملی همچون ملیت، فرهنگ، شرایط جغرافیایی مثل آب و هوا، عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات، نژاد، وضعیت تأهل، پیشینه و تاریخچه زندگی فرد مثل ضربه‌های دوران کودکی، تصادف و سوانح، وضعیت شغلی، امنیت کاری، درآمد، سلامتی، مذهب و ... است. لذا کیفیت زندگی درمانی نیز به عنوان یکی از رویکردهای روان شناسی مثبت نگر ارائه شده در این زمینه تنها می‌تواند در شرایط عالی بر تغییر حدود ۳۵-۴۰٪ از بهزیستی ذهنی مؤثر واقع شود. هاشمیان و همکاران، ۱۳۸۶ نیز در مطالعه خود آورده‌اند که ۳۵ تا ۴۰ درصد از واریانس بهزیستی و شادمانی توسط فعالیت‌های ارادی تبیین می‌شود. با توجه به آنکه کیفیت زندگی درمانی به ارائه یک الگو ۵ راهه برای حل نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها و ارائه اصول و مهارت‌ها برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها می‌پردازد (۲۱)، می‌توان میزان تأثیرگذاری آن را در شرایط مختلف و با استفاده از روش‌های متفاوت آموزشی مورد بررسی بیشتر قرار داد.

### نتیجه گیری

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، نشان داد که دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی همگن بودند. همچنین ابعاد بهزیستی ذهنی در دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله تفاوت معنی داری با

## References

- Magyar-Moe J. Therapist's Guide to Positive Psychological Interventions. Tehran: Arjmand; 2013.
- Hashemian K, Pourshahryary M, BaniJamali S, Golestani Bakht T. Examine the Relationship Between Demographic Characteristics and the Extent to Biological, Mental and Happiness in Tehran. *Psychol Stud*. 2007;3(3):139-63.
- Keshtidar M, Behzadnia B, Imanpour F. Comparison of Intramural Role in Academic Stress and Subjective Well-Being of Middle School Students. *Sport Manage Stud*. 203;5(17):89-104.
- Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68-78. [pmid: 11392867](#)
- Lavasani M, Ejei J, Mohammadi F. The relationship between meaning of life and optimism with subjective well-being. *J Psychol*. 2013;17(1):3-17.
- Najafy M, Makvand Hosseini S, Mohammadyfar M, Rostami M. The relationship between life goals and personality traits with subjective well-being in adults. *J Fundam Ment Health*. 2015;17(6):325-33.
- Karimi S, Kakabaraee K, Yazdanbakhsh K, Moradi GR. Effect of cognitive behavioral therapy on subjective well-being of patients with cardiovascular diseases. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;18(3):147-56.
- Reza Soltani P, Ghanbari Khanghah A, Moridi M. Comparison of health related quality of life in dormitory and non-dormitory students. *J Holist Nurs Midwifery*. 2014;24(4):38-45.
- Jahani Hashemi H, Nouroozi Sezyroud K, Kheiri S. Study of mental health nursing students and its related factors. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2006;14(2):45-55.
- Kahrizeh C, Bazzazian S, Ghamari M. Relationship between psychological hardiness and family function with subjective wellbeing in nurses. *Prev Care Nurs Midwifery* 2014;14(1):44-53.
- Tagharobi Z, Sharifi K, Soki Z. Subjective well-being in the students of kashan nursing & midwifery faculty. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2012;20(1):54-64.
- Qu H-Y, Wang C-M. Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chin Nurs Res*. 2015;2(2-3):61-6. [doi: 10.1016/j.cnre.2015.09.003](#)
- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M. The effectiveness of psychotherapy training based on improving the quality of life for the happiness of the spouses. *Fam Couns Psychother*. 2011;1(1).
- Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2005.
- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *J Res Behav Sci*. 2013;10(5):363-72.
- Ghasemi N, Kajbaf M-B, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (qolt) on subjective well-being (swb) and mental health. *Clin Psychol*. 2011;3(2):23-34.
- Frisch M. [Psychotherapy based on the quality of life Therapy]. Tehran: Arjmand; 2010.
- Kheiri M, Emami SA, Farmanbar R, Atrkar RZ. Subjective Well-Being and Related Factors among Students of Guilan University of Medical Sciences (Gums). *Health Educ Health Promot*. 2014;2(1):27-36.
- Kakabaraee K, Arjmandnia A, Afrooz Q. The relationship between coping styles and perceived social support scale of psychological well-being among parents with disabled and normal children in kermanshah in 2010. *Psychol Except Individ*. 2012;2(6):1-26.
- Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychology Interventions: a Practice-Friendly Meta-Analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65(5):467-87. [doi: 10.1002/jclp.20593](#) [pmid: 19301241](#)
- Khademi MJ, Abedi MR. The effectiveness of quality of life psychotherapy on blind girls' mental health in Isfahan. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2016;16(4):32-44.