Psychological Achievements
Spring & Summer, 2025, *32*(1)
Serial Number 33, 33-60
Rcceived: 03 May 2023
Accepted: 26 Sep 2023
DOI: 10.22055/psy.2023.43647.3024
(Psychol Achiev)
Orginal Article

Comparison of the Effectiveness of Self-determination Skills Group Training and Islamic Quality of Life Group Training on Perceived Social Support and Psychological Well-being

Elham Tavasli*
Tayyaba Sharifi**
Reza Ahmadi***

Abstract

In recent years, psychologists have emphasized the significance of spirituality in psychological treatment, arguing that neglecting this dimension can reduce therapeutic effectiveness. For individuals with a strong religious background, spirituality is often best achieved through their religious beliefs. Divine religions, particularly Islam, offer practical guidance for connecting with the infinite being. This study aimed to compare the effectiveness of self-determination skills training and Islamic quality of life training on perceived social support and psychological well-being among primary caregivers of chronic mental patients in Borujen city. The research was applied in nature and utilized a semi-experimental design that included pre-tests, post-tests, follow-ups, and a control group.The statistical population consisted of 550 primary caregivers of chronic mental patients covered by welfare and rehabilitation centers in Borujen. From this population, 60 caregivers were selected using convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups—one receiving self-determination skills training and the other receiving Islamic quality of life training—along with a control group.The research instruments included the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Psychological Well-Being Scales. Interventions were conducted over three months, consisting of 19 sessions, each lasting 90 minutes. One group received training on self-determination skills (Field & Hoffman, 2012), while the other underwent Islamic quality of life training (Seifi et al., 2015). After the intervention, all participants completed the questionnaires again (post-test), and the same procedure was repeated two months later for follow-up.Data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS-22 software. The findings

* Ph.D Student Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

** Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. *Corresponding Author*: Ta.sharifi@iaushk.ac.ir

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

indicated that both self-determination skills training and Islamic quality of life training significantly improved perceived social support ($\eta^2 = 0.66$, $P < 0.05$), with Islamic quality of life training showing greater effectiveness. Similarly, both interventions significantly enhanced psychological well-being ($\eta^2 = 0.12$, $P < 0.05$), with Islamic quality of life training demonstrating higher effectiveness compared to self-determination skills training.

Keywords: Islamic quality of life, perceived social support, psychological well-being, self-determination skills

Extended Abstract

Introduction

Today, psychologists have come to the conclusion that treatment without considering spirituality will not be effective. But it should be noted that for people who have understood religion and its position, acquiring spirituality is achieved more reliably through religion. Divine religions, especially Islam, provide practical recommendations for human connection with the infinite being in every way. The purpose of this research was to compare the effectiveness of self-determination skills training and Islamic quality of life training on perceived social support and psychological well-being of primary caregivers of chronic mental patients in Borujen city.

Method

This research was applied research, and in terms of method, it was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up plan and a control group. The statistical population included all the main caregivers of chronic mental patients in Borujen city, under the supervision of welfare and rehabilitation centers of Borujen city, whose number is 550 people. In this research, 60 primary caregivers of chronic mental patients were selected using the available sampling method and then randomly assigned to two experimental groups (self-determination skills training and Islamic quality of life training) and a control group. In order to carry out the research in the first stage, the necessary coordination was made with the General Welfare Department of Chaharmahal and Bakhtiari Province. The necessary permission to implement the program, i.e. the self-determination skills training program and the Islamic quality training program and the implementation of two questionnaires including perceived social support and psychological well-being, was received; Then, in the pre-test phase, questionnaires of perceived social support and psychological well-being were administered to all three

groups, then in a three-month intervention for 19 90-minute sessions of an experimental group, a training package of self-determination skills (Field & Hoffman, 2012) and training Islamic quality of life (Seifi et al., 2015), and after the interventions, the participants of all three groups answered questionnaires of perceived social support and psychological well-being (post-test). Finally, after two months, the aforementioned questionnaires were collected from the research participants. Research tools included the multidimensional scale of perceived social support and psychological well-being scales. Data analysis was done with the method of analysis of variance with repeated measurements using SPSS-22 software.

Results

The results showed that the effectiveness of self-determination skills training and Islamic quality of life group training on increasing perceived social support was significant ($P<0.05$) and the effect size was 0.66, respectively, and the effectiveness of Islamic quality of life group training was more than training was 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 effect size was 0.12, respectively, and the effectiveness of Islamic life quality training was more than self-determination skills training.

Discussion

The group methods of teaching self-determination skills and the quality of Islamic life have a significant effect on the level of perceived social support and psychological well-being. Teaching self-determination skills and Islamic quality of life increased perceived social support and psychological well-being of caregivers of chronic neurological and mental patients. Also, the effectiveness of Islamic quality of life training on perceived social support and psychological well-being has been higher than the effectiveness of self-determination skills training.

Keywords: Islamic quality of life, perceived social support, psychological well-being, self-determination skills

Author Contributions: Author 1, general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction. **Author 2**, collaboration in general framework planning, selection of approaches; final review. **Author 3**, comparison of approaches, conclusions. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all dear colleagues and professors who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.
Funding: This article did not receive financial support.

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۰۴

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۴۰۴
دوره‌ی چهارم، سال ۳۲، شماره‌ی ۱
ص‌ص: ۶۰-۳۳

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی

الهام توسلی *
طیبه شریفی **
رضا احمدی ***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن بود. مطالعه‌ی حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون- پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین اصلی بیماران مزمن روانی در شهرستان بروجن، تحت‌نظر مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان بروجن بود که تعداد آنان ۵۵۰ نفر می‌باشد. در این تحقیق ۶۰ مراقب اصلی بیماران مزمن روانی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند 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 حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزارSPSS-22 انجام شد. نتایج نشان داد اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده (P <۰/۰۵) معنی‌دار و اندازه اثر ۰/۶۶ بوده و میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بود. هم‌چنین، اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت اسلامی بر

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
** دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)
Ta.sharifi@iaushk.ac.ir
*** استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

افزایش بهزیستی روان‌شناختی (P<۰/۰۵) معنی‌دار و اندازه اثر ۰/۱۲ بوده و میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بود. بنابراین، می‌توان گفت آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی می‌توانند میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن را بهبود بخشند.

کلید واژگان: حمایت اجتماعی ادراک‌شده، بهزیستی روان‌شناختی، آموزش کیفیت زندگی اسلامی، آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری

مقدمه

بیماری یک عضو خانواده (به ویژه بیماری‌های مزمن روانی)، کل خانواده را درگیر کرده و سبک زندگی آن‌ها را تغییر می‌دهد (Post et al., 2022; Neong & Rashid, 2018; Ndikuno et al., 2016). مشکلات مالی، روحی و اجتماعی بیماری روانی اثرهای مهمی روی خانواده‌ی آن‌ها می‌گذارد (Stanley & Balakrishnan, 2023). با تحویل بیمار به خانواده در کنار فقدان خدمات مربوط به مراکز جامع بهداشت روانی، مراقبین بیماران دچار فشار شدید روانی و جسمانی شده و خود را در مقابله و مدارا با عواقب داشتن بیمار روانی مزمن در خانواده، تنها و رها شده احساس می‌کنند. آن‌ها ممکن است این حالت را با ابراز ناکامی و خشم یا فداکاری بیش از حد نسبت به بیمار نشان دهند. این‌گونه نگرش‌ها و رفتارهای خانواده، ممکن است تأثیرهای مخربی بر برخی از ویژگی‌های شخصیتی، رفتاری و اخلاقی آنان گذارد. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده خانواده‌های دارای بیماران مزمن روانی کمتر از هنجارهای جامعه است (Huang et al., 2022). برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران مهم تعریف کرده‌اند. برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند (To et al., 2022; Levi-Belz et al., 2022). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان دادند که فرایند شروع بیماری و درمان بیماری مزمن روانی در کاهش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده خانواده‌های بیماران مزمن روانی اثرگذار بوده است (Huang et al., 2022; To et al., 2022; Halvari et al., 2017).

هم‌چنین، یکی از مفاهیم بسیار مهم در بین خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن،

بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی در واقع یک حالت تعادل بین عواطف مثبت و منفی است. در یک تعریف نسبتاً ساده می‌توان گفت که بهزیستی روان‌شناختی، وجود و حضور شرایط خوب و رضایت‌بخش همراه با حضور سلامت، شادمانی و کامیابی است (Mudrak et al., 2018).

بهزیستی روان‌شناختی از ویژگی‌های مهم مراقبین اصلی بیماران روانی مزمن می‌باشد. با توجه به توضیحات فوق، خانواده‌های بیماران روانی مزمن در زمینه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌توانند در بهبود توانمندی‌های فوق مثمرثمر باشند. یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها در حوزه ارتقا توانمندی افراد با نیازهای ویژه، برنامه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری (Ryan & Deci, 2017) می‌باشد. خودتعیین‌گری یک فرانظریه در زمینه انگیزش انسان است که براساس پژوهش‌ها در خصوص انگیزش درونی و بیرونی تکامل‌یافته و هم‌چنین با موفقیت فراوان در زمینه روابط با دیگران، بهداشت و درمان، روان‌درمانی و ... کاربرد دارد (Deci et al., 2017; Gould et al., 2022). به‌عبارت دیگر، این نظریه کلان انگیزشی، مسائل اساسی از قبیل رشد فردی، اخلاقی، نیازهای روانی، اهداف و آرمان‌های زندگی، نشاط و انرژی، ارتباط بین فرهنگ و انگیزش و تأثیر محیط اجتماعی بر انگیزش را بررسی کرده و به همین جهت در حوزه‌های مختلفی از زندگی کاربرد دارد (Deci & Ryan, 2012; Jiang, & Tanaka, 2022). به بیانی دیگر، نظریه خودتعیین‌گری رویکردی مرتبط با انگیزه و عملکرد اجتماعی افراد است که نقش نیازهای روان‌شناختی را به‌عنوان سرمایه‌های انگیزشی ذاتی برجسته می‌سازد و معتقد است حمایت از این نیازها، منجر به تسهیل عملکرد فردی و سازگاری اجتماعی افراد می‌شود (Ryan & Deci, 2017).

رفتار خودتعیین‌گر اشاره به اعمال ارادی دارد که فرد را قادر می‌سازد به‌عنوان عامل اولیه در زندگی خود عمل کند تا بتواند کیفیت زندگی خود را حفظ کرده و ارتقاء دهد (Wehmeyer et al., 2011). هم‌چنین، خودتعیین‌گری توانایی تشخیص و کسب هدف براساس شناخت و ارزشمند دانستن خود تعریف می‌کنند. به‌عبارت دیگر، خودتعیین‌گری را می‌توان به‌عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌ها درنظر گرفت که از محیط‌های خانه و شغلی ناشی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل تصمیم‌گیری کنند و مسائل و

مشکلات خود را حل و فصل نمایند (Forest et al., 2023; Field & Hoffman, 2012). خودتعیین‌گری به‌عنوان عاملی نگریسته می‌شود که در آن فارغ از آن‌که افراد تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار بگیرند، این اختیار را به آن‌ها می‌دهد تا آزادانه به تصمیم‌گیری و انتخاب کیفیت زندگی‌شان بپردازند و با توجه به ارتباط تنگاتنگ کیفیت زندگی با مفاهیم از مختلف روان‌شناختی از جمله حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افکار خودآیند منفی، آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری قادر خواهد بود که این مفاهیم را تحت تأثیر قرار داده و بهبود دهد (Wehmeyer, 1992; Xiang et al., 2023). بنابراین، هنگامی که افراد براساس خودتعیین‌گری، نگرش‌ها و درکی که از خود دارند، عملی را انجام می‌دهند، توانایی بیشتری برای کنترل زندگی خود داشته و به عنوان بزرگسالی موفق در نظر گرفته می‌شوند. بر این اساس، از جمله پیامدهای آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بهبود مفاهیم سلامت روان‌شناختی در افراد است (Field & Hoffman, 2012).

یکی از معایب استفاده از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری عدم توجه به بافت، فرهنگ و مذهب است؛ اما آنچه که در علم روان‌شناسی امروزه مطرح است، یکپارچه سازی مذهب/ معنویت در بعد اجتماعی این مدل یا ترجیحاً گنجاندن معنویت در هر سه بعد زیستی، روانی، اجتماعی و در نتیجه پرداختن به بیمار و بیماری در یک مدل زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی/مذهبی است (Huguelet & Koenig, 2009). عده‌ای از پژوهشگران، در تحقیقی پی بردند که داشتن هدف در زندگی، سازگاری و کیفیت‌زندگی خانواده‌های افراد مبتلا به آسیب نخاعی را افزایش می‌دهد. (Thompson et al., 2003). وبر معتقد است که دین با معنای آن دسته از پدیده‌های زندگی که در علم پاسخی ندارند (مانند شر، رنج و مرگ) ارتباط دارد (Seifi et al., 2015). از طرف دیگر به نظر می‌رسد که یکی از روش‌های مناسب برای پاسخگویی به مسأله چهارگانه فوق ترتیب دادن جلسات گروهی است، چرا که در این صورت اعضا علاوه بر بهره‌مندی از سایر مزایای گروه می‌توانند تجارب عملی خود را در مورد به کارگیری تعالیم مذهبی در زمینه ارتباط با خود، خداوند، جهان هستی و روابط خانوادگی و اجتماعی و نتایج آن با یکدیگر در میان بگذارند تا هر کدام از آن‌ها به این باور برسد که می‌توان آموزش‌های مذهبی را به عمل در آورد و از نتایج شیرین آن بهره‌مند شد (Jafari, 1989).

امروزه روان‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که پرداختن به درمان بدون توجه به معنویت

نتیجه بخش نخواهد بود. اما باید توجه داشت برای افرادی که دین و جایگاه آن را فهمیده‌اند، کسب معنویت از رهگذر دین به‌صورت مطمئن‌تر حاصل می‌شود. ادیان‌الهی به‌ویژه اسلام، توصیه‌های کارسازی برای ارتباط انسان با موجودی نامتناهی از هر جهت ارائه می‌دهند. ارتباط انسان با خدا در اوج معنویت قرار می‌گیرد و در این مسیر، تجربه‌های معنوی و لذت‌های وصف‌ناپذیرش کسب می‌شود. به نظر می‌رسد رسیدن به بهزیستی روانی، در پرتو ادیان‌الهی به‌ویژه اسلام، بر راه‌های غیردینی آن ترجیح دارد. برای این برتری می‌توان دلایل متعددی برشمرد: (الف) از نظر اسلام، رفتارهایی که انسان در ارتباط معنوی با خدای متعال انجام می‌دهد، و نیز حالاتی که در همین رابطه در روان انسان پدید می‌آید، ناشی از معرفتی است که به خدای متعال دارد. یعنی به دنبال خداشناسی، توجهات و کیفیات نفسانی خاصی در انسان پدید می‌آید که به متقضای این حالات مخصوص و توجهاتی که نسبت به صفات الهی می‌یابد، در چارچوب شرایط محیطی رفتارهایی همسو با هدف بهزیستی و سلامت کلی شکل خواهد گرفت. هم‌چنین دین با تأکید بر عبادت و پرستش نیز، انسان را به فضای معنویت عمیق دعوت می‌کند که ریشه در فطرت وی دارد. در سایه معنویت دینی، یکی از نیازهای اصیل روحی انسان که نیاز به ارتباط با موجود قادر مطلق و اتکا بر وی است، برآورده می‌شود. از مجرای عبادت و بندگی، مایه‌های فطری در روح انسان، به صورت احساسات و عواطف تبلور می‌یابند و بخشی از آن‌ها، همان‌هایی هستند که جنبه‌ی متعالی دارند و رفتارهای انسان را نیز تنظیم می‌کنند؛ (ب) اگر نیازهای اساسی انسان به‌طور مناسب تأمین نشود، نه تنها سلامت روانی تحقق نمی‌یابد، بلکه زمینه آسیب‌های دیگری نیز فراهم می‌شود. از این‌رو، ارتباط معنوی انسان با خدا به‌عنوان قادر مطلق، از راه عبادت و پرستش، مبنایی محکم و اطمینان‌بخش دارد و برخی از اساسی‌ترین نیازهای انسان مانند احساس امنیت و احساس تعلق را شکل می‌دهد. یعنی معرفتی که انسان نسبت به خدا پیدا می‌کند، به تناسب عمق و کمال آن و مقدار توجهی که انسان نسبت به معرفت خویش دارد، حالات خاصی را در او به وجود می‌آورد که منشأ رفتارهای ویژه و همسو با بهزیستی است (Kaviani et al., 2013).

به‌طورکلی، در این پژوهش به دلایلی که در بالا گفته شد، به ناب‌ترین شکل معنویت یعنی معنویت از رهگذر دین توجه شده است و با توجه به لزوم بومی‌سازی روش‌های آموزش برای جامعه‌ی ایرانی، دین اسلام به‌عنوان کامل‌ترین دین الهی، مبنای کار قرار گرفته است. به همین

دلیل این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است: آیا بین اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی روی بهبود حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن تفاوت دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون- پیگیری و گروه گواه بود و در زمستان ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین اصلی بیماران مزمن روانی در شهرستان بروجن، تحت‌نظر مراکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان بروجن بود که تعداد آنان ۵۵۰ نفر می‌باشد؛ براساس نظر پژوهشگران در طرح‌های نیمه آزمایشی جهت برآورد میزان حجم نمونه ۱۰ درصد حجم جامعه کفایت می‌کند (Lohr, 1999)، بر این اساس در این تحقیق ۶۰ مراقب اصلی بیماران مزمن روانی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس از طریق جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر تحت آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و ۲۰ نفر تحت آموزش کیفیت زندگی اسلامی) و یک گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند.

جهت اجرای تحقیق در مرحله اول هماهنگی لازم با اداره کل بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری به عمل آمد. مجوز لازم برای اجرای برنامه، یعنی برنامه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت اسلامی و اجرای دو پرسش‌نامه شامل حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی دریافت گردید؛ سپس، در مرحله پیش‌آزمون، برای هر سه گروه پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد، آن‌گاه در یک مداخله ۴۵ روزه به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بسته آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری به صورت گروهی (Field & Hoffman, 2012) و یک مداخله ۴۵ روزه به مدت ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بسته آموزش کیفیت زندگی اسلامی (Seifi et al., 2015) به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از مداخلات شرکت‌کنندگان هر سه گروه به پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی پاسخ دادند (پس‌آزمون). درنهایت پس از دو ماه از شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسش‌نامه‌های فوق‌الذکر اخذ گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده (Multidimensional Scale of Perceived Social Support): مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده که یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی به عمل می‌آورد، توسط Zimet et al. (1988) طراحی شد. این مقیاس، ادراکات بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌سنجد. سؤالات ۳-٤-۸-۱۱ منبع خانواده، سؤالات ٦-۷-۹-۱۲ منبع دوستان و سؤالات ۱-۲-۵-۱۰ منبع حمایتی از دیگران مهم را می‌سنجد. حداکثر نمره برای هر مقیاس ۲۰ و حداقل ٤ می‌باشد (Zimet et al., 1988). این مقیاس شامل ۱۲ سؤال در طیف لیکرت می‌باشد که براساس کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) درجه‌بندی شده است؛ نمره‌های بالا در این پرسشنامه نشان دهنده‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتر است. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) این مقیاس از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (Mental Health Inventory)، مقیاس همدلی عاطفی (The Emotional Empathy Scale) در پژوهش Basharat (2007) و Mehrabian and Epstein (1972) در گروه دانشجویان و جمعیت عمومی تأیید شد. Zimet et al. (1988) مقدار KMO را برابر ۰/۸۳ گزارش نمودند. Besharat (2007) ضرایب همبستگی بین نمره‌های شرکت‌کنندگان در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس حمایت اجنماعی خانواده ($r_{=}$۰/۸٦)، دوستان ($r_{=}$۰/۷۵)، و دیگران ($r_{=}$۰/٦۹) گزارش نمود (cited in Basharat, 2019). Edwards (2004) ضریب پایایی را با استفاده ز آلفای کرونباخ بین ۰/۷٤ تا ۰/۷٦ گزارش نمود. Rostami et al. (2010) ضریب پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷٦ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در این پژوهش، برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از یک نمونه ٦۰ نفری از آزمودنی‌ها و از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-Being Scales): پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی توسط Ryff (1989) تدوین شد. در ابتدا این ابزار دارای ۸۰ گویه بود که در سال ۱۹۹۵ طی یک بازنگری توسط وی به ۱۸ گویه کاهش یافت. این آزمون در یک پیوستار ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» (یک تا هفت) پاسخ داده می‌شود، بنابراین حداقل نمره هر عامل ۳ و حداکثر ۲۱ می‌باشد. نمره‌های بالا در این پرسشنامه نشان دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بالاتر

است. Ryff and Singer (2006) همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است. Bayani et al. (2008) همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ به‌ترتیب ۰/٤۷، ۰/۵۸ و ۰/٤٦ گزارش نمودند. Ryff and Keyes (1995) این مقیاس در آغاز روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸٦ و ضریب همسانی درونی کل آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ حدود ۰/۵۵ گزارش داده است. Behroozi (2023) ضریب پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ گزارش نمود. در این پژوهش، برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از یک نمونه ٦۰ نفری از آزمودنی‌ها و با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۸۸ به‌دست آمد.

هم‌چنین، آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری از طریق طراحی و به‌کارگیری یک بسته آموزشی مبتنی بر اصول و عناصر مدل Field and Hoffman (2012) انجام گرفت. آموزش در طی ۱۰ جلسه ٦۰ دقیقه‌ای اجرا شد. رئوس و محتوای آموزش در جدول ۱ گزارش شده است.

Table 1. Self-determination skills training sessions

جلسات/ شرح جلسات
جلسه اول: معارفه و توضیح موقعیت کلی ۱- شرکت‌کنندگان با آموزش دهنده آشنا شوند. ۲- شرکت‌کنندگان با مفهوم خودتعیین‌گری آشنا شوند. ۳- شرکت‌کنندگان با قوانین جلسات، تعداد جلسات و طول مدت هر جلسه آشنا شوند. ٤- توصیف برنامه‌های آموزشی از جمله طرح تکالیف خانگی ۵- ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث ٦- 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 این‌که چه چیز برای آن‌ها مهم است.
جلسه سوم: خودآگاهی و شناخت بیشتر خود 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 تشخص داده و یک بند درباره آن بنویسند. ۳- شرکت‌کنندگان ترجیحات و نیازهای خود را بشناسند. ٤- شرکت‌کنندگان بتوانند خودآگاهی‌شان را نسبت به نقاط قوت، ترجیحات و نیازهایشان افزایش دهند.

جلسه چهارم: شناخت حقوق و مسئولیت‌های خویش
۱- شرکت‌کنندگان ترجیحات و نیازهای خود را بشناسند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند انتظارات، حمایت‌ها، مسئولیت‌ها و قواعد زندگی خویش را تشخیص دهند. ۳- شرکت‌کنندگان با نقش‌ها و مسئولیت‌های خویش به عنوان عضوی از جامعه آشنا شوند.

جلسه پنجم: ارزشمند دانستن خود
۱- شرکت‌کنندگان مهارت‌های مرتبط با ارزشمند دانستن خود را پرورش دهند. ۲- شرکت‌کنندگان خود و دیگران را بپذیرند و ارزشمند بدانند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند روابط مثبتی با دیگران داشته باشند.

جلسه ششم: ایجاد گزینه‌هایی برای هدف‌های بلندمدت
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. ٤- شرکت‌کنندگان خلاق بوده و بتوانند نتایج احتمالی را پیش‌بینی کنند. ۵- شرکت‌کنندگان بتوانند یک هدف بلندمدت انتخاب کنند.

جلسه هفتم: هدف‌گذاری و انتخاب اهداف کوتاه‌مدت
۱- شرکت‌کنندگان بتوانند یکی از سه هدف کوتاه‌مدت قابل اندازه‌گیری، قابل مشاهده و دست‌یافتی مرتبط با هدف‌های بلندمدت را انتخاب کنند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند سه هدف کوتاه‌مدت قابل مشاهده، قابل اندازه‌گیری و دست‌یافتنی بنویسند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند گام‌هایی را که برای رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت کمک می‌کند، بشناسند. ٤- شرکت‌کنندگان بتوانند مهارت‌های گوش دادن فعال را نشان دهند. ۵- شرکت‌کنندگان بتوانند کارهایی را که در رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت به آن‌ها کمک می‌کند تشخیص دهند.

جلسه هشتم: برداشتن گام نخست (ریسک کردن)
۱- شرکت‌کنندگان بتوانند مدل خودتعیین‌گری را در مورد تجارب خود به کار بگیرند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند نخستین گام برای کار به سوی هدف‌های کوتاه‌مدت را تشخیص دهند. ۳- شرکت‌کنندگان بتوانند فرآیند مرور ذهنی برنامه را تشخیص دهند. ٤- شرکت‌کنندگان بتوانند نتایج بالقوه اعمال برنامه‌ریزی شده را تشخیص دهند. ۵- شرکت‌کنندگان مهارت‌های مرتبط با عمل کردن را پرورش دهند.

جلسه نهم: عمل کردن، پیامد تجربه و یادگیری
۱- شرکت‌کنندگان بتوانند آگاهی از عامل انرژی جمعی را نشان دهند. ۲- شرکت‌کنندگان اهداف تحصیلی را برای یک هفته تدوین کنند. ۳- شرکت‌کنندگان اهداف خانوادگی را برای یک هفته تدوین کنند. ٤- شرکت‌کنندگان بتوانند کارهایی را که در رسیدن به هدف‌های کوتاه‌مدت به آن‌ها کمک می‌کند تشخیص دهند. ۵- شرکت‌کنندگان پیامدهای عملی شدن برنامه خویش را تشخیص دهند. ٦- شرکت‌کنندگان بتوانند میزان موفقیت در دستیابی به اهداف‌شان را ارزیابی کنند. ۷- شرکت‌کنندگان بتوانند نتایج فعالیت‌هایی را که برای خودتعیین‌گر شدن انجام داده‌اند تشخیص دهند. ۸- شرکت‌کنندگان بتوانند یک مذاکره "برد-برد" داشته باشند. ۹- شرکت‌کنندگان بتوانند بین ارتباط منفعل، جرئت‌مندانه و پرخاشگرانه تمیز قائل شوند.

جلسه دهم: از کجا به اینجا رسیدیم؟
۱- شرکت‌کنندگان بتوانند مفاهیم کلیدی خودتعیین‌گری را به یاد بیاورند. ۲- شرکت‌کنندگان بتوانند ایده‌های خود را برای خودتعیین‌گری پایدار بنویسند.

مبنای آموزش کیفیت زندگی اسلامی، بسته آموزشی Seifi et al. (2015) در زمینه کیفیت زندگی اسلامی می‌باشد که آموزش آن در طی ۹ جلسه ٦۰ دقیقه‌ای در سال ۱٤۰۱ اجرا شد و

محتوای جلسات آموزشی به شرح جدول ۲ ارائه می‌شود.

Table 2.
The content of Islamic quality of life

جلسه/ هدف، محتوای جلسه، تکلیف جلسه
جلسه اول: آشنایی اولیه با اعضای گروه و دوره آموزشی، توافق با اعضاء جهت زمان برگزاری دوره و اجرای پیش‌آزمون؛ و انتخاب حوزه‌هایی از کیفیت زندگی جهت انجام مداخله که از دیدگاه اعضای گروه بیش از سایر حوزه‌ها نیازمند بهبود می‌باشند (حوزه اهداف و ارزش‌ها و حوزه احترام به خویشتن).
جلسه دوم: بحث پیرامون کیفیت زندگی، شادکامی و رضایتمندی؛ ابعاد کیفیت زندگی و درخت زندگی، جمع‌بندی، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف.
جلسه سوم: تعریف الگوی اسلامی آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی CASIO و پنج مؤلفه آن، بحث در مورد وضعیت مؤلفه‌های مذکور در اعضای گروه، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه تکلیف، جمع‌بندی.
جلسه 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)، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه تکلیف.
جلسه 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)، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف و جمع‌بندی
جلسه 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 پیرامون کاربرد اصول مهم مرتبط با افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر(O) و کاربرد آن‌ها در افزایش رضایت از زندگی، ارائه‌ی سه اصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف و جمع‌بندی.
جلسه 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 ارتقاء کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون کاربرد اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر شرایط (C) و تغییر نگرش‌ها (A)، ارائه‌ی چهاراصل از سی اصل شادی فریش و ارائه‌ی تکلیف.
جلسه 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 پیرامون کاربرد اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر استانداردها (S) و تغییر اولویت‌ها (I)، ارائه‌ی چهاراصل از سی اصل شادی فریش ، ارائه تکلیف و جمع‌بندی.
جلسه 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، ارائه‌ی چهاراصل از سی اصل شادی فریش و ارائه تکلیف، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و شاخص آمار استنباطی (آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و با نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد.

همچنین، ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم شرکت به‌صورت هم‌زمان در سایر جلسات آموزشی و تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و عدم تکمیل کردن پرسشنامه‌ها.

یافته‌ها

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.

Table 3.
Mean and standard deviation of the scores of the research variables in the experimental and control groups

Components	Groups	Pre-test		Post-test		Follow up	
		M	Sd	M	Sd	M	Sd
Psychological well-being	Control	45.05	3.31	47.25	8.13	46.40	6.13
	Experimental group of self-determination skills training	44.95	7.68	52.95	12.55	51.50	8.27
	Experimental group of Islamic quality of life	46.01	4.85	66.05	10.88	65.25	7.69
Perceived social support	Control	29.60	2.39	28.35	2.36	29.40	2.77
	Experimental group of self-determination skills training	29.11	3.41	42.40	3.29	42.70	2.47
	Experimental group of Islamic quality of life	32.92	5.91	49.81	2.96	50.95	3.91

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره شرکت‌کنندگان در متغیر بهزیستی روان‌شناختی به‌ترتیب در گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ٤٤/٩٥، ٤٦/٠١ و ٤٥/٠٥ و در پس‌آزمون ٥٢/٩٥، ٦٦/٠٥ و ٤٧/٢٥ و در مرحله پیگیری ٥١/٥٠، ٦٥/٢٥ و ٤٦/٤٠ بود. به‌علاوه، میانگین نمره شرکت‌کنندگان در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده به‌ترتیب در در گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ٢٩/١١، ٣٢/٩٢ و ٢٩/٦٠ و در پس‌آزمون ٤٢/٤٠، ٤٩/٨١ و ٢٨/٣٥ و در مرحله پیگیری ٤٢/٧٠، ٥٠/٩٥ و ٢٩/٤٠ بود.

برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورده می‌کنند، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

Table 4.
Kolmogorov-smirnov test results in three groups of Self-determination skills training, Islamic quality of life and control

Variable		Group	K-S	p
Psychological well-being	Pre-test	Control	0.72	0.66
		Experimental group of Self-determination skills training	0.49	0.96
		Experimental group of Islamic quality of life	0.67	0.75
	Pos-test	Control	0.71	0.68
		Experimental group of Self-determination skills training	0.94	0.33
		Experimental group of Islamic quality of life	1.08	0.19
	Follow up	Control	1.07	0.19
		Experimental group of Self-determination skills training	0.78	0.56
		Experimental group of Islamic quality of life	0.85	0.45
Perceived social support	Pre-Test	Control	0.54	0.93
		Experimental group of Self-determination skills training	0.68	0.73
		Experimental group of Islamic quality of life	0.64	0.81
	Pos-test	Control	0.71	0.70
		Experimental group of Self-determination skills training	0.61	0.85
		Experimental group of Islamic quality of life	0.55	0.92
	Follow up	Control	0.82	0.49
		Experimental group of Self-determination skills training	0.84	0.47
		Experimental group of Islamic quality of life	0.92	0.37

همان‌طور که نتایج جدول ٤ نشان داده است سطح معنی‌داری تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است که نشان از توزیع نرمال داده‌ها می‌باشد. هم‌چنین برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. مقادیر به‌دست‌آمده در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری برابر با (p =۰/٤۵، F=۰/۸۱)، گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی برابر با (p =۰/۱٤، F=۱/۳) و گروه گواه برابر با (p =۰/۰٦، F=۳/۳٦) و خودتنظیمی هیجانی برابر با (p=۰/۰۹، F=۲/۹) و در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری برابر با (p =۰/۰٦، F=۳/٦٦)، گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی برابر با (p =۰/۰٦، F=۳/۱۷) و گروه گواه برابر با (p =۰/۳۷، F=۰/۹۹) به‌دست آمد که معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد.

به‌منظور بررسی پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها با کواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد (جدول ۵).

Table 5.
Mauchly's table based on the presumption of sphericity of the variables

Variable	Mauchly's Test	X^2	df	p
Psychological well-being	0.85	5.95	2	0.06
Perceived social support	0.96	1.37	2	0.50

مطابق با نتایج جدول ۵ در این پژوهش، نتایج آزمون ماچلی برای همه‌ی متغیرهای پژوهش برقرار بود (p≥۰/۰۵). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین گروهی تأثیر آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت‌زندگی اسلامی) بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ٤ نشان داده شده است.

Table 6.
Results of the analysis of variance with repeated measurements to investigate the intra-group and inter-group effects of self-determination skills training and Islamic quality of life on research variables in the pre-test, post-test and follow-up stages

		sst	df	Sum of squares	f	p	Effect size	Power test
Psychological well-being	Stage	312.05	1	312.05	7.45	0.01	0.16	0.76
	Group	312.05	1	312.05	5.59	0.019	0.14	0.67
	Stage * Group	312.05	1	312.05	8.22	0.05	0.12	0.35
	Error	5179.40	76	68.15				
Perceived social support	Stage	4074.34	1.77	2293.85	186.26	0.001	0.76	1
	Group	782.10	2	3603.23	262.61	0.001	0.90	1
	Stage * Group	2441.52	3.55	687.28	55.81	0.001	0.66	0.99
	Error	1246.80	101.24	12.31				

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ٦ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر

معنی‌دارشده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنی‌دار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج گروه‌بندی جدول ٦ بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت‌زندگی اسلامی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن تأثیر معنی‌دار داشته است. بدین معنا که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت‌زندگی اسلامی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنی‌دار بوده است. درنهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق 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 حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن داشته است. هم‌چنین، نتایج نشان داد که ۱۲ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی و ٦٦ درصد از تغییرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. نتایج مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۷ گزارش شده است.

Table 7.
Bonferoni test results and comparison of the mean of the experimental and control groups in three stages of pre-test, post-test and follow-up in research variables

Variable	Stage	Compare means	SE	p
Psychological well-being	Experimental of Self-determination skills training with group Control	3.57	1.46	0.04
	Experimental of Islamic quality of life with group Control	12.87	1.46	0.001
	Experimental of Islamic quality of life with Experimental of Self-determination skills training	9.30	1.46	0.001
Perceived social support	Experimental of Self-determination skills training with group Control	8.95	0.67	0.001
	Experimental of Islamic quality of life with group Control	15.43	0.67	0.001
	Experimental of Islamic quality of life with Experimental of Self-determination skills training	6.48	0.67	0.001

همان‌گونه که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمره‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده گروه آزمایش آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و گروه آزمایش آموزش کیفیت

زندگی اسلامی معنی‌دار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتر از اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بوده است. هم‌چنین، تفاوت گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی) با گروه گواه معنی‌دار بوده است. هم‌چنین، تفاوت بین میانگین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی 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 مهارت‌های خودتعیین‌گری و گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی اسلامی) با گروه گواه معنی‌دار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله آموزش «آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی» بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن شهرستان بروجن مؤثر بوده است و میزان اثربخشی کیفیت زندگی اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 (Mohammadi et al., 2012; Seifi et al., 2015) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فهم و ادراک از خود شاید یکی از قدیمی‌ترین و سرسخت‌ترین مسائل مورد بحث در روان‌شناسی است. افراد خودتعیین‌گر کسانی هستند که درک درستی از خودشان دارند. به عبارت دیگر فهم خود به معنای داشتن توانایی درکی درست و جامع از نقاط قوت و ضعف است که با توجه به این توانایی، افراد اقدام به انجام کارهای خویش می‌کنند. افرادی که فهم بالایی از خود دارند، از دانش، قدرت و محدودیت‌ها به صورت معقولانه استفاده می‌کنند و به گونه‌ای عمل می‌کنند

که از این روش سود ببرند و در نهایت باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد (Grumm et al., 2009). به عبارت دقیق‌تر، بر اساس نظریه خود تعیین‌گری، ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی در همه انسان‌ها، در هرکجایی از جهان و با هر فرهنگی منجر به سلامت روانی و بهزیستی در آنان می‌شود. از طرف دیگر حضور بیماران اعصاب و روان در بافت خانوادگی منجر به بروز اشکال در ابعاد بهزیستی روان‌شناختی مراقبین می‌گردد؛ در واقع 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 به عنوان یک تجربه شناختی، با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیز یک تجربه‌ی احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد، نشان داده می‌شود (Diener et al., 2003). افزایش این دو عامل، منجر به افزایش بهزیستی و سلامت روانی افراد می‌شود. به نظر 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 خود تعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی» بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده، نتایج این پژوهش، با نتایج پژوهش Coleman & Iso-Ahola (1993) و Becker et al. (2004) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در آموزش مهارت‌های خود تعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی ارزش یا اهمیتی که به حیطه ویژه‌ای از زندگی داده می‌شود، بازتاب آرزوها و اهدافی است که بیش از هر چیز دیگر مورد علاقه فرد است و بر قضاوت‌ها و ارزیابی کلی از رضایت‌مندی از زندگی تاثیر شگرفی دارد. فرد خود را بیش‌تر به‌سوی مراقب خوب بودن متعهد می‌سازد و در این صورت رضایتمندی از زندگی بشتر می‌شود و مراقب احساس می‌کند که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار است (Seifi et al., 2015). هم‌چنین، در رویکرد آموزش مهارت‌های خود تعیین‌گری که انسان‌ها را موجوداتی مثبت می‌داند که به صورت بالقوه دارای ظرفیتی برای رشد و توسعه هستند، آن‌ها تمایل دارند در فعالیت‌هایی که به آن علاقه‌مند هستند و در رشد توانایی‌های فردی آن‌ها مفید است، شرکت کنند (Coleman & Iso-Ahola, 1993)، ظرفیت ادراک حمایت اجتماعی افزایش

می‌یابد. به عبارت دیگر، خودتعیین‌گری در واقع اقدام براساس باورها، ارزش‌ها، منافع شخصی و توانایی‌هاست و یا نشانه‌ای از خودشکوفایی، رشد استعدادهای شخص، خودتنظیمی و خودکنترلی فرد است (Becker et al., 2004) که این فاکتور در افزایش ظرفیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده محقق می‌گردد.

هم‌چنین، در تبیین یافته این پژوهش مبنی بر میزان اثربخشی آموزش گروهی کیفیت زندگی اسلامی مؤثرتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی بود می‌توان چنین گفت دین برنامه‌ای جامع و مدون را برای بهبود کیفیت زندگی بر اساس زندگی فردی و جمعی، با توجه به نیازهای احساسی، هیجانی و عوامل درونی انسان و نیز از منظر روابط بین فرد و اجتماع، مفهوم‌سازی و سازمان‌دهی کرده است (Jafari, 1989). کیفیت زندگی از منظر اسلام شناخت صحیح خود، داشتن تفکر متعالی و ارتباط صحیح با مبدأ هستی، با حفظ هماهنگی اجتماعی ـ اخلاقی و سعی در کاهش اسلامی، مراقبین بیماران مزمن اعصاب و روان راهنمایی شدند تا ارزیابی‌شناختی 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 (Neong & Rashid, 218). به آن‌ها با رویکرد شناختی اسلامی با تأکید بر معنا و هدف در زندگی آموخته شد که زندگی ارزشمند و هدفمند، می‌تواند بازتعریف شود و لازم است که آن‌ها استانداردها و اولویت‌های جدیدی داشته باشند و بایدهای جدیدی را برای خود خلق کنند و با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد با این بایدها و استانداردهای جدید و رشد همه ابعاد زندگی میزان بهزیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده را بهبود دهند. به‌طور نتیجه حاصله از این پژوهش مؤید این نکته است که آموزش کیفیت زندگی اسلامی باعث افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده مراقبین بیماران مزمن اعصاب و روان گردید.

در آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی، مراقبین 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 رفتارهای سازگارانه در فرایند زندگی خود داشته باشند (Gould et al., 2022; Forest et al., 2023). رویکرد خودتعیین‌گری انسان‌ها را موجوداتی مثبت می‌داند که به صورت بالقوه دارای ظرفیتی برای رشد و توسعه هستند، آن‌ها تمایل دارند در فعالیت‌هایی که به آن علاقه‌مند هستند و در رشد توانایی‌های فردی آن‌ها مفید است، شرکت کنند. خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی در واقع اقدام براساس باورها، ارزش‌ها، منافع شخصی و توانایی‌هاست و یا نشانه‌ای از خودشکوفایی، رشد استعدادهای شخص، خودتنظیمی و خودکنترلی فرد است (Xiang et al., 2023) که این اصول باعث رشد همه ابعاد زندگی از جمله حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌گردد. هدایت مراقبین بیماران اعصاب و روان به سمت خودتعیین‌گری و بهبود کیفیت زندگی باعث می‌گرد آنان نسبت به مشکلات سرسخت‌تر و تاب‌آورتر باشتد. افراد که احساس کنند که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند از احساس کارآمدی و اعتمادبه‌نفسی برخوردارند که به آن‌ها اجازه می‌دهد چالش‌های زندگی را با موفقیت پشت سر بگذارند. این افراد کمتر احساس ناامیدی و تنهایی می‌کنند و از این مهارت برخوردارند که به مشکل به‌منزله‌ی مسئله‌ای نگاه کنند که می‌توانند در آن کندوکاو کنند، آن را تغییر دهند، تحمل کنند، یا به طرق دیگر حل کنند (Ndikuno et al., 2016) و همین موضوع در کنار توان تحمل بالای آن‌ها در برابر مشکلات، سبب می‌شود که آنان چشم‌اندازی مثبت و شادمانه به زندگی پیدا کنند و بهزیستی روان‌شناختی آنان بهبود یابد. به‌طورکلی، افزایش حمایت اجتماعی باعث افزایش مقابله‌ی مطلوب و مؤثر در فرد می‌شود، جهت‌گیری او به زندگی را مثبت می‌کند و درنتیجه، شادکامی را در او افزایش می‌دهد و میزان بهزیستی روان‌شناختی آنان افزایش خواهد یافت.

به‌طورکلی نتیجه حاصله از این پژوهش مؤید این نکته است که روش گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی بر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارند. آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و کیفیت زندگی اسلامی باعث افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی مراقبین بیماران مزمن اعصاب و روان گردید. هم‌چنین، میزان اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر از اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بوده است.

به لحاظ نظری، پژوهش حاضر تلویحات متعددی را به دنبال دارد. اول آن‌که این پژوهش شواهدی را در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد وهافمن (Field & Hoffman, 2012) و کیفیت زندگی اسلامی (Seifi et al., 2015) را فراهم نمود. دوم آن‌که با نشان دادن نقش آموزش کیفیت زندگی در بهزیستی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده، 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. به لحاظ کاربردی نیز، بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، با فراهم کردن آموزش‌های لازم در زمینه‌ی کیفیت زندگی و آموزش‌های مهارت‌های خودتعیین‌گری و فراگیری اصول اساسی این مدل‌ها (خصوصاً کیفیت زندگی اسلامی)، افراد قادر خواهند شد رفتارهای درونی، خودانگیخته و مثبت‌تری از خود نشان دهند و میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده خود را بهبود بخشند. بر این اساس توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی کیفیت زندگی اسلامی و آموزش‌های مهارت‌های خودتعیین‌گری و این‌که چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح شده در این مدل‌ها بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمند شدن فراگیران کمک نمود.

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 نمود؛ هم‌چنین، به دلیل ملاحظات اخلاقی و اصل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان جهت شرکت در فرایند پژوهش، پژوهشگران با توجه به شرایط موجود نمونه را بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب نمودند که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا با احتمال بیشتری تعمیم‌پذیری صورت گیرد. به این دلیل که به جهت در دسترس و داوطلب بودن شرکت‌کنندگان در تحقیق، ممکن است نشان از انگیزه آنان باشد. این انگیزه ممکن است به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل کند که در این تحقیق کنترل نشده است و محققین دیگر می‌توانند آن را بیازمایند. هم‌چنین، با توجه به آن‌که در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته 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.

ملاحظه‌های اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1401.014 است.

سهم نویسندگان: نویسنده اول، طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب، ارسال و اصلاحات مقاله؛ نویسنده دوم، همکاری در طراحی چارچوب کلی، انتخاب رویکردها و بررسی نهایی؛ نویسنده سوم، مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری؛ درنهایت همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تائید نموده‌اند.

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

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

حامی مالی: در انجام این تحقیق، نویسندگان فاقد حامی مالی بوده‌اند.

References

Basharat, M. A. (2007). Psychometric characteristics and factor structure of the multidimensional scale of perceived social support. Research report. University of Tehran, Tehran. https://ensani.ir/file/download/article/1581768198-10219-60-9.pdf [Persian]

Bavani, A. A., Mohammad Koochekya, A. & Bavani, A. (2008). Reliability and validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology, 14*(2), 146-151. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html [Persian]

Becker, J., Kovach, A. C., & Gronseth, D. L. (2004). Individual empowerment: How community health workers operationalize self- determination, self- sufficiency, and decision- making abilities of low- income mothers. *Journal of Community Psychology, 32*(3), 327–342. https://doi.org/10.1002/jcop.20000

Behroozi, N. (2023). The investigation of the relationship between fear of Covid-19 and psychological well-being: The mediating role of psychological hardiness and social support. *Psychological Achievements, 30*(1), 37–58. https://doi.org/10.22055/psy.2022.40420.2824 [Persian]

Besharat, M. A. (2019). Multidimensional scale of perceived social support: Questionnaire, instruction and scoring. *Developmental Psychology:*

Iranian Psychologists, 15(60), 449–447. https://bjcp.ir/browse.php?a_id=2083&sid=1&slc_lang=en [Persian]

Coleman, D., & Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research, 25*(2), 111–128. https://doi.org/10.1080/00222216.1993.11969913

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. In R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of human motivation* (pp. xx–xx). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399820.013.0006

Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 4*, 19–43. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*(1), 403–425. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

Field, S. L., & Hoffman, A. S. (2012). Fostering self-determination through building productive relationships in the classroom. *Intervention in School and Clinic, 48*(1), 6–14. https://doi.org/10.1177/1053451212443150

Forest, J., Gradito Dubord, M. A., Olafsen, A. H., & Carpentier, J. (2023). Shaping tomorrow's workplace by integrating self-determination theory: A literature review and recommendations. In R. Ryan & E. Deci (Eds.), *The Oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197600047.013.45

Gould, R., Heider, A., Harris, S. P., Jones, R., Peters, J., Eisenberg, Y., & Caldwell, K. (2022). Self-determination and quality indicators for assistive technology in postsecondary education. *Journal of Postsecondary Education & Disability, 35*(1), 45–80. https://www.ahead.org/publications/jped

Grumm, M., Nestler, S., & Von Collani, G. (2009). Changing explicit and implicit attitudes: The case of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*(2), 327–335. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.10.006

Halvari, A. E. M., Halvari, H., Williams, G. C., & Deci, E. L. (2017). Predicting dental attendance from dental hygienists' autonomy support and patients' autonomous motivation: A randomised clinical trial. *Psychology & Health, 32*(2), 127–144. https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1244536

Huang, Q., An, Y., & Li, X. (2022). Coping strategies as mediators in the relation between perceived social support and job burnout among Chinese firefighters. *Journal of Health Psychology, 27*(2), 363–373. https://doi.org/10.1177/1359105320953475

Huguelet, P., & Koenig, H. G. (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511576843

Jafari, M. T. (1989). *Tariomeh and tafsir of nahi al-balaghe*. Farhang Islamic Publishing House. (Persian) https://lib.eshia.ir/86110/1/0

Jiang, J., & Tanaka, A. (2022). Autonomy support from support staff in higher education and students' academic engagement and psychological well-being. *Educational Psychology, 42*(1), 42–63. https://doi.org/10.1080/01443410.2021.1982866

Kaviani, Z., Hamid, N., & Enavati, M. (2013). The effect of religion-based cognitive behavioral therapy on the reflection of couples. *Knowledge and Research in Applied Psychology, 15*(3), 25–34. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4302_en.html?lang=en [Persian]

Levi-Belz, Y., Dichter, N., & Zerach, G. (2022). Moral injury and suicide ideation among Israeli combat veterans: The contribution of self-forgiveness and perceived social support. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(1–2), NP1031–NP1057. https://doi.org/10.1177/0886260520920865

Lohr, S. L. (1999). *Sampling: Design and analysis*. Duxbury Press.

Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality, 40*, 525–543. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x

Mohammadi, M., Akbari, A. A., Hatami, N., Makri, A., Kaviani, H., Solymaniyan, M., & Sehat, S. (2012). Investigating the effect of spiritual psychotherapy in patients with opioid dependence disorder. *Hakim Research Journal, 14*(3), 144–150. (Persian) https://hakim.tums.ac.ir/article-1-889-fa.html

Mudrak, J., Zabrodska, K., Kveton, P., Jelinek, M., Blatny, M., Solcova, I., & Machovcova, K. (2018). Occupational well-being among university faculty: A job demands-resources model. *Research in Higher Education, 59*, 325–348. https://doi.org/10.1007/s11162-017-9467-x

Ndikuno, C., Namutebi, M., Kuteesa, J., Mukunya, D., & Olwit, C. (2016). Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *BMC Psychiatry, 16*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1084-2

Neong, S. C., & Rashid, A. (2018). Quality of life of caregivers of patients with psychiatric illness in Penang. *Journal of Clinical Psychiatry and Cognitive Psychology, 2*(1), 12–18. https://doi.org/10.35841/clinical-psychiatry.2.1.12-18

Post, D., van Agteren, J., Kasai, D., Barrett, A., Doyle, M., Kernot, J., ... & Parfitt, G. (2022). Caring for carers: Understanding the physical and psychological well- being of carers of veterans in Australia. *Health & Social Care in the Community, 30*(3), e793–e803. https://doi.org/10.1111/hsc.13449

Rostami, R., Shahmohamadi, K., Ghaedi, G., Besharat, M. A., Akbari Zardkhaneh, S., & Nosratabadi, M. (2010). Relations among self-efficacy, emotional intelligence and perceived social support in university students. *Internal Medicine Today, 16*(3), 46–54. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-964-en.html

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Ryff, C. D., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719–727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research, 35*(4), 1103–1119. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002

Seifi, M., Janbozorgi, M., Alipour, A., & Aliakbari, M. (2015). The Islamic model of psychotherapy/education based on improving the quality of life. *Psychology and Religion Quarterly, 9*(1), 51–68. https://tbi.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=2120&slc_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1 [Persian]

Stanley, S., & Balakrishnan, S. (2023). Family caregiving in schizophrenia: Do stress, social support and resilience influence life satisfaction?—A quantitative study from India. *Social Work in Mental Health, 21*(1), 67–85. https://doi.org/10.1080/15332985.2022.2070051

Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 48*(2), 100–108. https://doi.org/10.1037/0090-5550.48.2.100

To, S. M., Yang, L., & Yan, M. W. (2022). The presence of meaning in parenthood, perceived social support, and happiness of mothers living in Hong Kong: A comparative study on younger and older mothers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(5), 2730. https://doi.org/10.3390/ijerph19052730

Wehmeyer, M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation, 27*, 302–314. https://psycnet.apa.org/record/1993-23647-001

Wehmeyer, M. L., Abery, B. H., Zhang, D., Ward, K., Willis, D., Hossain, W. A., ... & Walker, H. M. (2011). Personal self-determination and moderating variables that impact efforts to promote self-determination. *Exceptionality, 19*(1), 19–30. https://doi.org/10.1080/09362835.2011.537225

Xiang, C. C., Wang, X., Xie, T. T., & Fu, C. L. (2023). Differential effects of work and family support on the relationship between surface acting and wellbeing: A self-determination theory approach. *Psychological Reports, 126*(1), 198–219. https://doi.org/10.1177/00332941211048471

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

© 2025 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited