

The Effectiveness of an Intervention based on Zurvan Theory on the Quality of Life and Hope among Women Living in Isfahan City in 2023

Arezoo Atash-Hoosh¹, Masoud Navidi-Moghadam^{2*}

1. Master Student of General Psychology, Department of Psychology, Tafresh Branch, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Qom, Iran.

***Corresponding Author:** Masoud Navidi-Moghadam, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Qom, Iran.

Email: m.navidi.m@pnu.ac.ir

Received: 22 June 2024

Accepted: 29 July 2024

Published: 30 September 2024

How to cite this article:

Atash-Hoosh A, Navidi-Moghadam M. The Effectiveness of an Intervention based on Zurvan Theory on the Quality of Life and Hope among Women Living in Isfahan City in 2023. *Salāmat-i-jtimāi (Community Health)*. 2024; 11(3):1-12.
DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v11i3.31826>.

Abstract

Background and Objective: Psychological interventions can improve quality of life and increase hope for life. The aim of this study is to determine the effectiveness of an intervention based on Zarvan's theory on quality of life and hope in women living in Isfahan.

Materials and Methods: This quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group was conducted with the participation of 60 women living in Isfahan in 2023. Participants were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups (30 people in each group). Snyder's life hope (1991) and 36-Item Short Form Survey (SF-36) questionnaires were used to collect data. The experimental group received the intervention based on Zurvan's theory in six sixty-minute sessions. Data were analyzed using covariance analysis test and SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA).

Results: The mean (SD) age of the participants in the experimental group was 32.7(4.8) and in the control group was 33.1 (4.9) years. In the experimental group, the mean (SD) of the quality of life score increased from 99.0 (9.8) before the intervention to 105.6 (10.7) after the intervention ($P=0.001$). In the experimental group, the mean (SD) of the hope to life score increased from 27.3 (1.8) to 31.3 (4.1) ($P=0.001$). The changes in the control group were not significant.

Conclusion: The study showed that the intervention based on Zarvan's theory improved the level of quality of life and hope to life in women.

Keywords: Quality of life, Hope, Zurvan's theory

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.ARAK.REC.1402.126.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه زُروان بر کیفیت زندگی و امید در زنان ساکن اصفهان در سال ۱۴۰۲

آرزو آتش هوش^۱، مسعود نویدی مقدم^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد پروفیسور حسایی تفرش، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران.

* نویسنده مسئول: مسعود نویدی مقدم، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران.

Email: m.navidi.m@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: تیر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: مداخلات روانشناختی می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و افزایش امیدواری به زندگی افراد شود. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه زُروان بر کیفیت زندگی و امیدواری در زنان ساکن اصفهان می باشد.

روش و مواد: این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه با مشارکت ۶۰ نفر از زنان ساکن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. شرکت کنندگان به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های امیدواری به زندگی Snyder's و کیفیت زندگی ۳۶ سئوالی استفاده شد. گروه آزمایش، مداخله مبتنی بر نظریه زروان را در شش جلسه شصت دقیقه ای دریافت کرد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار آماری SPSS-22 با استفاده از روش های آماری توصیفی و آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش (۴/۸) ۳۲/۷ و در گروه گواه (۴/۹) ۳۳/۱ سال بود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی از (۹/۸) ۹۹/۰ قبل از مداخله به (۱۰/۷) ۱۰۵/۶ بعد از مداخله افزایش یافت (P=۰/۰۰۱). در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نمره امید به زندگی از (۱/۸) ۲۷/۳ قبل از مداخله به (۴/۱) ۳۱/۳ بعد از مداخله افزایش یافت (P=۰/۰۰۱). در گروه گواه تفاوتی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون وجود نداشت.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد مداخله مبتنی بر نظریه زُروان موجب بهبود کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان ساکن اصفهان شد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، امید، نظریه زروان.

مقدمه

نظام های سلامت مهم ترین برنامه های خود را بر اساس سلامت خانواده برنامه ریزی می کنند. در این راستا، زنان کانون سلامت خانواده هستند و نقش مهمی در ترویج زندگی سالم در خانواده و جامعه دارند (۱). بنابراین، ارتقای کیفیت زندگی زنان و افزایش امید به زندگی آنان از اهمیت بسیاری برخوردار است (۲). کیفیت زندگی هدف اصلی سلامت فردی و عامل اساسی برای برنامه ریزی و ارزیابی برنامه های مراقبت های بهداشتی است. کیفیت زندگی توصیفی از شرایط زندگی فیزیکی، عاطفی و اجتماعی افراد و توانایی آنها در مبارزه با زندگی روزمره است (۳). کیفیت زندگی مفهومی پویا، گسترده و چند بعدی است و درک فرد را در مورد شرایط زندگی مانند درآمد بیشتر، تعطیلات طولانی تر، رضایت بیشتر از کار، داشتن زمان بیشتر برای فعالیت های فراغت، غنی سازی عاطفی در روابط، و داشتن زندگی طولانی سالم و شاد نشان می دهد. علاوه بر این، به دلیل تفاوت های فرهنگی، کیفیت زندگی نشان دهنده وضعیت سلامت افراد است که ممکن است بین کشورها، جوامع و گروه های جمعیتی متفاوت باشد (۴). اگرچه زنان و مردان مشکلات سلامتی یکسانی دارند، اما زنان با مسائل خاصی که ناشی از خصوصیات بیولوژیکی آنهاست، مواجه هستند. به نظر می رسد نه تنها همه این عوامل ممکن است بر وضعیت سلامت زنان تأثیر بسزایی داشته باشد، بلکه بر کیفیت زندگی آنها نیز تأثیرگذار باشد (۳). چندین مطالعه کمی در جمعیت زنان به عنوان یک گروه در معرض خطر انجام شده است که به طور کلی تفاوت در سلامت و کیفیت زندگی و سلامت بین زن و مرد را تایید می کند. به طوری که نتایج مطالعات Campos و همکاران (۵) در برزیل، &Hart Kang (۶) در ایالات متحده، و حاجیان تیلکی و همکاران (۷) در ایران نشان دهنده کیفیت زندگی متفاوت تر و تاحدودی پایین تر زنان در مقایسه با مردان بود. از طرفی، کیفیت زندگی، یک مفهوم گسترده است که به روشی پیچیده تحت تأثیر رفاه، سلامت جسمانی، وضعیت روانی، سطح استقلال، و رابطه اجتماعی با ویژگی های بارز محیط آن ها قرار می گیرد (۸). از سوی دیگر، کیفیت زندگی با شاخص امید به زندگی نیز در ارتباط است. امید را به عنوان یک مشخصه ساختار شناختی، شامل باورهای مثبت یک شخص درباره توانایی اش برای انجام دادن اهداف شخصی، به تصویر درآورد. در واقع، امید، ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرها است. امید، سلامت جسمی و روانی همچون پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را پیش بینی می کند (۹). در این زمینه، واژه امید به زندگی در لغت به معنی تعداد متوسط سال هایی است که یک شخص، اگر شرایط مرگ و میری را که در جدول عمر مشخص شده را به کار ببرد، زندگی خواهد کرد. امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر، هر عضو آن جامعه چند سال می تواند توقع زندگی داشته باشد (۱۰). در زمینه بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی افراد، علاوه بر مداخلات پزشکی، برخی مداخلات روانشناختی نیز در پژوهش های مختلف مورد استفاده قرار گرفته اند. یکی از مداخلاتی که می توانند امید به زندگی و کیفیت زندگی را بهبود ببخشند، مداخلات مبتنی بر نظریه Zurvan می باشد. Zurvan، نظریه ای علمی در چارچوب نگرش سیستم های پیچیده است، که با نگاهی کل نگر به امر انسانی و زوایای گوناگون آن می پردازد. از این رو چشم اندازی میان رشته ای دارد و از علومی مثل جامعه شناسی، روانشناسی، تاریخ، زیست شناسی و نگرش های فلسفی بهره می گیرد و بهره می یابد. به عبارتی، Zurvan نظریه جامعه شناختی میان رشته ای از کنش متقابل عامل و ساختار است که برای تجزیه و تحلیل پرسش های چگونه و چرایی مربوط به تعاملات علی بازگشتی بین "من" و نهادهای اجتماعی استفاده می شود. این مدل انتگرال را می توان برای تحلیل چند لایه خود-جامعه-تمدن استفاده کرد. مسیرهای تکاملی یا سیستم های شناختی عاطفی را می توان با تحلیل موازی سیستم های بیولوژیکی، اجتماعی و فرهنگی به معنای دقیق درک کرد. به همین معنا، الگوهای تکاملی که در سطوح اجتماعی، ملی یا تمدنی ظهور می کنند، اگر با سایر فرآیندهای زیستی-روانی-اجتماعی-فرهنگی درآمیخته شوند، می توانند بهتر درک شوند (۱۱). در نظریه Zurvan، دست کم چهار سطح توصیفی برای فهم من ضرورت دارد، که عبارتند از سطوح زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی، یا به طور خلاصه «فراز». در هریک از این سطوح یک سیستم پایه هست که رفتارش را می توان بر مبنای یک متغیر مرکزی تحلیل

کرد. یعنی در سطوح فراز، از مقیاس خُرد به کلان، سیستم‌های بدن، نظام شخصیتی، نهاد اجتماعی و منش فرهنگی را داریم که به ترتیب با بقا، لذت، قدرت و معنا کار می‌کنند. یعنی در این چهار لایه، چهار سیستم پیچیده تکاملی خودسازمانده را داریم که رفتار هرکدامشان بر بیشینه کردن یک متغیر در درون خود تمرکز یافته است. به همان شکلی که بدن‌های زنده می‌کوشند تا حیات خود را تداوم بخشند و بقا را بیشینه کنند، من‌های خودآگاه در سطح روانی در پی دستیابی به لذت هستند و نهادهای اجتماعی متغیری به نام قدرت را در خود انباشت می‌کنند (۱۱). این پژوهش از چند جنبه دارای اهمیت می‌باشد. یکی از جنبه‌ها تمرکز پژوهش بر زنان می‌باشد. زنان نیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند و سلامت آنان پایه سلامت خانواده و جامعه است. به طوری که سازمان جهانی بهداشت سلامت زنان را به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها معرفی نموده است. بنابراین شناخت نیازها و ویژگی‌های روانی، عاطفی و توانایی‌های زنان در ابعاد اجتماعی و توانمندسازی آنان با استفاده از مداخلات مناسب اهمیت زیادی دارد (۱۲). جنبه دیگر اهمیت این پژوهش، در کاربرد روش مداخله‌ای است که بتواند کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان را توسعه دهد و بهبود بخشد. برای ارتقای این دو متغیر، روش‌های مختلفی وجود دارد که یکی از آنها، روش مداخله مبتنی بر نظریه زُروان می‌باشد. با توجه به اینکه مطالعه‌ای که به طور مشخص به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر این نظریه بر متغیرهای کیفیت و امید به زندگی در گروه هدف زنان بپردازد یافت نشد، انجام چنین پژوهشی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در زمینه این روش مداخله‌ای و نتایج آن بر سلامت زنان و به تبع آن خانواده و جامعه در اختیار پژوهشگران قرار دهد. با توجه به اهمیت سلامت زنان در جامعه و نقش توانمندسازی آنان برای بهبود کیفیت و امید به زندگی شان، و باتوجه به اینکه پژوهش منسجم و کاربردی در خصوص اثربخشی مداخلات مبتنی بر نظریه زُروان بر این متغیرها تا به حال انجام نشده، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه زُروان بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان ساکن اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ساکن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود که از بین جامعه پژوهش، نمونه‌ای به تعداد ۶۰ نفر بر اساس سطح خطای $\alpha=0/05$ و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/2$) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و گواه به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: زن بودن، سکونت در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲، داشتن حداقل توانایی جسمی و شناختی برای شرکت در مداخلات نظریه زُروان، داشتن علاقه مندی برای شرکت در جلسات آموزش، داشتن سلامت روان و عدم ابتلا به مشکلات خاص یا مزمن، زنانی که تا به حال هیچ دوره آموزشی روانشناسی را نگذرانده باشند و در زمینه روانشناسی تخصصی نداشته باشند، بود. ملاک خروج از مطالعه، عدم پاسخگویی مناسب و مسئولانه به پرسشنامه‌های پژوهش و مخدوش بودن پاسخنامه‌ها، عدم همکاری و مشارکت در فرایند مداخله‌ای، غیبت بیش از دو جلسه بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل این موارد است: پیش از آغاز مراحل مداخله و انجام آزمون‌ها، توضیحات لازم به مشارکت‌کنندگان داده شد و رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش جلب گردید. اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان و داده‌های به دست آمده از نتایج پژوهش محرمانه قلمداد گردید و تنها از این داده‌ها برای انجام پژوهش حاضر استفاده شد. مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل در جریان نتایج آزمون‌ها و میزان اثربخشی مداخلات قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌های امید به زندگی (Snyder) و کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود.

پرسشنامه امید به زندگی Snyder: این مقیاس در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و دارای ۱۲ ماده است که با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره‌گذاری می‌شود. این شیوه نمره‌گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس است. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس تفکر عامل و تفکر گذرگاهی است. خرده مقیاس تفکر گذرگاهی (راهیابی) با پرسش‌های شماره ۱، ۴، ۷، ۸ و خرده مقیاس تفکر عامل (اراده) با پرسش‌های شماره ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲

سنجیده می شود. همچنین چهار پرسش دیگر (۳، ۵، ۶، ۱۱) هم انحرافی است که نمره هایشان محسوب نمی شود. حداقل نمره در این مقیاس هشت و حداکثر ۴۰ و نمره برش آن ۲۴ است. Snyder و همکاران اعتبار این مقیاس را از طریق بازآزمایی بعد از سه هفته ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای تفکر گذرگاهی ۰/۷۴ گزارش کردند (۱۳). در ایران اعتبار و روایی این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۳۷۱ نفری محاسبه شده است. این مقیاس از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و ضریب اعتبار آن با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمده است (۱۴). پایایی ابزار در مطالعه کرمانی و همکاران نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶، برای خرده مقیاس تفکر راهبردی ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ۰/۷۹ گزارش شد (۱۵). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی: فرم کوتاه ۳۶ سوالی زمینه یابی سلامت به منظور سنجش کیفیت زندگی توسط Ware Jr JE, Sherbourne در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۶ عبارت است که هشت خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می دهد. تعداد سوالات برای هر خرده مقیاس بدین ترتیب است: عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، ایفای نقش جسمی (۴ سوال)، ایفای نقش هیجانی (۳ سوال)، سلامت روان (۵ سوال)، سرزندگی (۴ سوال)، درد بدنی (۲ سوال) و سلامت عمومی (۵ سوال). سوال شماره ۲ در هیچ یک از خرده مقیاس ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می شود. این مقیاس همچنین دو سنجش کلی را از کارکرد فراهم می آورد، نمره کلی مؤلفه فیزیکی و نمره کلی مؤلفه روانی. مؤلفه فیزیکی از جمع خرده مقیاس های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی و مؤلفه روانی از جمع خرده مقیاس های سلامت روان، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی به دست می آید. نمره گذاری این مقیاس برای درجات مختلف از راست به چپ ۱ به بالا است. مثلاً در سوال شماره ۱، ضعیف کمترین نمره (۱) و عالی بیشترین نمره (۵) را دریافت می کند. یا در سوال شماره ۳، مشکل دارم کمترین نمره (۱) و اصلاً مشکل ندارم بیشترین نمره (۳) را دریافت می کند. این شیوه نمره گذاری برای سوالات شماره ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۴، ۳۶ برعکس است. پایین ترین نمره در این مقیاس، ۳۶ و بالاترین نمره ۱۴۹ است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است (۱۶). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است که ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید. در مطالعه بور و همکاران نیز همسانی درونی سوالات این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس های مؤلفه فیزیکی (عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی) به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس های مؤلفه روانی (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روان) به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به دست آمد (۱۷). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد. روش اجرا به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان و توضیح اهداف و دلایل اجرای پژوهش برای آنان، قبل از اجرای مداخله، در گروه های آزمایش و گواه، پرسشنامه های پیش آزمون را در اختیار شرکت کنندگان قرار داد. سپس گروه آزمایش، مداخله مبتنی بر نظریه زروان را در شش جلسه شصت دقیقه ای دریافت کرد. اما برای گروه گواه مداخله ای ارائه نشد. گروه گواه تنها به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. هر دو گروه بعد از اتمام دوره آزمایشی به پس آزمون پاسخ دادند.

در نهایت، جهت بررسی و تحلیل داده های گردآوری شده از روش های آمار توصیفی مانند میانگین (انحراف معیار) و در بخش استنباطی از آزمون t و تحلیل کوواریانس استفاده شد. در پژوهش حاضر کلیه محاسبات آماری توسط نرم افزار SPSS-22 انجام شد.

محتوای جلسات نظریه ی زُروان (۱۱)

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه، آشنایی با مفاهیم، ساختار، مراحل، روش اجرای برنامه و تکالیف و اجرای پیش آزمون. پس از برقراری رابطه جلسه اول با ایجاد فهم اینکه خودانگاره چیست و با آن چه کنیم؟ آغاز می‌شود که در این مرحله مراجع می‌فهمد که چه تصویری (چقدر دقیق و سنجیده و همه جانبه) از خود دارد.
دوم	ساختار خودانگاره و انگاره: مروری بر فهم خودانگاره، انگاره را برای اعضای گروه می‌گوییم. سپس توضیح می‌دهیم که از انگاره چطور برای ترسیم خودانگاره استفاده کنیم؟
سوم	بازنویسی روایت شخصی و زندگینامه و نمایشنامه: ابتدا واکنش مراجع را در مورد جلسه قبل ارزیابی می‌شود و از تکلیف آنها در هفته گذشته سوال می‌شود تا مشخص شود که تا چه حدی موفق بوده اند. در این جلسه بازنویسی روایت شخصی و زندگینامه و نمایشنامه را به صورت کاملاً روشن توضیح می‌دهیم و مثالی می‌زنیم و طریقه نوشتن زندگینامه و نمایشنامه را برایشان شرح دهیم.
چهارم	آشنایی با تله های نمایشنامه: مرور تکالیف و آموزش مفاهیم تله و تله های نمایشنامه. در این جلسه بحث مربوط به تله های نمایشنامه مطرح می‌شود و برای مراجعان توضیح داده می‌شود که تله های نمایشنامه چیست؟
پنجم	هرم خواست: مرور تکالیف جلسه قبل، باز هم زندگینامه و نمایشنامه را می‌پرسیم تا مطمئن شویم که موضوع کاملاً روشن است توضیح می‌دهیم که هرم خواست چیست؟ و سلسله مراتب هرم خواست چیست؟ و ترسیم هرم خواست برای ما چه نتیجه ای دارد؟
ششم	تحلیل نتیجه و جمع‌بندی و پس آزمون: زمانی که فرد ساختار خودانگاره و ترسیم آن را بداند و با نمایشنامه و زندگینامه و تله های آن آشنا باشد و بتواند هرم خواست خود را ترسیم کند تبدیل به فردی فعال نه منفعل می‌شود نتیجه عمل احیای من و بالا رفتن کیفیت زندگی و امید است که هدف نظریه ی زُروان است.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در مطالعه در گروه آزمایش (۴/۸) ۳۲/۷ و گروه گواه (۴/۹) ۳۳/۱ سال بود. در گروه آزمایش بیشترین میزان تحصیلات، فوق دیپلم (۵۳/۳٪) و در گروه گواه، کارشناسی (۵۰٪) بود. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مشخص کرد که متغیرهای کیفیت زندگی و زیرمؤلفه های آن و امید به زندگی و زیرمؤلفه های آن در گروه های آزمایش و گواه و قبل و بعد از مداخله از توزیع نرمال برخوردار است ($P > 0/05$).

جدول شماره ۲- آزمون M باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس

Sig.	df 2	df 1	F	Box'M
۰/۱۲۲	۶۰۵۵۲۰/۰	۳	۳/۱۲۰	۹/۱۶۵

مقدار آماره باکس برابر با ۹/۱۶۵ و مقدار F بدست آمده برای این آماره ۳/۱۲۰ می‌باشد. سطح معنی داری مقدار F برابر با ۰/۱۲۲ می‌باشد ($P > 0/001$). فرض همگنی ماتریس کواریانس تأیید می‌گردد. بنابراین، شرط مکفی بودن همبستگی‌ها متغیرهای کیفیت زندگی و امید به زندگی برقرار است. نتایج آزمون لون نشان داد شرط همگنی واریانس ها قبل و بعد از آزمایش در متغیرهای مؤلفه فیزیکی، مؤلفه روانی، نمره کل کیفیت زندگی، تفکر عامل، تفکر گذرگاهی و نمره کل امید به زندگی برقرار است ($P > 0/05$).

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایش و گواه در ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$ ، $F_{3,19} = 98/208$ ، $F_{3,19} = 0/939$ ، $F_{3,19} = 0/939$ و $P < 0/001$ از این تفاوت توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون چند متغیره در متغیر کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن

آزمون ها	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	معناداری	مجذور اتا
T پیلایی	۰/۹۳۹	۹۸/۲۰۸	۳	۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۱	۹۸/۲۰۸	۳	۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
T هاتلینگ	۱۵/۵۰۶	۹۸/۲۰۸	۳	۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
بزرگترین ریشه روی	۱۵/۵۰۶	۹۸/۲۰۸	۳	۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۹

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مقایسه میانگین متغیر کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن

متغیر وابسته	منابع	مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	آزمون توان
مؤلفه	پیش آزمون	۰/۲۲۴	۱	۰/۲۴۴	۰/۴۰۴	۰/۵۳۲	۰/۰۱۹	۰/۰۹۳
فیزیکی	گروه	۱/۶۶۷	۱	۱/۶۶۷	۲/۷۶۳	۰/۰۴۶	۰/۱۱۶	۰/۳۵۵
	خطا	۱۲/۶۶۷	۲۱	۰/۶۰۳				
مؤلفه روانی	پیش آزمون	۱۲/۰۴۳	۴	۳/۰۱۱	۶/۱۵۸	۰/۰۰۲	۰/۵۴۰	۰/۹۶۱
	گروه	۱۰۱/۴۰۰	۱	۱۰۱/۴۰۰	۲۰۷/۴۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۸	۰/۹۹۹
	خطا	۱۰/۲۶۷	۲۱	۰/۴۸۹				
نمره کل	پیش آزمون	۸۸/۱۷۶	۴	۲۲/۰۴۴	۶/۳۳۶	۰/۰۰۲	۰/۵۴۷	۰/۹۶۵
	گروه	۵۲/۲۶۷	۱	۵۲/۲۶۷	۱۵/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۷	۰/۹۵۸
	خطا	۷۳/۰۶۷	۲۱	۳/۴۷۹				

نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۴ نشان داد که بین میانگین تعدیل شده مؤلفه فیزیکی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($F(21,1)=2/763, P=0/046, Eta=0/116$). به عبارتی دیگر مداخله صورت گرفته موجب افزایش مؤلفه فیزیکی در گروه آزمایش شد. با توجه به ضریب مجذور اتا مداخله موجب تغییری در حدود ۱۱/۶٪ بین دو گروه آزمایش و گواه شد. بین میانگین تعدیل شده مؤلفه روانی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($F(21,1)=207/409, P<0/001, Eta=0/908$). به عبارتی دیگر مداخله صورت گرفته موجب افزایش نمره مؤلفه روانی در گروه آزمایش شد. با توجه به ضریب مجذور اتا مداخله موجب تغییری در حدود ۹۰/۸٪ بین دو گروه آزمایش و گواه شد. بین میانگین تعدیل شده کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($F(21,1)=15/022, P=0/001, Eta=0/417$). به عبارتی دیگر مداخله صورت گرفته موجب افزایش نمره کیفیت زندگی در گروه آزمایش شد. با توجه به ضریب مجذور اتا مداخله موجب تغییری در حدود ۴۱/۷٪ بین دو گروه آزمایش و گواه شد.

جدول شماره ۵- نتایج آزمون چند متغیره در متغیر امید به زندگی و خرده مقیاس های آن

آزمون ها	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	معناداری	مجذور اتا
T پیلایی	۰/۶۲۴	۱۳/۸۵۳	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴
لامبدای ویلکز	۰/۳۷۶	۱۳/۸۵۳	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴
T هاتلینگ	۱/۶۶۲	۱۳/۸۵۳	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴
بزرگترین ریشه روی	۱/۶۶۲	۱۳/۸۵۳	۳	۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود بین دو گروه آزمایش و گواه در ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F(3,25)=13/853, P<0/001, Eta=0/624$). از این تفاوت توسط عضویت گروهی تبیین می شود.

جدول شماره ۶- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مقایسه میانگین متغیر امید به زندگی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر وابسته	منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
تفکر عامل	پیش آزمون	۶۶/۸۷۵	۹	۷/۴۳۱	۱۲/۷۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۰	۰/۹۹۸
	گروه	۰/۰۷۳	۱	۰/۰۷۳	۰/۱۲۶	۰/۰۲۶	۰/۲۳۴	۰/۵۶۳
	خطا	۱۵/۶۸۵	۲۷	۰/۵۸۱				
تفکر گذرگاهی	پیش آزمون	۲۴/۷۷۹	۸	۳/۰۹۷	۳/۱۰۹	۰/۰۱۳	۰/۴۷۹	۰/۸۹۷
	گروه	۴/۹۶۴	۱	۴/۹۶۴	۴/۹۸۲	۰/۰۳۴	۰/۱۵۶	۰/۵۷۶
	خطا	۲۶/۹۰۳	۲۷	۰/۹۹۶				
نمره کل	پیش آزمون	۱۲۳/۸۲۵	۱۰	۱۲/۳۸۳	۳/۳۳۵	۰/۰۰۶	۰/۵۵۳	۰/۹۴۹
	گروه	۴/۴۷۴	۱	۴/۴۷۴	۱/۲۰۵	۰/۰۲۸	۰/۳۴۳	۰/۱۵۸
	خطا	۱۰۰/۲۶۲	۲۷	۳/۷۱۳				

نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۶ نشان داد که بین میانگین تعدیل شده تفکر عامل دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($F(27,1)=0/126$, $P=0/0426$, $Eta=0/234$). به عبارتی دیگر مداخله صورت گرفته موجب افزایش تفکر عامل در گروه آزمایش شد. با توجه به ضریب مجذور اتا مداخله موجب تغییری در حدود ۲۳/۴٪ بین دو گروه آزمایش و گواه شد. بین میانگین تعدیل شده تفکر گذرگاهی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($F(27,1)=4/982$, $P=0/034$, $Eta=0/156$). به عبارتی دیگر مداخله صورت گرفته موجب افزایش نمره تفکر گذرگاهی در گروه آزمایش شد. با توجه به ضریب مجذور اتا مداخله موجب تغییری در حدود ۱۵/۶٪ بین دو گروه آزمایش و گواه شد. بین میانگین تعدیل شده امید به زندگی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($F(27,1)=1/205$, $P=0/028$, $Eta=0/343$). به عبارتی دیگر مداخله صورت گرفته موجب افزایش نمره امید به زندگی در گروه آزمایش شد. با توجه به ضریب مجذور اتا مداخله موجب تغییری در حدود ۳۴/۳٪ بین دو گروه آزمایش و گواه شد.

جدول شماره ۷- مقایسه وضعیت کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان ساکن اصفهان در سال ۱۴۰۲ قبل و بعد از مداخله
در گروه گواه و آزمایش

منبع متغیر	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین	بعد از مداخله (انحراف معیار) میانگین	t	df	P
کیفیت زندگی	۴۸/۸ (۱/۹)	۵۱/۸ (۲/۴)	۲/۹۵۰	۲۹	۰/۰۰۶
	۵۲/۰ (۳/۹)	۵۳/۵ (۲/۹)	-۱/۷۵۸	۲۹	۰/۰۸۹
مؤلفه فیزیکی	۴۷/۲ (۹/۲)	۵۱/۰ (۸/۶)	-۵/۸۲۸	۲۹	۰/۰۰۱
	۴۴/۷ (۸/۴)	۴۳/۶ (۸/۸)	۱/۱۱۵	۲۹	۰/۲۷۴
مؤلفه روانی	۹۹/۰ (۹/۸)	۱۰۵/۶ (۱۰/۷)	-۷/۸۹۷	۲۹	۰/۰۰۱
	۹۶/۷ (۱۰/۳)	۹۷/۳ (۱۲/۱)	-۰/۳۱۱	۲۹	۰/۷۵۸
نمره کل	۱۳/۳ (۲/۶)	۱۵/۷ (۲/۲)	-۷/۹۱۸	۲۹	۰/۰۰۱
	۱۵/۳ (۳/۰)	۱۴/۶ (۳/۱)	۲/۹۵۹	۲۹	۰/۰۵۱
تفکر عامل	۱۲/۰ (۲/۲)	۱۴/۹ (۱/۲)	۰/۲۵۵	۲۹	۰/۰۲۴
	۱۴/۵ (۲/۸)	۱۴/۰ (۲/۹)	۱/۷۴۴	۲۹	۰/۰۹۲
تفکر گذرگاهی	۲۷/۳ (۱/۸)	۳۱/۳ (۴/۱)	-۳/۵۰۸	۲۹	۰/۰۰۱
	۲۹/۸ (۵/۶)	۲۸/۶ (۵/۷)	۳/۳۰۹	۲۹	۰/۰۵۳

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه فیزیکی از $48/8$ ($1/9$) قبل از مداخله به $51/8$ ($2/4$) بعد از مداخله ($P=0/006$)، نمره مؤلفه روانی از $47/2$ ($9/2$) قبل از مداخله به $51/0$ ($8/6$) بعد از مداخله ($P=0/001$) و نمره کل کیفیت زندگی از $99/0$ ($9/8$) قبل از مداخله به $105/6$ ($10/7$) بعد از مداخله ($P=0/001$) افزایش یافت. تغییرات در گروه گواه معنی دار نبود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نمره تفکر عامل از $13/3$ ($2/6$) قبل از مداخله به $15/7$ ($2/2$) بعد از مداخله ($P=0/001$)، نمره مؤلفه روانی از $12/0$ ($2/2$) قبل از مداخله به $14/9$ ($1/2$) بعد از مداخله ($P=0/024$) و نمره کل کیفیت زندگی از $27/3$ ($1/8$) قبل از مداخله به $31/3$ ($4/1$) بعد از مداخله ($P=0/001$) افزایش یافت. تغییرات در گروه گواه معنی دار نبود.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه فیزیکی از $48/8$ ($1/9$) قبل از مداخله به $51/8$ ($2/4$) بعد از مداخله، نمره مؤلفه روانی از $47/2$ ($9/2$) قبل از مداخله به $51/0$ ($8/6$) بعد از مداخله و نمره کل کیفیت زندگی از $99/0$ ($9/8$) قبل از مداخله به $105/6$ ($10/7$) بعد از مداخله افزایش یافت. تغییرات در گروه گواه معنی دار نبود. در نتیجه مداخله مبتنی بر نظریه زروان بر بهبود کیفیت به زندگی تأثیر معناداری دارد.

مطالعه ای که اثربخشی مداخله ای را بر کیفیت زندگی افراد با استفاده از نظریه زروان بررسی کند، یافت نشد. هرچند مطالعاتی که اثربخشی مداخلات مبتنی بر سایر نظریات روانشناسی را بر این متغیر مورد بررسی قرار داده اند، همسو با مطالعه حاضر بودند. به طوری که یافته های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات Hou و همکاران (۱۸)، Peng و همکاران (۱۹)، Li و همکاران (۲۰) و علیمرادی آستانه و خلعتبری (۲۱) همسو بود. این مطالعات نیز همسو با پژوهش حاضر، نشان دادند مداخلات روانشناختی مبتنی بر تصویر سازی و خاطره پردازی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، آموزش مهارت های معنوی، آموزش شناختی- رفتاری و امید درمانی، معنادرمانی گروهی، مثبت نگری، آموزش مدیریت استرس و آموزش حل مساله بر بهبود کیفیت زندگی افراد اثرگذار هستند. در تبیین این یافته، می توان گفت، در مطالعه حاضر، مداخله مبتنی بر نظریه زروان عمدتاً بر انجام تکالیفی مرتبط با مفاهیمی همچون خود انگاره متمرکز بود. با تأکید نظریه کیفیت زندگی و خودانگاره، کیفیت زندگی تا حدی به کیفیت آگاهی یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان مثل افکار و احساسات، اشاره می کند. در نظریه کیفیت زندگی، عواطف و هیجانات و قضاوت های مربوط به رضایتمندی جنبه انطباقی دارند و پسخوراند دائمی برای اهداف فردی فراهم می سازند. در حالی که عواطف مثبت و خوشایند از درک و شناخت این نکته حاصل می شود که فرد به نیازها، اهداف و آرزوهای خود رسیده و آنها را متحقق ساخته است، عواطف و هیجانات منفی موانع یا رکوردها را در تحقیق حیطه های ارزشمند زندگی نشان می دهد. در زمینه خود انگاره در سطح زیست شناختی، بازنمایی فرد در ذهن "من" دو رده از دانسته ها را در برمی گیرد: در رده نخست، ادراک من از روندها و جریان های فیزیولوژیک و تحولات زیست شناختی بدن من، که تقریباً همواره در سطوح غیرهشیار درک می شود و با شبکه ای از پردازش های اطلاعاتی بازخوردی و برنامه های پیش تنیده کارکردهای اصلی و پایه بدن زنده را تنظیم می کنند. به این ترتیب، این رده از بازنمایی روندها و زیرسیستم های بدن زنده از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و بقای فرد به آن وابسته است. در رده دوم، ادراک خودآگاهانه است که از تفسیر هشیارانه بازنمایی مجدد دریافت های رده نخست نتیجه می شود. این بدان معناست که بخش های عالی تر دستگاه عصبی (مانند قشر مخ) پردازش های اضافی را بر داده های رده نخست انجام می دهند و به تفاسیری در زمینه وضعیت بدنی من دست می یابند. این تفسیرها، در سطحی روانشناختی درک می شوند و معمولاً می توانند در زبان صورت بندی شده و در زمینه ارتباطات اجتماعی بیان شوند (۱۱). کیفیت زندگی یک ارزیابی ذهنی، چند بعدی و پیچیده از شرایط موجود زندگی است که به رفاه، فرهنگ، ارزش ها، و ابعاد روانی- اجتماعی و معنوی فرد مربوط می شود. علاوه بر این، کیفیت زندگی رضایت از عناصر جسمی و روانی- اجتماعی سلامت یک فرد را در بر می گیرد (۲۲). بنابراین رابطه بین خود انگاره و کیفیت زندگی فرد متصور خواهد بود. به عنوان مثال، در زنان، بسیاری از رفتارهای ناسالم مانند پرخوری و بی اشتهاهی عصبی، نتیجه نارضایتی از خودانگاره می باشد (۲۳). در واقع،

خودانگاره به عنوان یکی از جنبه های اساسی زندگی افراد درک می شود. خود انگاره مستقیماً بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد. خودانگاره منعکس کننده نقش های اجتماعی هستند که فرد قبول می کند و همیشه با کسب تجربیات جدید در زندگی روزمره در حال تغییر است (۲۴). در زمینه کیفیت زندگی از جنبه سلامت روان نیز، مطالعه Karakitsiou و همکاران همبستگی مثبت متوسطی را بین سلامت روان و خودانگاره دانشجویان یونانی نشان داد. این بدان معناست که افراد با خودانگاره بهتر، از سطوح بالاتر سلامت روان برخوردار بودند (۲۵).

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نمره تفکر عامل از $13/3$ ($2/6$) قبل از مداخله به $15/7$ ($2/2$) بعد از مداخله، نمره مؤلفه روانی از $12/0$ ($2/2$) قبل از مداخله به $14/9$ ($1/2$) بعد از مداخله و نمره کل کیفیت زندگی از $1/8$) $27/3$ قبل از مداخله به $31/3$ ($4/1$) بعد از مداخله افزایش یافت. تغییرات در گروه گواه معنی دار نبود. در نتیجه مداخله مبتنی بر نظریه زُروان بر افزایش امید به زندگی تأثیر معناداری دارد. با جستجوهای انجام شده، مطالعه ای که اثربخشی مداخله ای را بر امید به زندگی افراد با استفاده از نظریه زروان بررسی کند، یافت نشد. هرچند مطالعاتی که اثربخشی مداخلات مبتنی بر سایر نظریات روانشناسی را بر این متغیر مورد بررسی قرار داده اند، همسو با مطالعه حاضر بودند. به طوری که یافته های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات علیمردی آستانه و خلعتبری (۲۱)، آذربایجانی و همکاران (۲۶) و محزون خراسانی و همکاران (۲۷) همسو بود. این مطالعات نیز همسو با پژوهش حاضر، نشان دادند مداخلات روانشناختی مبتنی بر تصویر سازی و خاطره پردازی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، آموزش مهارت های معنوی، آموزش شناختی- رفتاری و امید درمانی، مثبت نگری، آموزش مدیریت استرس و آموزش حل مساله در افزایش امید به زندگی افراد اثرگذار هستند. در تبیین این یافته، می توان گفت، در مطالعه حاضر، مداخله مبتنی بر نظریه زروان عمدتاً بر انجام تکالیفی مرتبط با مفاهیمی همچون خود انگاره و بازنویسی روایت شخصی و زندگی نامه و نمایش نامه متمرکز بود. نمایشنامه سرمشق و الگویی ویژه است که سرنوشت و شیوه زندگی فرد در سراسر عمرش را تعیین می کند. نمایشنامه مجموعه ای از روایت ها، داستان ها، پیشگویی ها، و آرزوها یا افسوس ها را در بر می گیرد که با موقعیت و شرایط "من" همخوانی دارد و چشم اندازی از وضعیت من در آینده را به دست می دهد. نمایشنامه به طور دایم با محتویات حافظه فرد اندرکنش دارد و نتیجه ارتباط این دو نسخه ای شخصی و خودنوشته از نمایشنامه است که زندگی نامه خوانده می شود (۱۱). خودانگاره نیز، از عوامل تاثیرگذار بر رفتار است. قسمت عمده ویژگی های شخصیتی، منش و رفتارهای هر فردی به تصویری که از خود در ذهنش دارد یعنی خودانگاره او مربوط می شود. تصویر ذهنی و خودانگاره مثبت، انگیزه برای بروز رفتار ایجاد می کند و فرد را به یافتن فرصت مناسب برای تجلی رفتار تشویق می نماید، به محض یافتن فرصت، فرد رفتار خود را انجام می دهد و سپس صرف نظر از تأثیر سایر متغیرها، با بازخورد مثبت مواجه می شود و به رضایت خاطر و خشنودی می رسد و به این وسیله تجربه مثبتی به دست می آورد که بر تصویر ذهنی و خودانگاره اش افزوده می گردد و انگیزه جدیدی به وجود می آورد و این چرخه ادامه و ارتقا می یابد. اما خودانگاره منفی، چرخه و نتیجه ای معکوس دارد، به این صورت که انگیزه عمل را از بین برده و یا تضعیف می کند و در نتیجه، فرد فرصت ها را از دست داده و با تهدیدها روبرو و وادار به بروز واکنش می گردد و با دریافت بازخورد منفی، تجربه ای منفی در ذهنش ثبت و بر تصویر ذهنی و خودانگاره وی افزوده می گردد و انگیزه اش تضعیف می شود (۲۸). خود انگاره منفی با سازگاری اجتماعی و شخصیتی پایین تر ارتباط دارد. افراد با خودانگاره منفی ممکن است احساس بی ارزشی، بی علاقگی یا حتی تنفر از خود نمایند. آنها ممکن است احساس ناراحتی یا ناامیدی و درجاتی از فقدان انرژی حتی برای انجام کارهای بسیار ساده را داشته باشند. این در حالی است که امید به زندگی به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و دربردارنده داشتن هدف، قدرت برنامه ریزی و اراده برای دستیابی به هدف، توجه به موانع رسیدن به هدف و توانایی رفع آنها است (۱۰). در تبیین این یافته می توان گفت از آنجا که این تکالیف دارای کارکرد انگیزشی هستند می توانند موجب ایجاد امید در فرد شود. از سویی دیگر، احتمالاً این تکالیف، موجب تقویت توانایی غلبه بر مشکلات، انطباق با چالش ها یا تغییر رفتارهای ناراحت کننده می شود و می تواند موجب افزایش امید به زندگی شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر در مجموع نشان داد مداخله مبتنی بر نظریه زروان بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان ساکن شهر اصفهان تأثیر مثبت و معنی داری دارد. این دو متغیر ساختارهایی چند بعدی از عوامل عینی و ذهنی را شامل می شوند و تقریباً تمام جنبه های آنها نسبت به وضعیت سلامت روان آسیب پذیر هستند. به طوری که بیماران مبتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و پریشانی کیفیت زندگی و امید به زندگی پایینی دارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت با بهره گیری از چنین مداخلات روانشناختی می توان مؤلفه هایی همچون کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان را بهبود بخشید.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پروفیسور حسابی تفرش و دارای کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1402.126 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک می باشد. از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی می شود.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Paulose B, Kamath N. Quality of Life of Postmenopausal Women in Urban and Rural Communities. *J Menopausal Med*. 2018; 24(2): 87-91.
2. Barati M, Akbari-Heidari H, Samadi-Yaghin E, Jenabi E, Jormand H, Kamyari N. The factors associated with the quality of life among postmenopausal women. *BMC Women Health*. 2021; 21(1): 208.
3. Seyed-Nematollah-Roshan FS, Alhani F, Zareiyan A, Kazemnejad A. Women's Quality of Life in Iran: A Mixed Method Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020; 25(3): 217-223.
4. Koohi F, Nejat S, Yaseri M, Cheraghi Z. Quality of life among general populations of different countries in the past 10 years, with a focus on human development index: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2017; 46: 12-22.
5. Campos AC, eFerreira EF, Vargas AM, Albala C. Aging, gender and quality of life (AGEQOL) study: Factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12:166-175.
6. Hart PD, Kang M. Physical inactivity and health-related quality of life among U.S. adult men and women. *J Women's Health Care*. 2014; 3: 201-4.
7. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: A population based cross-sectional study. *J Caring Sci*. 2017; 6: 39-47.
8. Kundu P, George LS, Yesodharan R. Quality of life and empowerment among women. *J Educ Health Promot*. 2022; 11:185-192.
9. Pourabdol S, Absasi M, Pirani Z, Abbasi M. The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *Aging Psychology*. 2015; 1(1): 57-65.
10. Ghorbani, S., Dahghani, M., & Javadipour, M. The Effect of Twelve Weeks Yoga Exercises on Life Expectancy in Women. *Sport Psychology Studies*. 2020; 8(30): 129-142.
11. Vakili S. Zurvan theory (A complex systems approach towards agent-structure interactions). 2016; USERN Congress.
12. Pishgahi B, Danesh E, Salimi nia N. The Effectiveness of Mindfulness-based Group Therapy on Anxiety, Resilience and Life Expectancy of Anxious Women. *IJPN* 2020; 8 (3):104-117.
13. Scheier, M. F., Carver, C. S., and Bridges, M. W. "Optimism, pessimism, and psychological well-being," in *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice*, ed. E. C. Chang (Washington, DC: American Psychological Association). 2001; 189-216.

14. Nezamdoust Sedehi M, Borjali A, Poursharifi H, Kraskian Mujembari A, Seirafi M. The relationship between hope and sense of coherence with psychosocial well-being among older people: Mediating role of attitude toward death. *Aging Psychology*. 2018; 4(3): 179-95.
15. Kermani, Zahra; Khodapanahi, Mohammad Karim; Heydari, Mahmoud. Psychometric properties of Omid Snyder scale. *Applied Psychology Quarterly*. 2011; 5(3): 7-23.
16. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992; 1(2): 473-83.
17. Bour A, Khanekeshi A, Emamgholipoor N. Compare of sleep quality and quality of life between patients using soporific drugs and normal individuals. *Journal of Psychology New Ideas*. 2017;1(2): 9-18.
18. Hou, F., Xie, T., Xi, Y., Qian, W., & Liu, X. Effect of Comprehensive Psychological Intervention on Negative Emotions and Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. *International Heart Journal*. 2023; 64(6): 986-992.
19. Peng, F., Li, H., Zhang, J., Li, X., Zhang, H., & Li, Y. Effects of different psychological interventions on quality of life and remission rate in patients with acute leukemia receiving chemotherapy: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14: 1045031.
20. Li, X., Li, J., Shi, Y., Wang, T., Zhang, A., Shao, N., & Wang, Z. Psychological intervention improves life quality of patients with laryngeal cancer. *Patient preference and adherence*. 2017; 1723-1727.
21. Alimoradi Astane, S. F., Khalatbari, J. Comparison of the effectiveness of imaging through information reprocessing and treatment of coherent reminiscence on life expectancy and quality of life of the elderly in Astana Ashrafieh. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2021; 64(4): 3480-3493.
22. Bowen PG, Clay OJ, Lee LT, Vice J, Ovalle F, Crowe M. Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. *Journal of Gerontological Nursing*. 2015; 41(12): 21-9.
23. Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R. A. Does body image affect quality of life?: A population based study. *PloS one*. 2016; 11(9): e0163290.
24. Silva, M. R. D., & Rodrigues, L. R. Connections and interlocations between self-image, self-esteem, active sexuality, and quality of life in ageing. *Revista brasileira de enfermagem*. 2020; 73S (Suppl 3): e20190592.
25. Karakitsiou, G., Plakias, S., Kedraka, K., Arvaniti, A., Kokkotis, C., Tsiakiri, A., & Samakouri, M. Investigating the Role of Second Chance Schools and COVID-19 Pandemic on the Mental Health and Self-Image of Greek Adult Students. *Brain Sciences*. 2023; 13(8): 1203.
26. Azarbajejani S, Sadeghi Afjeh Z, Ghanbari N. The Effectiveness of Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Life Expectancy in Depressed Housewives. *Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology*. 2020; 2(1): 52-70.
27. Mahzoon Khorasani M, Mousavi M. The Effects of Schema Therapy on the Hope of Life, Quality of Life, and Psychological Wellbeing in Housewives. *MEJDS* 2020; 10 :232-232.
28. Pasban, A., & Jaidari, A. Effective factors and the role of positive self-images and positive thinking on increasing compliance with safety and security issues. *Military Psychology*. 2023; 13(52): 189-222.