تأثیر آموزش خوش‌بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فتانه علی بیک*، سید احمد احمدی، کیومرث فرحبخش، احمد عابدی، مرتضی علی بیک

چکیده

مقدمه: به طور کلی پایین بودن کیفیت زندگی دانشجویان مقیم خوابگاه در ابعاد مختلف، غالباً موجب کاهش عملکرد تحصیلی، بروز مشکلات روانی و جسمانی و در نتیجه افت تحصیلی آنها می‌شود. هدف این مطالعه بررسی تأثیر آموزش خوش‌بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد. برای نمونه‌گیری از بین دانشجویانی که در پیش‌آزمون پایین‌ترین نمره را کسب کرده بودند ۶۰ نفر به صورت تصادفی منظم انتخاب و در دو گروه تجربی (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100) بود. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و جهت تعیین تأثیر مداخلات آموزش خوش‌بینی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری Multivariate Covariance Analysis of Variance استفاده شد.

نتایج: میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی گروه تجربی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱/۹۴±۰/۴۷ و در گروه شاهد برابر با ۲/۰۴±۰/۵۰ (بر مبنای صفر تا ۴) بود. میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی گروه تجربی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۲/۹۸±۰/۳۱ و ۲/۹۲±۰/۳۴ می‌باشد که در مقایسه با گروه شاهد(۲/۰۸±۰/۴۸ و ۱/۹۷±۰/۴۳)دارای افزایش بوده است. نتایج پژوهش نشان داد آموزش خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی در همه حیطه‌ها مؤثر و معنادار (P<۰/۰۰۱ و f=۱۴/۷۹) بوده است.

نتیجه‌گیری: آموزش خوش‌بینی و داشتن یک شیوه تبیینی خوش‌بینانه بر ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی مؤثر بوده است. پیشنهاد می‌شود از آموزش خوش‌بینی به منظور ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان در دیگر خوابگاه‌ها و دانشگاه‌ها نیز استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: خوش‌بینی، کیفیت زندگی، دانشجویان دختر مقیم خوابگاه، علوم پزشکی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ آذر ۱۳۹۱؛ ۱۲(۹): ۷۰۹ تا ۷۲۰

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برداشت یا پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود می‌داند و آن را با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر، تعریف کرده است(۱). امروزه مسائل مربوط به کیفیت زندگی به طور وسیعی در حوزه‌های مختلف علمی مورد بحث قرار می‌گیرد. در جامعه شناسی، کیفیت زندگی به عنوان ادراک ذهنی از بهزیستی شناخته شده است. کیفیت زندگی در

* **نویسنده مسؤول**: فتانه علی‌بیک، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات تهران
falibake@yahoo.com
دکتر سید احمد احمدی (استاد)، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (drahmady@yahoo.com)؛ دکتر کیومرث فرحبخش (استادیار)، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (kiiumars@yahoo.com)؛ دکتر احمد عابدی (استادیار)، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (a.abedi@edu.ui.ac.ir)؛ مرتضی علی‌بیک، دانشجوی دکترای روانشناسی، مشاور دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (malibake@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله، ۹۰/۵/۳، تاریخ اصلاحیه، ۹۰/۱۰/۲۲، تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۴

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

اقتصاد، استاندارد زندگی است. در حوزه پزشکی، کیفیت زندگی عبارت است از نسبت سلامتی و بیماری با عواملی که بر سبک زندگی سالم تأثیر می‌گذارد. معمولاً در بحث کیفیت زندگی به عامل سلامتی حق تقدم داده می‌شود، هر چند مفهوم کیفیت زندگی باید در همه حیطه‌ها و در سطح وسیع‌تری بررسی و شناخته شود(۲). کیفیت زندگی مفهوم پیچیده‌ای است و ابعاد مختلف عینی (objective) و ذهنی (Subjective) مانند تغذیه، مسکن، فرصت شغلی، بهداشت، و قدرت استنباط را در بر می‌گیرد(۳و٤). پژوهشگران سه ویژگی اساسی: چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن را، برای کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند. چند بعدی بودن بر پایه ابعادی است که ارتباط نزدیکی با هم دارند. به طور کلی سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. بعد جسمی، عملکرد کامل بدن است و به دریافت فرد از توانایی‌هایش اطلاق می‌شود. بعد روانی، حالت توازن و سازگاری فرد با خود و دیگران است و بعد اجتماعی، به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و سایر گروه‌های اجتماعی ارتباط دارد(٥). کیفیت زندگی یک موضوع ذهنی و پویا است، یعنی در هر زمان نسبت به زمان دیگر متفاوت است. رایج‌ترین اصطلاحی که به کیفیت زندگی اشاره دارد؛ مفهوم بهزیستی آن (اجتماعی، جسمانی و روانی) است. این اصطلاح بیشتر بر نحوه نگرش مردم به زندگی تأکید دارد تا به عوامل عینی و بیرونی(٦). در چند دهه اخیر، به علت بحران‌های مالی و جهانی و به خطر افتادن امنیت اقتصادی دردنیا، کیفیت زندگی و ارتقای استانداردهای زندگی در بسیاری از کشورها توجه زیادی را به خود جلب کرده است. بحران‌های اقتصادی باعث افزایش بیکاری، کاهش درآمدها، افزایش فقر و تنگدستی و به طور کلی کاهش کیفیت زندگی شده است. بنابراین در شرایط فعلی مطالعه کیفیت زندگی بسیار مورد توجه است و تحقیقات بسیاری در این زمینه در حوزه‌های مختلف اقتصادی، روانشناسی، پزشکی، مراقبت‌های بهداشتی، فلسفه و علوم اجتماعی انجام می‌شود(۷).

بررسی‌ها و مطالعات نشان داده است که مقالات موجود، تحت عنوان "کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت"، بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹٤ افزایش قابل توجهی داشته است، که این خود بیانگر اهمیت موضوع می‌باشد(۸).

مشکلات روانی مثل اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خستگی و ناتوانی باعث بروز بیماری‌های جسمانی شده و این علائم جسمانی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارند(۹). پیلچر (Pilcher) طی تحقیقاتی دریافت که چگونه تمایلات و رویدادهای زندگی روزانه، می‌تواند نشانگر رضایت از زندگی در میان دانشجویان خوابگاهی باشد(۱۰). مطالعاتی که از سوی شورای عالی انقلاب فرهنگی بر روی جمعیت دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد نشان داد کیفیت زندگی ۲۵٪ از دانشجویان، نیازمند تغییر جدی است. وی همچنین دریافت که عوامل جنسیت، سن، مذهب، وضعیت حیات والدین، در کیفیت زندگی گروه نمونه بی تأثیر است و عوامل تأهل، اشتغال، سطح تحصیلات، شغل والدین و نیز موقعیت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان مورد نظر، موثر است(۱۱). به نقل از کاویانی و همکاران، یافته‌های تحقیق نصیری و همکاران در مورد کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز نشان داد که دانشجویان مستقر در خوابگاه‌ها، دیدگاه منفی‌تری نسبت به کیفیت زندگی خود در خوابگاه‌ها دارند. این یافته‌ها با یافته‌هایی که از کشورهای دیگر به دست آمده است هم‌خوانی دارد(۱۲).

روانشناسی مثبت، که اساساً به مطالعه توان‌مندی‌های انسان می‌پردازد، به شناسایی عوامل افزایش‌دهنده سلامت روانی توجه دارد. برخی از توان‌مندی‌های انسان که به منش و سرشت او مربوط می‌شود جنبه روانی داشته و به افراد کمک می‌کند تا حوادث بالقوه تهدیدکننده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

را کم‌تر این گونه تصور کنند و یا واکنش‌های خود را نسبت به این گونه حوادث کنترل کنند(۱۳). تحقیقات میدانی و نیز تحقیقات آزمایشگاهی نشان داده‌اند که توان‌مندی‌های روانی انسان با کاهش علائم جسمی و روانی استرس، همبستگی مثبت داشته و هچنین این توان‌مندی‌ها تأثیر مثبتی بر سلامتی روانی دارد(۱٤و۱٥). مهم‌ترین و معتبرترین این توان‌مندی‌ها، عبارتند از: خوش‌بینی، تسلط، عزت نفس و برون گرایی. به طور کلی روانشناسی مثبت به عنوان رویکردی جدید در روانشناسی، به عنوان متمم رویکردهای قبلی به مطالعه هیجانات و ویژگی‌های مثبت در انسان‌ها می‌پردازد، و بیشتر متوجه نقاط قوت و استعدادهای ذاتی انسان‌ها می‌باشد(۱٦و۱۷). هدف دیگر روانشناسی مثبت شناسایی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مند شدن آنها از یک زندگی سالم کمک کند. یکی از این مفاهیم، مفهوم کیفیت زندگی است که در سه دهه اخیر، تلاش زیادی برای تعریف و اندازه‌گیری عینی آن شده است(۱۸). می‌توان گفت خوش‌بینی (optimism) یا داشتن نوعی انتظار کلی مبنی بر این که در آینده، رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بداتفاق خواهند افتاد، می‌تواند بر رفتار افراد و نحوه کنار آمدن آنها با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تأثیر بگذارد(۱۹). زیرا افراد خوش‌بین انتظار دارند در آینده پیامدهای مثبت برای آنها اتفاق بیفتد و همین اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شود.در نتیجه، سازگاری روانشناختی بالایی را در او به وجود می‌آورد(۲۰). چنین افرادی حتی اگر با مشکلات و رخدادهای فشارزای زندگی هم مواجه شوند از آنجا که نسبت به آینده خوش‌بین بوده و بر این باور هستند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند، از راهبردهای مثبت کنار آمدن نیز برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده می‌کنند و این مسأله می‌تواند به سلامتی روانی و جسمانی آنها منجر شود(۲۱و۲۲). علاوه بر این، خوش‌بینی و مثبت اندیشی می‌تواند سیستم ایمنی بدن و در نتیجه سلامتی را افزایش دهد(۲۳). خوش‌بینی همچنین می‌تواند منجر به عملکرد بهتر اجتماعی شود زیرا خوش‌بینی با فقدان انزوای اجتماعی(۲٤) و روابط دوستی با دوام و ماندگار رابطه مثبت دارد(۲٥). علاوه بر این، در روابط صمیمانه میان افراد، خوش‌بینی می‌تواند رضایت‌مندی افراد از این روابط را به طور مثبت پیش‌بینی کند(۲٦و۲۷).

با توجه به یافته‌های تحقیقات فوق، مسأله اساسی پژوهش حاضر، عبارت است از "تأثیر آموزش خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان خوابگاهی دختر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان".

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی در دو گروه تجربی و شاهد، با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری آن کلیه دانشجویان دختر مقیم خوابگاه کرمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند (فاز یک ۲٥۲ نفر و فاز دو ۳۸۷ نفر). ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت تصادفی در اختیار۲۰۰ نفر از این دانشجویان گذاشته شد و سپس از بین دانشجویانی که پایین‌ترین نمرات را کسب کرده بودند، ٦۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروت تجربی و شاهد توزیع شدند. سعی شد دو گروه از نظر متغیرهای سن، تأهل و رشته تحصیلی همگن باشند. به این ترتیب دانشجویان همتا مشخص شدند و از بین آنها به قید قرعه یک دانشجو در گروه شاهد و یک دانشجو در گروه تجربی قرار گرفت و این روند ادامه یافت تا تمام داوطلبان به صورت تصادفی در یکی از دو گروه یعنی گروه تجربی (۳۰ نفر) و گروه شاهد (۳۰ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. متغیر مستقل در این پژوهش عبارت بود از "آموزش خوش‌بینی"، و متغیر وابسته "کیفیت زندگی" و متغیر کنترل نیز "نمرات پیش‌آزمون" بود که اثر آن بر نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

با استفاده از تحلیل کوواریانس، کنترل شد.

از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت (WHOQOL-100) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-۱۰۰ که توسط گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی از سرتاسر دنیا تدوین شده ، سعی در تهیه و تنظیم ابزاری بین فرهنگی جهت سنجش و اندازه‌گیری کیفیت زندگی داشته است(۲۸تا۳۰). روایی و پایایی پرسشنامه هم در داخل و هم در خارج کشور در تحقیقات قبلی مورد تأیید قرار گرفته بود(۳۱تا۳۳). با این حال روایی محتوای پرسشنامه ترجمه شده توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی مورد تأیید قرار گرفت. علاوه براین در مطالعات مربوط به روان‌سنجی این پرسشنامه، انطباق پذیری و بومی سازی مطابق فرهنگ ایرانیان انجام شده است(۳۳و۳٤). این پرسشنامه علاوه بر کیفیت کلی زندگی، ابعاد مختلف کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، حیطه روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، شرایط محیطی، و معنویات) را نیز ارزیابی می‌کند. هر یک از این حیطه‌ها دارای چند خرده مقیاس به این قرار می‌باشد: حوزه جسمانی (درد و ناراحتی، انرژی و خستگی، خواب و استراحت)، حوزه روانی (احساسات مثبت، فکر کردن، یادگیری، حافظه و تمرکز، عزت نفس، تصویر بدنی و ظاهر، احساسات منفی)، سطح استقلال (حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، وابستگی به داروها یا درمان‌ها، ظرفیت کار)، روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت‌های اجتماعی، فعالیت جنسی)، محیط (سلامت و امنیت جسمی، محیط خانه، منابع مالی، مراقبت بهداشتی و اجتماعی، دسترسی‌پذیری و کیفیت، فرصت‌های کسب اطلاعات و مهارت‌ها، فرصت‌های سرگرمی و اوقات فراغت، محیط فیزیکی و وسائط نقلیه)، معنویات (اعتقادات مذهبی و شخصی). درمجموع ۲٤ زیر مجموعه تشکیل‌دهنده این پرسشنامه هستند. هر زیر مجموعه توسط ٤ سؤال ۵ گزینه‌ای سنجیده می‌شود. علاوه بر اینها ٤ سؤال نیز سلامت و کیفیت زندگی کلی (سلامتی عمومی) را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۱۰۰ سؤال است و سؤال‌ها دارای مقیاس ۵ درجه‌ای (اصلاً، خیلی کم، تا حدودی، زیاد، خیلی زیاد و با امتیاز ٤-۰) است. پس از توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه و انتخاب شرکت کنندگان دو گروه، مطابق با طرح درس آموزش خوش‌بینی، که بر اساس نظریه شادمانی سلیگمن، ، کافمن (Coffman) و طیب رشید (Rashid) تهیه و ترجمه شده بود(۳۵تا۳۷)، آموزش‌های لازم برای گروه تجربی ارائه شد. پس از ترجمه مطالب، محتوای جلسات آموزشی تا حد امکان توسط پژوهشگر و اساتید محترم راهنما و مشاور بررسی شد و برخی موارد بسیار جزیی متناسب با فرهنگ جامعه ایران تغییر داده شد. آموزش گروه تجربی ٦ هفته به طول انجامید(۱۲ جلسه، هر جلسه یک ساعت و در هفته ۲ جلسه) که عمدتاً به صورت سخنرانی و ارائه تکلیف برای جلسه بعد برگزار می‌شد. پس از اتمام دوره، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. سپس یک ماه بعد نیز آزمون پیگیری بر روی هر دو گروه مجدداً اجرا گردید. در این جا به طور مختصر به عناوین کلی دوره آموزشی اشاره می‌شود:

جلسه‌ی اول: آشنایی اولیه و بیان تاریخچه روانشناسی مثبت و تأکید این شاخه از روانشناسی بر نقاط قوت و توان‌مندی‌ها به جای تمرکز بر نقاط ضعف و کمبودها. جلسه دوم: افزایش هیجانات مثبت در زمان حال (انجام اموری که باعث شادی و لذت از زندگی شود)، بحث و گفتگو درباره عدم وجود هیجانات مثبت و در نتیجه ایجاد آسیب‌های روانی. جلسه سوم: افزایش هیجانات مثبت در زمان گذشته؛ به طوری که فرد وقتی به گذشته خود بنگرد از رفتار و عملکرد خود در گذشته راضی و خرسند باشد. جلسه چهارم: افزایش هیجانات مثبت در زمان آینده. یعنی امید به آینده و انتظار داشتن نتایج مثبت در آینده (خوش‌بینی). جلسه پنجم: بررسی سبک اسنادی و

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

ویژگی‌های افراد خوش‌بین. افراد خوش‌بین رویدادهای بد را موقتی، مربوط به امور خاص و علت آن را بیرونی می‌دانند و بنابراین خود را سرزنش نمی‌کنند. جلسه ششم: مبارزه با افکار و باورهای غیر منطقی. بررسی سبک تبیینی با استفاده از مدل ABCDE بر اساس نظریه الیس؛ یعنی مشکل یا گرفتاری (Adversity) که برای شخص اتفاق می‌افتد، نحوه نگرش یا تبیین (Belief) شخص از مشکل یا حادثه‌ای که رخ داده است، نتایج و عواقب حاصل (Consequences) از نگرش شخص به حادثه. جلسه هفتم: دستیابی به روش‌های غلبه بر افکار غیر منطقی در دانشجویان به وسیله بحث و مناظره (Disputation) و کاربرد چهار روش شواهد (Evidence)، انتخاب‌های دیگر (Alternatives)، مفاهیم ضمنی (Implications) و سودمندی (Usefulness) و سپس احساس انرژی (Energization) و شور و نشاطی که انسان از مناظره موفقیت آمیز تجربه می‌کند. جلسه هشتم: زندگی لذت‌بخش (Pleasant Life) به منظور افزایش بهزیستی با تأکید بر هیجانات مثبت و انجام فعالیت‌هایی که باعث افزایش هیجانات مثبت شخص می‌شود، مثلاً خوردن غذای مورد علاقه یا ملاقات با بهترین دوست. این تمرین مخصوصاً برای افرادی که فوق‌العاده درگیر فعالیت‌های کاری هستند سودمند است. جلسه نهم: زندگی مولد (Engaged Life) به منظور افزایش بهزیستی با تأکید بر تشخیص نقاط قوت و چگونگی استفاده از آنها در محل کار، روابط اجتماعی با دیگران و اوقات فراغت. این حیطه شامل فعالیت‌هایی است که وقتی انسان درگیر آنهاست تمرکز شدیدی داشته و متوجه گذشت زمان نمی‌شود. جلسه دهم: زندگی معنادار (Meaningful Life)، به منظور افزایش بهزیستی و انجام کارهایی که نتایج مثبت آن به خانواده، جامعه و حتی همه دنیا برگردد. موهبت زمان، یا انجام خدمات مثبت (Gift of Time or Positive Services)، تخصیص وقت به انجام امور خیریه و خدمات نوع‌دوستانه برای رسیدن به چیزی والاتر از خود شخص و پیوند با آرمان‌های والاتر. حضور در مساجد، زیارتگاه‌ها، کلیساها، معابد، اماکن مقدس و همکاری با مؤسسات خیریه به منظور افزایش معنا در زندگی. جلسه یازدهم: دست یابی به زندگی کامل (Full Life) از طریق زندگی لذت‌بخش (تأکید بر هیجانات مثبت)، زندگی مولد (فعالیت‌هایی که باعث شکوفایی و پیشرفت زندگی می‌شود) و زندگی معنادار، که در بالا اشاره شد. جلسه دوازدهم: اجرای پس‌آزمون(۳۵تا۳۷).

روش تدریس مورد استفاده به طور کلی مبتنی بر سخنرانی بوده و در همه جلسات برای جلسه بعد تکلیف داده می‌شد. در شروع هر جلسه ابتدا تکالیف دانشجویان بررسی و سپس درس جدید ارائه می‌شد. ابزار مورد استفاده در تدریس وایت بورد بود. پیش‌آزمون اواخر اسفند ماه اجرا و سپس کلاس‌های آموزشی از ۲۱ فروردین ماه ۱۳۹۰ شروع و هفته‌ای دو جلسه برگزار گردید. پس‌آزمون در جلسه آخر (اواخر اردیبهشت ماه) و پیگیری یک ماه بعد (اوایل تیر ماه) با دعوت مجدد از شرکت کنندگان هر دو گروه اجرا شد. جلسه‌ها در محل نمازخانه خوابگاه تشکیل و ساعت آن نیز زمانی بود که همه دانشجویان در خوابگاه حضور داشتند بنابراین دسترسی به کلاس برای دانشجویان میسر بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل کوواریانس (به منظور پیگیری و تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون) استفاده شد. مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از جمله نرمال بودن، همسانی واریانس‌ها و رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری، برقرار بود. شرکت در مطالعه برای دانشجویان اختیاری بود.

نتایج

از آنجایی که پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر به صورت مراجعه حضوری توزیع شده بود، کلیه پرسشنامه‌ها بازگشت داده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هر گروه شامل ۳۰ دانشجو دختر ساکن خوابگاه با میانگین سنی ۱/۸۳±۲۱/۱۰ سال بود. ۷ نفر (۲۳/۳۳٪) از این افراد متأهل بودند. در چهار رشته مدیریت خدمات درمانی ۸

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

نفر (۲۶/۶۶٪)، بهداشت ۱۰ نفر (۳۳/۳۳٪)، کتابداری پزشکی ۵ نفر (۱۶/۶۶٪) و علوم آزمایشگاهی ۷ نفر (۲۳/۳۳٪) مشغول تحصیل بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری درجدول ۱ ارائه شده است. بر اساس این جدول، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی گروه تجربی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱/۹۴±۰/۴۷ و این میانگین در گروه شاهد برابر با ۲/۰۴±۰/۵۰ است. در حالی که میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی گروه تجربی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۲/۹۸±۰/۳۱ و ۲/۹۲±۰/۳۴ می‌باشد که در مقایسه با گروه شاهد افزایش یافته است. این افزایش در حیطه‌های دیگر کیفیت زندگی نیز مشهود است.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوآ) نشان داد که نمره کیفیت کلی زندگی در مرحله پس آزمون در بین دو گروه تجربی و شاهد تفاوت معناداری دارد (برای شاخص "گروه"، مقدار لامبدا ویلکز برابر ۰/۳۰۳، F=۱۴/۷۹، p<۰/۰۰۱، Eta^2=۰/۶۲ ، و توان آماری برابر ۱۰۰ بود).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه تجربی و شاهد

گروه	موقعیت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تجربی	کیفیت کلی زندگی	۱/۹۴±۰/۴۷	۲/۹۸±۰/۳۱	۲/۹۲±۰/۳۴
	سلامت جسمانی	۲/۱۸±۰/۳۱	۲/۸۲±۰/۴۱	۲/۷۹±۰/۴۰
	بعد روانی	۱/۹۸±۰/۴۵	۲/۹۴±۰/۴۳	۲/۹۱±۰/۴۴
	سطح استقلال	۲/۷۲±۰/۴۵	۳/۴۴±۰/۲۹	۳/۳۵±۰/۲۹
	روابط اجتماعی	۲/۰۹±۰/۴۷	۲/۹۳±۰/۲۶	۲/۹۳±۰/۲۶
	محیط	۲/۰۵±۰/۳۹	۲/۷۷±۰/۲۷	۲/۷۷±۰/۲۷
	معنویت/ مذهب	۲/۴۴±۰/۷۲	۳/۳۹±۰/۳۳	۳/۲۳±۰/۳۰
شاهد	کیفیت کلی زندگی	۲/۰۴±۰/۵	۲/۰۸±۰/۴۸	۱/۹۷±۰/۴۳
	سلامت جسمانی	۲/۲۵±۰/۲۸	۲/۲۰±۰/۳۱	۲/۱۶±۰/۲۹
	بعد روانی	۲/۱۴±۰/۴۱	۲/۰۰±۰/۴۶	۲/۰۳±۰/۴۲
	سطح استقلال	۲/۷۹±۰/۴۲	۲/۸۰±۰/۴۷	۲/۶۶±۰/۴۰
	روابط اجتماعی	۲/۱۷±۰/۴۱	۲/۱۷±۰/۴۱	۲/۰۳±۰/۴۵
	محیط	۲/۱۱±۰/۳۸	۲/۰۹±۰/۳۹	۲/۱۳±۰/۳۸
	معنویت/ مذهب	۲/۸۰±۰/۶۷	۲/۵۳±۰/۶۹	۲/۶۲±/۵۸

مقدار F در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد این فرضیه که آموزش خوش‌بینی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود، تأیید می‌گردد و توان آماری ۱۰۰ نشان می‌دهد که حجم نمونه کفایت می‌کند. همچنین مقدار Eta^2 بیانگر این است که ۰/۶۹ از تغییرات متغیر وابسته ناشی از مداخلات متغیر مستقل بوده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه تجربی و شاهد در مؤلفه‌های کیفیت زندگی (کیفیت کلی زندگی و سلامت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

جدول۲: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تفاوت دو گروه تجربی و شاهد در مؤلفه‌های کیفیت زندگی در موقعیت‌های پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta^2	توان آماری
پس‌آزمون	کیفیت کلی زندگی	۱۰/۸۵	۱	۱۰/۸۵	٦۲/٦۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱۰۰
	سلامت جسمانی	٦/۱۰	۱	٦/۱۰	٤۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/٤۸	۱۰۰
	بعد روانی	۱۲/۵۵	۱	۱۲/۵۵	۵۸/٤۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱۰۰
	سطح استقلال	٤/۹٤	۱	٤/۹٤	۳۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱۰۰
	روابط اجتماعی	٦/۹۳	۱	٦/۹۳	۵٤/٦٦	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱۰۰
	محیط	٤/۷۲	۱	٤/۷۲	۵٤/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱۰۰
	معنویت/ مذهب	۷/۵۲	۱	۷/۵۲	۲۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳٤	۰/ ۹۹
پیگیری	کیفیت کلی زندگی	۱۱/۷۹	۱	۱۱/۷۹	۷۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱۰۰
	سلامت جسمانی	۵/۳٦	۱	۵/۳٦	٤۳/۱۸	۰/۰۰۱	۰/٤۵	۱۰۰
	بعد روانی	۹/۸۹	۱	۹/۸۹	۵٦/٦٦	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱۰۰
	سطح استقلال	٦/۹۳	۱	٦/۹۳	۵۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱۰۰
	روابط اجتماعی	۱۱/٦۸	۱	۱۱/٦۸	۷۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/٦۰	۱۰۰
	محیط	۵/۹۰	۱	۵/۹۰	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱۰۰
	معنویت/ مذهب	۵/۳۰	۱	۵/۳۰	۲۲/٤۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/ ۹۹

عمومی، سلامت جسمانی، بعد روانی، روابط اجتماعی، سطح استقلال، محیط و مذهب/ معنویت) هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری تفاوت معناداری در سطح $p<۰/۰۰۱$ می‌باشد.

بحث

در این تحقیق تأثیر آموزش خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد؛ آموزش خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی در همه حیطه‌ها (کیفیت کلی زندگی، سلامت جسمی، سلامت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، شرایط محیطی، و معنویات) مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات دیگر در این زمینه همسو می‌باشد(۳۸تا۵۵).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که خوش‌بینی، یا داشتن نوعی انتظار کلی مبنی بر این که در آینده، رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بد اتفاق خواهند افتاد (حتی اگر این باور غیر واقعی هم باشد)، می‌تواند بر رفتار افراد و نحوه کنار آمدن آنها با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تأثیر بگذارد(۱۹). زیرا افراد خوش‌بین انتظار دارند که در آینده پیامدهای مثبت برای آنها اتفاق بیفتد و همین اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شود و در نتیجه سازگاری روانشناختی بالایی را در او به وجود می‌آورد(۲۰). چنین افرادی حتی اگر با مشکلات و رخدادهای فشارزای زندگی هم مواجه شوند، از آنجا که نسبت به آینده خوش‌بین هستند، بر این باورند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند و از راهبردهای مثبت کنار آمدن برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده کنند. این مسأله می‌تواند به سلامتی روانی و جسمانی آنها

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

منجر شود(۲۱و۲۲و۴۰و۴۱). علاوه بر این خوش‌بینی و مثبت اندیشی باعث افزایش مقاومت سیستم ایمنی بدن می‌شود و در نتیجه سلامتی بیشتر را به دنبال دارد(۲۳). نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد که نمرات پس‌آزمون در حیطه روانی به طور معناداری افزایش داشته است، که با نتایج دیگر تحقیقات در این زمینه همسو می‌باشد(۳۹و۴۱و۴۶و۴۸و۵۱). این تحقیقات نشان داده‌اند، افرادی که گرایش به تمایلات بدبینانه دارند میزان قابل توجهی از استرس را دارا می‌باشند که نهایتاً منجر به بیماری جسمانی و خستگی هیجانی و ذهنی آنان می‌شود. در پژوهش حاضر تأثیر خوش‌بینی بر روابط اجتماعی نیز با نتایج آن دسته از تحقیقات انجام شده در این رابطه همسو می‌باشد(۲۴و۲۵و۴۱و۴۲). در این تحقیقات به طور کلی نشان داده شده است که خوش‌بینی با فقدان انزوای اجتماعی و روابط دوستی با دوام و ماندگار، رابطه مثبت دارد. علاوه بر این، در روابط صمیمانه میان افراد، خوش‌بینی می‌تواند رضایت‌مندی افراد از این روابط را به طور مثبت پیش بینی کند وبه طورکلی، نتایج این تحقیقات نشان داده است خوش‌بینی با حمایت اجتماعی همبستگی دارد(۲۶و۲۷و۴۲). تأثیر خوش‌بینی بر معنویت در پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات انجام شده در این رابطه همسو است. نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده است که معنویت و مذهب، با عواملی مثل حمایت‌های اجتماعی و خوش‌بینی ارتباط دارد. دینداری باعث امید بیشتر شده و به افراد کمک می‌کند تا با مشکلات و مصائب زندگی بهتر و راحت‌تر روبرو شوند. همچنین انجام فرائض دینی مثل خواندن نماز و دعا و شرکت در امور خیریه باعث رضایت بیشتر از زندگی می‌شود(۵۴و۵۵).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی در مورد کیفیت زندگی و همچنین نظریه‌های مختلف در مورد کیفیت زندگی و ابعاد آن، می‌توان چنین استنباط کرد که تمام حیطه‌های زندگی بر یکدیگر تأثیر دارند. بنابر این حیطه روانی که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است می‌تواند بر ابعاد دیگر و همچنین بر کیفیت کلی زندگی تأثیر داشته باشد. خوش‌بینی که یک ویژگی روانی است، بر نحوه نگرش افراد به هنگام مواجهه با مشکلات و چگونگی انتظار آنها از نتایج رویدادها اشاره دارد. افراد خوش‌بین در مورد حوادثی که در زندگی روزمره برای آنها اتفاق می‌افتد، نظر مثبت و مساعد دارند. در تحقیقاتی که با توجه به این دیدگاه انجام شد، همبستگی مثبت و معناداری بین خوش‌بینی و سلامتی جسمانی و روانی دیده شده است(۴۰و۴۲). افراد خوش‌بین غالباً دارای افکار حمایتی می‌باشند و نسبت به استرس انعطاف‌پذیرترند و تمایل بیشتری به استفاده از اهداف مقابله‌ای را دارند. چا (Cha) به این نتیجه رسید که بین بهزیستی روانی و ساختارهای شخصیتی (مثل عزت نفس، اعتماد به نفس جمعی و خوش‌بینی، در دانشجویان) رابطه مثبتی وجود دارد(۵۲). همچنین در تحقیق دیگری خوش‌بینی ۳۰۰ دانشجو در یک دانشگاه در غرب ایالات متحده بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که خوش‌بینی به طور قابل ملاحظه‌ای با معیارهای انطباق‌پذیری (اجتماعی، تحصیلی، شخصی و هدف‌گرایی) ارتباط دارد(۴۶). سلیگمن (Seligman) خوش‌بینی را به مثابه یک واکنش اکتسابی مورد توجه قرار داده و معتقد است افراد می‌توانند از طریق یادگیری تکنیک‌های رفتاری برای جانشین کردن پاسخ‌های خوش‌بینانه به جای پاسخ‌های بدبینانه، با حوادث استرس‌زا مقابله کنند(۵۳). وی همچنین بر این باور است که خوش‌بینی به عنوان یک سبک تبیینی بر سلامت روانی و جسمانی تأثیر داشته و اکتسابی می‌باشد(۳۵).

محدود بودن جمعیت نمونه به دختران خوابگاهی، در محدوده‌ی سنی خاصی، از محدودیت‌های مطالعه است که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. بنابراین انجام پژوهش‌های بعدی در دیگر گروه‌ها پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، آموزش خوش‌بینی و داشتن یک شیوه تبیینی خوش‌بینانه، بر ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی مؤثر بوده است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از آموزش خوش‌بینی به منظور ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان در دیگر خوابگاه‌ها و دانشگاه‌ها استفاده شود. همچنین مشاوران، روانشناسان و درمانگران می‌توانند به منظور پیشگیری و درمان افسردگی، اضطراب و استرس از آموزش خوش‌بینی در مراکز مشاوره استفاده نمایند.

قدردانی

در این جا لازم است از پروفسور مارتین سلیگمن رئیس مرکز روانشناسی مثبت دانشگاه پنسیلوانیا و رییس اسبق APA، دکتر کارول کافمن رییس بخش مربی‌گری روانشناسی مثبت دانشکده پزشکی دانشگاه‌هاروارد و دکتر طیب رشید از دانشگاه‌های پنسیلوانیا و تورنتو که با تشویق‌ها و حمایت‌های پی در پی و ارسال مطالب جدید، جهت آموزش خوش‌بینی ما را یاری نمودند، قدردانی کنیم.

منابع

1. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ. 1998; 316: 542.
2. Susniene D, Jurkauskas A. The Concept of Quality of Life and Happiness – Correlation and Differences. Ekonomika-Engeineering Economics,Work Humanism. 2009. [Cited 2012 Dec 22]. Available from: http://www.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/inzeko/63/1392-2758-2009-3-63-58.pdf
3. Carpio C, Pacheco V, Flores C, Canales C. Calidad de Vida: un analisis de su dimension psicologica. Revista Sonorense de psicologia. 2000; 14(1): 3-15.
4. Novoa Gomez MM, Vargas Gutiérrez RM, Obispo Castellanos SA, Vergara MP, Rivera Pradilla YK. Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. TERAPIA PSICOLÓGICA. 2010; 28(1): 69-84.
5. Donald A. What is quality of life? Clinical lecture in epidemiology, University College London. 2001; 1(9): 1-6.
6. Fagerlind H, Ring L, Brülde B, Feltelius N, Lindblad AK. Patients' understanding of the concepts of health and quality of life. Patient Education and conseling. 2010; 78(1): 104-110.
7. Kennedya JF. Macro & Micro aspects of standards of living and quality of life in a small transition economy: The case of Croatia. University of Zagreb. 2010. [Cited 2012 Dec 22]. Available from: http://web.efzg.hr/RePEc/pdf/Clanak%2010-02.pdf
8. Kurth BM, Ellert U. The SF-36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of the German health interview and examination survey. Soz Praventivmed. 2002; 47(4): 266-77.
9. Monjamed Z, Razavian F. [Barrasye tasire alaem va neshanehaye bimari bar keifiate zendegye mobtalayan be Arthritis Rheumatoid morajeae konande be bimarestanhaye daneshgahe oloom pezeshkye Tehran dar sale 1384]. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2007; 1(1): 27-35. [Persian]
10. Pilcher JJ. Affective and daily events predictors of life satisfaction in college students. Social Indicators Research. 1998; 43(3): 291-306.
11. Tamadoni M, Bahmani B. [A study of quality of life of Iranian people who have 15 to 29 years old in year 1383]. [Cited 2012 Dec 22]. Available from: http://www.irpds.com/FileEssay/omomi-1386-12-6-dgh(32).pdf [Persian]
12. Kaviani H, Hatami N, Shafiabadi A. [Asare shenakht darmanye mobtani bar zehn agahi bar keifiate zendegye afrade afsorde (gheire balini)]. Advances in Cognitive Science. 2008; 10(4): 39-48. [Persian]
13. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. Annu Rev Clin Psychol. 2007; 3: 377-401.
14. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychotherapy and Psychosomatics. 1996; 65(1): 14-23.
15. Taylor SE, Learner JS, Sherman DK, Sage RM, McDowell NK. Are self-enhancing cognitions associated

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

with healthy or unhealthy biological profiles? Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 85(4): 605-15.
16. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An introduction. American Psychologists. 2000; 55(1): 5-14.
17. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist. 2005; 60(5): 410-21.
18. Michael R, Hagerty RA, Cummins AL, Ferriss KL, Alex C, Michalos M, et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research, Social Indicators Research. 2001; 55(1): 1-96.
19. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Grenuenewald TL. Psychological resources positive illusions health. American Psychologist. 2000; 55(1): 99-109.
20. Carver CS, Reynolds SL, Scheier MF. The possible selves of Optimist and pessimist. Journal of research in personality. 1994; 28(2): 133-41.
21. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 56(2): 267-83.
22. Yousefi F. [Olgooye ellye hooshe atefi, roshde shenakhti, tanzime shenakhtye avatef va salamate omoomi]. [dissertation]. Shiraz: Shiraz University; 2003. [Persian]
23. Ciarrochi JV, Chan AYC, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct, Personality and Individual Differences. 2000; 28(3): 539-61.
24. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychol. 1985; 4(3): 219-47.
25. Geers AL, Reilley SP, Dember WN. Optimism, pessimism, and friendship. Current Psychology. 1998; 17(1): 3-19.
26. Helgeson VS. The effects of self beliefs and relationship beliefs on adjustment to relationship stressor. Personal Relationship. 1994; 1(3): 241-58.
27. Murray SL, Holmes JG. A Leap of Faith? Positive Illusions in Romantic Relationships. Personality and social psychology Bulletin. 1997; 23(6): 586-604.
28. Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment across cultures. International Journal of Mental Health. 1994; 23(2): 5-27.
29. Spilker B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1995.
30. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998; 46(12): 1569-85.
31. Masthoff ED, Trompenaars FJ, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. Validation of the WHO Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100) in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Eur Psychiatry. 2005; 20(7): 465-73.
32. Orsel S, Akdemir A, Dag I. The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. Compr Psychiatry. 2004; 45(1): 57-61.
33. Gholamalian F. [Barrasye tasire zojdarmanye raftari-ertebati Bernstein bar keifiate zendegye zojeine javane shahre Esfahan]. [dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 2007. [Persian]
34. Yousefy AR, Ghasemi GhR, Sarafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. Community Ment Health J. 2009. [Cited 2012 Dec 22]. Available from: http://merc.mui.ac.ir/images/stories/who-1.pdf
35. Seligman MEP. Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life. New York: Free Press; 1998.
36. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive Psychotherapy. American Psychologist. 2006. [Cited 2012 Dec 22]. Available from: http://www.ppc.sas.upenn.edu/positivepsychotherapyarticle.pdf
37. Stober DR, Grant AM. Evidence Based Coaching Handbook: Putting Best Practices to Work for Your Clients. First edition. New York: Wiley; 2006.
38. Yousefi F, Safari H. [Barrasye rabeteye hooshe atefi ba keifiate zendegi va abade an]. Journal of Psychological Studies. 2009; 5(4): 107-28. [Persian]
39. Aspinwall LG, Taylor SE. Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

individual differences and coping on college adjustment and performance. Journal of Personality and Social Psychology. 1992; 63(6): 989-1003.
40. Scheier MF, Carver CS. Effect of optimism on psychological and physical well-being. Cognitive Therapy and Research. 1992; 16(2): 201-28.
41. Sumi K, Horie K, Hayakawa S. Optimism, Type A behavior, and psychological well-being in Japanese women. Psychol Rep. 1997; 80(1): 43-8.
42. Sumi K. Optimism, social support, stress, and physical and psychological well-being in Japanese women. Psychol Rep. 1997; 81(1): 299-306.
43. Fournier M, de Ridder D, Bensing J. Optimism and adaptation to multiple sclerosis: what does optimism mean? J Behav Med. 1999; 22(4): 303-26.
44. Peterson C. The future of optimism. American Psychological Association. 2000; 55(1): 44-55.
45. Yali AM, Lobel M. Stress-Resistance Resources and Coping in Pregnancy. Anxiety, Stress and Coping. 2002; 15(3): 289-309.
46. Montgomery RL, Haemmerlie FM, Ray DM. Psychological correlates of optimism in college students. Psychol Rep. 2003; 92(2): 545-7.
47. Nes LS, Segerstrom SC. Dispositional Optimism and coping: A meta-analitic review. Personality and Social Psychology. 2006; 10(3): 235-51.
48. Hirsch JK, Conner KR, Duberstein PR. Optimism and suicide ideation among young adult college students. Arch Suicide Res. 2007; 11(2): 177-85.
49. Moyer CA, Ekpo G, Calhoun CL, Greene J, Naik S, Sippola E, et al. Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV Screening among pregnant women in Ghana. Women's Health Issues. 2008; 18(4): 301-9.
50. Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M. A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes. Scand J Psychol. 2010; 51(3): 246-52.
51. Cheuk Yan Sing, Wong WS. The effect of optimism on depression: The mediating and moderating role of insomnia. J Health Psychol. 2011; 16(8): 1251-8.
52. Cha KH. Subjective well-being among college students. Social Indicators Research. 2003; 62(1-3): 455-77.
53. Seligman MEP. Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. First edition. New York: Free Press; 2002.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]

The Effect of Optimism Training on Quality of Life among Dormitory Female Students at Isfahan Medical University

Fataneh Alibake[1], Sayed Ahmad Ahmadi[2],Kiumars Farahbakhsh[3], Ahmad Abedi[4], Morteza Alibake[5]

Abstract

Introduction: *Quality of life is a significant issue among dormitory students which is frequently related to decline in educational performance and severe psychological and physical problems. This study aimed to investigate the effect of optimism training on quality of life among dormitory female students at Isfahan Medical University.*

Methods: *This was a quasi/experimental study with pre-test, post-test and follow-up. The instrument used was WHOQOL-100 questionnaire. Among the students who completed the questionnaire in the pretest phase, 60 students who got the lowest scores, were selected randomly and then assigned into two experimental (30 students) and control (30 students) groups. The data were analyzed using descriptive statistics and Multivariate Covariance Analysis of Variance*

Results: *The means of the general quality of life were 1.94±0.47 and 2.04±0.50 (out of 4) in experimental and control groups respectively. Whereas the means of the general quality of life in experimental group were 2.98±0.31 and 2.92±0.34 in post-test and follow-up respectively, which had increased compared to those of control group. So, the experimental group means were significantly higher ($p<0.001$, $F=14.79$) than those of the control group Means*

Conclusion: *The results of the study showed that optimism training could increase the quality of life and all its dimensions among dormitory female students. It is recommended to run similar training programs for other dormitory residents.*

Keywords: Female Isfahan Medical students, Optimism, Quality of life

Addresses:
[1] (✉)Master degree Student of Counseling, Department of Humanities and Social Science, Islamic Azad University-Science & Research Branch, Tehran, Iran.E-mail:falibake@yahoo.com
[2]Professor, Counseling Department, School of Educational Science and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: drahmady@yahoo.com
[3]Assistant Professor, Counseling Department, School of Educational Science and Psychology, Allameh tabtabai University, Tehran, Iran.E-mail:Kiiumars@Yahoo.com
[4]Assistant Professor, Educational Science Department, School of Educational Science and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir
[5]PhD student in psychology, Counseling Center of Medical University of Isfahan, Medical University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: malibake@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-21]