

Investigation of the Effect of Islamic-Iranian Contentment Protocol on Subjective Well-being and Physical Health

Abdolvahid Davoodi¹, Mohammad Ali Sepahvandi^{2*}, Fazloallah Mirderikvand²

- 1- Ph.D. Candidate in Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Lorestan, Iran

***Corresponding Author:**

Mohammad Ali Sepahvandi
Department of Psychology,
Faculty of Literature and
Human Sciences, Lorestan
University, Lorestan, Iran

Email:

v1364174@gmail.com

Received: 25 May 2019

Revised: 01 Dec 2019

Accepted: 07 Jan 2020

Abstract

Background and Purpose: Contentment is one of the moral virtues that has been considered in Islamic and Iranian sources; however, this virtue has been faded drastically these days. According to the literature, mental well-being and physical health are expected to have effects on contentment. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of an increase in contentment based on Iranian-Islamic sources on mental well-being and physical health.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted with three groups using a pre-test, post-test, and follow-up. In total, 36 individuals were purposefully selected from seminary students in Qom and undergraduate students at Mazandaran University, Iran, and randomly divided into two experimental and one control groups. The two experimental groups received the protocol of an increase in the contentment using Iranian-Islamic content. All participants completed the Mental Well-Being Questionnaire (Mental Happiness Scale and Life Satisfaction Scale) and the Physical Health Sub-Scale of the World Health Organization Quality of Life-BREF Questionnaire in three stages.

Results: Results of analysis of variance with repeated measures showed an improvement in the mental well-being of both groups of students after intervention and follow-up, compared to the control group. However, unlike the seminary student group, the implementation of the contentment protocol did not increase the physical health of the university student group, compared to the control group.

Conclusion: The findings of this study showed that an improvement in positive human virtues, such as contentment and education of these virtues, could have a positive effect on the components of mental health, including mental well-being and physical health.

Keywords: Contentment, Mental well-being, Physical health

► **Citation:** Davoodi A, Sepahvandi MA, Mirderikvand F. Investigation of the Effect of Islamic-Iranian Contentment Protocol on Subjective Well-being and Physical Health. Religion and Health, Spring & Summer 2020; 8(1): 39-48 (Persian).

بررسی تأثیر پروتکل اسلامی-ایرانی قناعت بر بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی

عبدالوحید داودی^۱، محمدعلی سپهوندی^{۲*}، فضل‌الله میردریکوند^۲

چکیده

سابقه و هدف: قناعت از فضیلت‌های اخلاقی محسوب می‌شود که در منابع اسلامی و ایرانی همواره مورد توجه بوده است، ولی امروزه به شدت کم‌رنگ شده است. بر اساس ادبیات تحقیق انتظار می‌رود بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی از تأثیرات مهم قناعت باشند. بر این اساس، پژوهش حاضر قصد دارد تأثیر پروتکل افزایش قناعت را بر اساس منابع اسلامی-ایرانی، بر بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی بررسی کند.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر پژوهشی شبه‌آزمایشی سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. بدین منظور ۳۶ نفر از جامعه آماری طلاب مقدمات حوزه علمیه قم و دانشجویان کارشناسی دانشگاه مازندران به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی و به تعداد مساوی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. برای دو گروه آزمایش پروتکل افزایش قناعت با محتوای اسلامی-ایرانی اجرا شد. تمام شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی (مقیاس شادکامی ذهنی و رضایت از زندگی) و زیرمقیاس سلامت جسمانی پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-BREF) را در سه مرحله تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اجرای پروتکل قناعت در هر دو گروه طلاب و دانشجویان پس از مداخله و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش بهزیستی ذهنی شد، ولی اجرای پروتکل قناعت در دانشجویان برخلاف طلاب باعث افزایش سلامت جسمانی در مقایسه با گروه کنترل نشد.

استنتاج: یافته‌های این پژوهش نشان داد تکیه بر بهبود فضائل مثبت انسانی همانند قناعت و آموزش این فضائل می‌تواند بر مؤلفه‌های سلامت روانی از جمله بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی تأثیر مثبت داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی ذهنی، سلامت جسمانی، قناعت

۱- دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

* مؤلف مسئول:

محمدعلی سپهوندی
گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

Email:
v1364174@gmail.com

دریافت: ۰۴ خرداد ۱۳۹۷
اصلاحات: ۱۰ آذر ۱۳۹۸
پذیرش: ۱۷ دی ۱۳۹۸

◀ **استناد:** داودی، عبدالوحید؛ سپهوندی، محمدعلی؛ میردریکوند، فضل‌الله. بررسی تأثیر پروتکل اسلامی-ایرانی قناعت بر بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۹؛ ۱(۸): ۴۸-۳۹ (فارسی).

مقدمه

خداوند به انسان می‌داند و همواره انسان‌ها را به حفظ سلامتی فراخوانده‌اند تا با بهتریستن در مسیر رشد قرار بگیرند. سلامت دو بُعد جسمانی و روانی دارد. سلامت جسمانی به معنای توان بهره‌برداری از بهداشت خوب، سلامت بدنی و تغذیه مناسب است (۱۵). نداشتن سلامت جسمانی صرفاً محصول اختلالات فیزیولوژیک نیست و انواع مشکلات اجتماعی، ناامنی اقتصادی (۱۶) و بعضی صفات اخلاقی همانند حرص در ایجاد آن نقش دارند که با مفهوم قناعت در تضاد است (۱۷).

در دنیای امروز مصرف فقط موضوع اقتصادی صرف نیست، بلکه نمادی از فرهنگ و سبک زندگی افراد است. در همین راستا، یکی از مشکلات اصلی سبک زندگی فعلی جامعه ایران، کم‌رنگ‌شدن روحیه قناعت و رعایت‌نکردن مدل مصرف صحیح است (۱۸). جهت‌گیری امروزه روان‌شناسی به سمت افزایش بهزیستی ذهنی و پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی-جسمانی است. بر اساس ادبیات پژوهش، قناعت بر بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی تأثیر دارد. با تهیه پروتکل افزایش قناعت بر اساس منابع اسلامی-ایرانی و بررسی اثر آن بر بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی، می‌توان از این پروتکل آموزشی برای ارتقای سبک زندگی اسلامی-ایرانی، افزایش بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی در برنامه‌ریزی‌های خرد و کلان اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی سود برد. در همین راستا، این پژوهش به دنبال اجرای بسته آموزشی قناعت و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ ماهیت، با توجه به انتخاب هدفمند، از نوع شبه‌آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر سه مرحله‌ای، سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، متشکل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش متشکل از طلاب مقطع مقدمات حوزه علمیه قم و دانشجویان مقطع کارشناسی

قناعت از ویژگی‌هایی است که در فرهنگ اسلامی-ایرانی یک فضیلت اخلاقی به حساب می‌آید و از مؤلفه‌های مهم سبک زندگی اسلامی-ایرانی است (۱). منابع دینی از جمله نهج‌البلاغه، به قناعت بسیار اهمیت داده‌اند. پرداختن به این فضیلت اخلاقی همواره موردتوجه بزرگان فرهنگ و ادبیات ایران نیز بوده است (۲). هرچند قناعت با مفهوم عمیقی که در منابع اسلامی-ایرانی آمده موردتوجه پژوهشگران و روان‌شناسان نبوده، در روان‌شناسی مثبت ذیل موضوعات مختلف به آن پرداخته شده است (۳). در منابع اسلامی و ایرانی برای قناعت، آثار روان‌شناختی فراوانی مانند عزت‌نفس، آرامش روان، احساس رضایت، غنای نفس و آزادگی بیان شده است (۴). دیگر تأثیرات مهم قناعت در منابع اسلامی و ایرانی تأثیرگذاری قناعت بر افزایش بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی است (۵، ۶). تأثیر قناعت بر بهزیستی تا جایی است که امیرالمؤمنان، علی علیه‌السلام، قناعت را ریشه بهزیستی و رضایت از زندگی می‌داند (۷).

بهزیستی ذهنی، مفهومی است که مردم عادی آن را شادکامی (۸) می‌نامند، ولی از منظر روان‌شناسی، بهزیستی ذهنی، ارزیابی عاطفی و شناختی افراد از زندگی است. این ارزیابی درونی، فردی و ذهنی است و شامل تجربه هیجان‌های مطلوب، نبود هیجان‌های ناخوشایند و رضایت از زندگی می‌شود (۹). بهزیستی ذهنی با دامنه گسترده‌ای از متغیرها رابطه مثبت معناداری دارد؛ متغیرهایی مانند سلامت روانی و جسمانی (۱۰)، رضایت زندگی (۱۱)، افزایش هیجانات مثبت (۱۲)، نگرش به دین، فعالیت‌های دینی، باورهای دینی، جهت‌گیری دینی، معنویت و رسش معنوی (۱۲). بهزیستی ذهنی با متغیرهایی همانند روان‌رنجورخویی (۱۳) رابطه منفی دارد. توجه به پیامدها و پیشایندهای بهزیستی ذهنی یکی از موارد مهم در نظر پژوهشگران است، ولی تاکنون کوشش‌های اندکی برای تهیه پروتکل افزایش بهزیستی ذهنی انجام شده است (۱۴).

ادیان الهی و فرهنگ اسلامی-ایرانی، سلامت را لطف

مقیاس در ایران اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۰).

مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction With Life Scale)

مقیاس رضایت از زندگی در سال ۱۹۸۵ برای سنجش بُعد شناختی بهزیستی ذهنی ساخته شد و از پرکاربردترین ابزارها در زمینه رضایت از زندگی است (۲۱). این مقیاس پنج ماده دارد، تک عاملی است و هر ماده هفت گزینه دارد. پاسخ‌دهنده رضایتمندی خود را از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نشان می‌دهد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی با فاصله دو ماهه ۰/۸۲ به دست آمد. نسخه فارسی این مقیاس اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ اعتبار درونی ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمده است (۲۲).

مقیاس سنجش سلامت

برای سنجش سلامت جسمانی از زیرمقیاس شرایط جسمی فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی استفاده شد که در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است (۲۳). این ابزار به صورت هم‌زمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و به زبان‌های مختلف ترجمه شده و مفهوم سؤالات در فرهنگ‌های مختلف یکسان است. زیرمقیاس سلامت جسمانی ۷ سؤال دارد. در این پرسش‌نامه امکان استفاده مجزا از هر کدام از زیرمقیاس‌ها وجود داشت. این زیرمقیاس در ایران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و پایایی ۰/۷۷ اعتباریابی شده است (۲۴).

با جست‌وجو در پایگاه‌های علمی مختلف همانند پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)، تنها یک پروتکل آموزش روان‌شناختی برای افزایش فضیلت قناعت بر اساس منابع اسلامی-ایرانی یافت شد (۲۵). پروتکل ۱۰ جلسه به صورت گروهی و هر جلسه ۵ بخش دارد: مرور تکالیف گذشته، تحلیل نتایج تکالیف، تعیین اهداف جلسه، آموزش روانی و بحث گروهی با موضوع جلسه و

دانشگاه مازندران است. علت انتخاب دو گروه از طلاب و دانشجویان، بررسی توان تأثیرگذاری پروتکل قناعت در افراد با زمینه‌های تحصیلی و فرهنگی متفاوت و مقایسه تأثیر آموزش قناعت در دو گروه است. پس از فراخوان برای شرکت در طرح، ۱۰۰ داوطلب برای شرکت در طرح، حاضر و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۴۸ نفر باقی ماندند. برای هر گروه ۱۶ نفر تعیین و با روش تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. در نهایت به علت بعضی مشکلات همانند تداخل با ساعات کلاس و ایام امتحانات، حجم گروه‌ها به ۱۲ و در مجموع ۳۶ نفر رسید. برای رعایت اصول اخلاقی، ضمن تأکید بر داوطلبانه و محرمانه بودن اطلاعات همه شرکت‌کنندگان، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از اتمام پژوهش برای آن‌ها مداخله افزایش قناعت صورت می‌پذیرد.

برای هر سه گروه مقیاس بهزیستی ذهنی و سلامت جسمانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. سه ماه پس از اجرای پروتکل افزایش قناعت، آزمون پیگیری برگزار شد. برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با بهزیستی ذهنی از دو آزمون مقیاس شادکامی ذهنی (SHS: Subjective Happiness Scale) و مقیاس رضایت از زندگی (SWLS: Satisfaction With Life Scale) استفاده شد که از مناسب‌ترین مقیاس‌ها برای بررسی بهزیستی ذهنی هستند (۲۰). برای سنجش سلامت جسمانی نیز از زیرمقیاس شرایط جسمی فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-BREF) استفاده شد.

مقیاس شادکامی ذهنی (Subjective Happiness Scale)

این مقیاس در سال ۱۹۹۹ تهیه شد (۲۱) i چهار گویه دارد. دو گویه نخست از پاسخ‌دهنده می‌خواهد شادی خود را به صورت مستقل و در مقایسه با دیگران درجه‌بندی کند. دو گویه دیگر افراد شاد و غمگین را توصیف می‌کند. اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۹). نسخه فارسی این

مؤلفه بهزیستی ذهنی مشخص شده است. با توجه به وجود متغیر هم‌پراش پیش‌آزمون و وجود تنها یک متغیر مستقل که اجرای پروتکل آموزشی قناعت است، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. در بررسی همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها مشخص شد که تعامل میان شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش معنادار نیست. برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لون و بررسی پیش‌فرض کرویت، با آزمون آماری ماچلی (Mauchly Sphericity Test) بررسی و تمام پیش‌فرض‌های موردنیاز تأیید شدند.

جدول ۲ نشان می‌دهد تأثیر مداخله بر نمره‌های بهزیستی ذهنی در پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/01$). برای تعیین اختلاف دقیق میان گروه‌های آزمایش، از آزمون تعقیبی حداقل اختلاف معنی‌دار (LSD: Least Significant Difference) استفاده شد.

با توجه به یافته‌های جدول ۳، اجرای پروتکل قناعت

بررسی شیوه‌های اجرای مهارت‌های مورد آموزش. موضوع هر جلسه از یک مؤلفه قناعت گرفته شده است که به ترتیب جلسات شامل شناخت صحیح خدا و انسان، شناخت صحیح دنیا و آخرت، امید و توکل، عزت و کرامت نفس، خردمندی، خودکارآمدی، عفت، رضامندی، هدفمندی در زندگی و صبر است. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند. از آمار توصیفی و استنباطی نیز استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه طلاب به ترتیب ۲۳/۲۵ و ۶/۷۳، دانشجویان ۲۱/۳۳ و ۷/۱۹ و گروه کنترل ۲۳/۷۵ و ۶/۲۱ بود. با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه مشخص شد تفاوت معناداری میان میانگین سن گروه‌ها وجود ندارد.

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی ذهنی سه گروه در سه مرحله اندازه‌گیری

گروه	شاخص	بهزیستی ذهنی	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش ۱	میانگین	۳۷/۱۶	۴۱/۵۰
	انحراف استاندارد	۲/۶۹	۲/۷۷
آزمایش ۲	میانگین	۹۶/۵۰	۴۰/۱۶
	انحراف استاندارد	۲/۷۷	۳/۰۴
کنترل	میانگین	۳۶	۳۵/۵۸
	انحراف استاندارد	۱/۴۱	۰/۷۹

توجه: آزمایش ۱= گروه طلاب؛ آزمایش ۲= گروه دانشجویان

جدول ۲: تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای تأثیرهای آموزش قناعت بر بهزیستی ذهنی در پس‌آزمون با کنترل نمره بهزیستی ذهنی در پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	η^2
هم‌پراش	۱۵۵۴۲۰/۴۵	۱	۱۵۵۴۲۰/۴۵۴	۹۳۱۸/۱۶۸	۰/۰۰۰	۰/۹۹۶
اثر اصلی (آموزش)	۳۲۲/۷۹۶	۲	۱۶۱/۳۹۸	۹/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۳۷۰
خطای باقی‌مانده	۵۵۰/۴۱	۳۳	۱۶/۶۷۹			

جدول ۳: مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی برای بهزیستی ذهنی در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

P	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	گروه‌ها	
			J	I
۰/۳۲	۰/۹۶۲	۰/۹۷۲	۲	۱
۰/۰۰۰	۰/۹۶۲	۴/۰۵	۳	۱
۰/۰۳	۰/۹۶۲	۳/۰۸	۳	۲

گروه ۱: طلاب، گروه ۲: دانشجویان، گروه ۳: کنترل.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت جسمانی سه گروه در سه مرحله اندازه‌گیری

گروه	شاخص	سلامت جسمانی	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
طلاب	میانگین	۱۶/۲۲	۳۳/۲۴
	انحراف استاندارد	۲۰/۲	۲/۱۰
دانشجویان	میانگین	۲۱/۹۱	۲۳/۴۱
	انحراف استاندارد	۱/۵۰	۱/۹۷
کنترل	میانگین	۲۱/۳۳	۲۱/۱۶
	انحراف استاندارد	۱/۰۷	۱/۱۹

جدول ۵: تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای تأثیرهای آموزش قناعت بر سلامت جسمانی در پس‌آزمون با کنترل نمره سلامت جسمانی در پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	نسبت F	P	η^2
هم‌پراش	۵۴۱۲۶/۳۳	۱	۵۴۱۳۶/۳۳	۶۷۱۳/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
اثر اصلی (آموزش)	۱۱۳/۵۵۶	۲	۵۶/۷۷۸	۷/۰۴	۰/۰۰۳	۰/۲۹۹
خطای باقی‌مانده	۲۶۶/۱۱	۳۳	۸/۰۶			

جدول ۶: مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی برای سلامت جسمانی در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

P	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	گروه‌ها	
			J	I
۰/۲۸۸	۰/۶۶۹۳	۰/۷۲۲	۲	۱
۰/۰۰۱	۰/۶۶۹۳	۲/۴۴	۳	۱
۰/۱۵	۰/۶۶۹۳	۱/۷۲	۳	۲

گروه ۱: طلاب، گروه ۲: دانشجویان، گروه ۳: کنترل.

پس‌آزمون شد ($P < 0/01$). در گروه دانشجویان با اینکه اجرای پروتکل قناعت باعث افزایش سلامت جسمانی، ولی نتایج تفاوت معناداری در مقایسه با گروه کنترل نشان نمی‌دهد ($P < 0/05$).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد اجرای پروتکل قناعت اسلامی-ایرانی در هر دو گروه آزمایشی طلاب و دانشجویان بر بهزیستی ذهنی تأثیر داشته است و در مقایسه با گروه کنترل که هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند، این تأثیرگذاری معنادار بوده است. این پروتکل به‌منظور ایجاد قناعت بر اساس منابع اسلامی-ایرانی به مؤلفه‌هایی توجه کرده است که در پژوهش‌های مختلف موجب تقویت بهزیستی ذهنی شده‌اند. مؤلفه شناخت صحیح نسبت به خدا، انسان، دنیا و توجه به معنویت که در جلسه دوم پروتکل قناعت به آن پرداخته می‌شود، همسو با پژوهش آقابابایی، فراهانی و فاضلی (۲۶) با

در هر دو گروه آزمایشی طلاب و دانشجویان باعث افزایش بهزیستی ذهنی شد. این افزایش در مقایسه با گروه کنترل در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود ($P < 0/05$). نتایج حاکی از نبود تفاوت معنادار در مقایسه دو گروه طلاب و دانشجویان با یکدیگر است ($P < 0/05$).

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در مؤلفه سلامت جسمانی مشخص شده است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد و همانند تحلیل آماری بهزیستی ذهنی، تمام پیش‌فرض‌های موردنیاز بررسی و تأیید شدند.

جدول ۵ نشان می‌دهد تأثیر مداخله بر نمره‌های سلامت جسمانی در پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/01$). برای تعیین اختلاف دقیق میان گروه‌های آزمایش از آزمون تعقیبی حداقل اختلاف معنی‌دار استفاده شد.

با توجه به یافته‌های جدول ۶، پروتکل قناعت در گروه آزمایشی طلاب در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش سلامت جسمانی در فاصله پیش‌آزمون و

موجب پذیرش آسان تر می شود و مقاومت نسبت به تغییر را از بین می برد (۳۵). از این رو ابعاد مختلف دین و فرهنگ با توجه به مؤلفه های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی گرایانه می تواند نقش عمده ای در بهزیستی ذهنی افراد ایفا کند.

یافته های این پژوهش نشان داد اجرای پروتکل قناعت اسلامی-ایرانی بر سلامت جسمانی در هر دو گروه آزمایشی طلاب و دانشجویان تأثیرگذار بوده، ولی تأثیر پروتکل قناعت بر سلامت جسمانی دانشجویان در مقایسه با گروه کنترل معنادار نبوده است. طبق جست و جو در منابع و پایگاه های اطلاعاتی تاکنون تأثیر قناعت بر سلامت جسمانی بررسی نشده است، اما تأثیر پروتکل قناعت بر بهبود سلامت جسمانی با بعضی پژوهش ها (۳۶) همسو بوده و نشان داده است توجه به امور معنوی و فضایل اخلاقی بر سلامت جسمانی تأثیرگذار است.

در تحلیل تأثیر قناعت بر سلامت جسمانی می توان به چند دلیل احتمالی اشاره کرد؛ فضیلت قناعت با تقویت امید و توکل موجب افزایش آرامش روان می شود. کاهش فشار روانی در بعد اقتصادی موجب افزایش سلامت جسمانی می شود. این تحلیل با پژوهش بنایی و عسگری همسو است (۳۷). هر چند موقعیت اقتصادی بر سلامت جسمانی مؤثر است، باور و اعتقاد اقتصادی فرد تعیین کننده تر از موقعیت اقتصادی است. بر اساس این تحلیل، پروتکل قناعت با تنظیم باور اقتصادی صحیح در افراد بر سلامت جسمانی تأثیرگذار است.

یکی از متغیرهای مؤثر بر وضعیت سلامت جسمانی، خودکارآمدی است که موضوع جلسه هفتم پروتکل قناعت اسلامی-ایرانی بود. افزایش خودکارآمدی با سلامت جسمانی ارتباط دارد (۳۸). یکی از منابع سلامت جسمانی، ارتباطات اجتماعی رضایت بخش و دریافت حمایت اجتماعی (۳۹) است. از آنجاکه پروتکل قناعت به صورت گروهی اجرا شد، ممکن است شرکت در آموزش گروهی، برقراری ارتباط اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی موجب بالارفتن سلامت جسمانی شده باشد. تأثیرگذاری پروتکل قناعت اسلامی-ایرانی بر سلامت

بهزیستی ذهنی رابطه مثبت معناداری دارد. در پروتکل قناعت اسلامی-ایرانی به معنویت و دین داری توجه شده است و نتایج پژوهش ها نشان می دهد معنویت و دین داری احتمالاً نقش سازنده اما اندکی بر بهزیستی ذهنی دارند (۲۷). بعضی پژوهش ها رابطه منفی میان دین داری و بهزیستی ذهنی را به دست آورده اند (۲۸)، ولی به نظر می رسد این نتایج متناقض، ناشی از شیوه دین داری و جهت گیری مذهبی باشد. این تحلیل همسو با پژوهش آقابابایی و بلاچینو (۲۹) است که بر اساس نتایج آن، بهزیستی ذهنی با دین داری درونی رابطه قوی تری داشت. مؤلفه امید که مبنای جلسه سوم در پروتکل قناعت بود، طبق پژوهش صالحی (۳۰) بر بهزیستی ذهنی تأثیر مثبت دارد. مؤلفه عزت نفس که در جلسه پنجم پروتکل قناعت به آن پرداخته شده است با بهزیستی ذهنی رابطه مثبت دارد (۳۱) و مؤلفه خودکارآمدی که در جلسه هفتم مورد توجه بوده جزء مؤلفه ها برای ایجاد بهزیستی ذهنی است (۳۲). از سویی دیگر، توجه به مرگ و آخرت که در جلسه نهم پروتکل قناعت مبنای جلسه بود، بر طبق پژوهش کوهن و همکاران (۳۳) بر افزایش رضایت از زندگی، بخش شناختی بهزیستی ذهنی مؤثر است؛ بنابراین، با توجه به پژوهش های ذکر شده می توان گفت که پروتکل قناعت از طریق مؤلفه هایی که در ایجاد قناعت نقش دارند، باعث تقویت بهزیستی ذهنی می شود. بررسی میزان تأثیرگذاری هر کدام از مؤلفه های موجود در پروتکل قناعت بر بهزیستی ذهنی احتیاج به پژوهش های طولی دیگر دارد. افرادی که به جای قناعت، حرص دارند، بیشتر بر رویدادهای منفی زندگی تأکید می کنند و در نتیجه احساس شادکامی و سلامت روانی کمتری دارند (۳۴) و طبیعتاً بهزیستی ذهنی کمتری نیز وجود خواهد داشت.

از آنجاکه پروتکل قناعت با رویکرد دینی تهیه شده، نبود تفاوت معنادار بین دو گروه طلاب و دانشجویان در افزایش بهزیستی ذهنی نشان دهنده این مطلب است که دین، فرهنگ و ریشه های عمیق آن در رفتار افراد جامعه بدون توجه به نوع تحصیلات و زمینه فرهنگی متفاوت،

جسم انسان ایجاد کرد. به علت اهمیت قناعت در سبک زندگی اسلامی-ایرانی و آثار آن در بهزیستی و سلامت جسمانی باید برنامه‌های آموزشی مرتبط با این فضیلت به صورت گسترده در سطح جامعه مورد توجه قرار بگیرد.

پیشنهادهات

این پژوهش روی گروهی از طلاب و دانشجویان انجام شد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود در گروه‌های دیگری غیر از طلاب و دانشجویان نیز پروتکل قناعت اجرا شود.

حمایت مالی

پژوهش حاضر حامی مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع

در این پژوهش تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه عزیزانی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند تشکر و تقدیر می‌شود.

References

- Amraee A, Alikhani GH, Nademi Y. An approach in clarification of contentment and its role in Eghtesad-e-Moghavemati from the point of view of the Holy Quran and traditions. *Journal of Eghtesad-E Moghavemati*. 2016; 4:60-84 (Persian).
- Ebrahimi E, Torabi Z. A comparative study of the culture of contentment in the Holy Qur'an and in Saadi's Bustan and Gulistan. *Journal of Literary Quranic Researches*. 2015; 3(3):23-47 (Persian).
- Haratiyan AA, Agah Haris M, Mohammadi Z, Sadat F, Shamsi N. Constructing and exploring the reliability of the islamic type of craving-contentment measure. *Psychology and Religion*. 2013; 7(4):5-22 (Persian).
- Davoodi A. Developing a model of contentment and diligence and study efficacy of this model on subjective well-being. [PhD Thesis]. Lorestan, Iran: Lorestan University; 2019. P. 206 (Persian).
- Majlesi MB. *Bihar al-Anwar*. 2nd ed. Beirut: Dar Ihya' al-Turath; 1982. P. 74-122.
- Davoodi A. Developing a model of contentment and diligence and study efficacy of this model on subjective well-being. [PhD Thesis]. Lorestan, Iran: Lorestan University; 2019. P. 245 (Persian).
- Leithy Waseti A. *Oyun al-Ahkam va al-Mawa'z*. 1st ed. Qom: Dar al-Hadith; 1997.

- P. 113.
8. Diener E. Assessing subjective well-being: progress and opportunities. In: Diener E, editor. *Assessing well-being*. Dordrecht: Springer; 2009. P. 25-65.
 9. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. P. 63-73.
 10. Myers DG. *Happiness*, excerpted from psychology. 11th ed. New York, USA: Worth Publishers; 2000.
 11. Aqa Babaii N, Farahani H, Fazili A. Spiritual intelligence and subjective well-being. *Ravanshenasi Va Din*. 2011; 4(3):83-96 (Persian).
 12. Argyle M. *The psychology of happiness*. 2nd ed. London: Routledge; 2001. P. 76.
 13. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. P. 63-73.
 14. Omydnya S, Khrazyha S, Afsary M, Vares Vezirian M, Jafary F, Arshady M, et al. Health public education in Medical Sciences and Health Services of Kordestan. Vice Chancellor for Health Affairs Department of prevention and struggle with diseases; 2010. (Persian).
 15. Pormajed M, Sabagh S, Elmi M. Examination of the relationship between religiosity and health (physical, mental, social and spiritual) through moderating variables of social support and self-esteem (among the Islamic Azad university of Tabriz students). *Journal of Sociology Studies*. 2012; 4(13):7-18 (Persian).
 16. Davoodi A. Proverb semiotics, greed and envy in Islamic resources with positive psychology. [Master Thesis]. Tehran: Alame Tabatabaei University; 2012. P. 95 (Persian).
 17. Shamkhani A, Bigdilo A, Darvish A. The religious lifestyle (a case study: analysis of extravagance factors and consumptions). *Journal of Seraj Mounir*. 2015; 6(19):49-77 (Persian).
 18. Kashdan TB. The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(5):1225-32.
 19. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*. 1999; 46(2):137-55.
 20. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*. 1999; 46(2):137-55.
 21. Bayani AA, Koocheky AM, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007; 3(11):259-60 (Persian).
 22. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. Geneva: World Health Organization; 1996.
 23. Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-12 (Persian).
 24. Davoodi A. Developing a model of contentment and diligence and study efficacy of this model on subjective well-being. [PhD Thesis]. Lorestan, Iran: Lorestan University; 2019. P. 206 (Persian).
 25. Aghababai N, Farahani H, Rahiminejad A, Fazeli Mehrabadi A. Spirituality and subjective well-being in university students and clergies. *Psychoscience*. 2009; 8(31):30-41 (Persian).
 26. Aghababaei N, Blachnio A. The relations among the HEXACO model of personality, religiosity, and subjective well-being in Iranian and Polish college students. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2014; 9(1):17-28 (Persian).
 27. Brown PH, Tierney B. Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*. 2009; 38(2):310-9.
 28. Aghababaei N, Blachnio A. The relations among the HEXACO model of personality, religiosity, and subjective well-being in Iranian and Polish college students. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2014; 9(1):17-28 (Persian).
 29. Salehi M, Janbozorgi M, Rasul zadeh K. The effectiveness of Islamic hope therapy on the subjective well-being of the people with multiple sclerosis compared with snyder hope therapy. *Ravanshenasi Va Din*. 2016; 3(9):29-50 (Persian).
 30. Ghasemi NA, Kajbaf MB, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 3(2):23-34 (Persian).
 31. Shabani S, Delavare A, Bloki A, Mam Sharifi E. A study of self-efficacy, social support and

- optimism in prediction of mental wellbeing: towards a structural model for students. *Clinical Psychology Studies*. 2012; 2(8):93-117 (Persian).
32. Cohen AB, Pierce Jr JD, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*. 2005; 39(3):307-24.
33. Davoodi A. Proverb semiotics, greed and envy in Islamic resources with positive psychology. [Master Thesis]. Tehran: Alame Tabatabaei University; 2012. P. 95 (Persian).
34. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Research in Medicine*. 2007; 31(4):345-50 (Persian).
35. Siavoshi M, Darrudi M, Novruzieh S, Jamali Nik M, Bordbar R. Effects of prayer on the spiritual health of patients with chronic heart failure. *Journal of Religion and Health*. 2018; 6(1):29-36.
36. Zimmerman B, Kitsantas A. Homework practices and academic achievement: The mediating role of self-efficacy and perceived responsibility beliefs. *Contemporary Educational Psychology*. 2005; 30(4):397-417.
37. Dennis C. Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(3): 321-32.
38. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*. 2004; 59(8):676.
39. Moghanloo M, Aguilar-Vafaie M. Domain and facets of the five factor model of personality correlates of happiness, mental health and physical health. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 15(3):290-9 (Persian).
40. Pormajed M, Sabagh S, Elmi M. Examination of the relationship between religiosity and health (physical, mental, social and spiritual) through moderating variables of social support and self-esteem (among the Islamic Azad university of Tabriz students). *Journal of Sociology Studies*. 2012; 4(13):7-18 (Persian).