

طبق اطلاعات به دست آمده از جدول ۹، نتایج آزمون تحلیل واریانس مرکب نشان داد که اثر اصلی جلسات آزمون معنادار است ($p=0/001$). علاوه بر این، اثر اصلی گروه نیز معنادار است ($p=0/001$).

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس درباره اثر بین گروه‌ها در متغیر صمیمیت جنسی

منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات
اثرات بین گروهی	۶۳۸۴/۵۵	۲	۳۹۲/۷۷	۴۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
اثرات درون گروهی	۲۵۴۲/۳۳	۳۳	۷۷۰/۴۰			
کل	۸۹۲۶/۸۸	۳۵				

شایان ذکر است، بر اساس اطلاعات به دست آمده از جدول ۱۰، بررسی آماره‌های توصیفی مراحل آزمون نشان داد که ۳ گروه در مرحله تمرین پیشرفت داشته‌اند و اثر مداخله تمرینی بر نتایج این مرحله مثبت بوده است ($P \leq 0/001$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تعارضات زناشویی نشان داد که گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشترین کاهش را در جلسات مختلف آزمون‌ها داشته است و به نسبت گروه زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت ($P=1/000$) با اختلاف میانگین $-6/66$ و به نسبت گروه کنترل ($P=1/000$) با اختلاف میانگین $-8/50$ دارای تفاوت و تعارضات زناشویی کمتری است. همان‌طور که از سطح معیار مشخص است، این تفاوت بین گروه‌ها معنادار نیست.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه نتایج صمیمیت جنسی زوجین نشان داد که گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشترین پیشرفت را در جلسات مختلف آزمون‌ها داشته است و به نسبت گروه زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت با اختلاف میانگین $23/19$ دارای تفاوت و امتیاز بیشتری است. اما بر اساس سطح معناداری این تفاوت معنادار نبود ($P=0/18$). در طرف دیگر، گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به نسبت گروه کنترل ($P=0/001$) با اختلاف میانگین $63/79$ دارای تفاوت و امتیاز بیشتری است. در این بین نیز گروه زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت قرار دارد که مقدار اختلاف میانگین آن با گروه کنترل ($P=0/001$) برابر با $39/87$ است.

بحث و نتیجه‌گیری

داده‌های به دست آمده نشان داده است که هر دو نوع مداخله درمانی؛ توانستند روی صمیمیت جنسی زوجین نابارور اثرگذار باشند. در واقع آموزش شفقت، میزان صمیمیت جنسی را در آن‌ها به طرز چشمگیری افزایش می‌دهد، همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معناداری بر روی صمیمیت جنسی زوجین نابارور داشت. هر دو نوع درمان بر روی کاهش تعارضات زناشویی هم اثرگذار بود، اما این اثرگذاری از نظر آماری معنادار نبود. در نتیجه فقط می‌شود به این یافته بسنده کرد که این دو نوع مداخله تنها می‌تواند صمیمیت جنسی را در زوجین نابارور افزایش دهد. انجام این دو نوع مداخله، شفقت بین زوجین را بالا می‌برد و میزان پذیرش و تعهد همسران را نسبت به مسأله ناباروری افزایش می‌دهد، اما تعارضات بین زوجین را، که برمی‌گردد به مسائل ریشه‌ای‌تر، نمی‌تواند حل

کند، چراکه تعارض فرایند ادراک یا احساس هرگونه ناراحتی ناسازگاری درون، یا میان افراد است که منتهی به رفتار پنهان یا آشکار متعارض در دو طرف می‌شود. به نظر می‌رسد، برای حل بهتر مسائل بین زوجین، بتوان از روش‌های درمانی دیگر همچون، درمان شناختی رفتاری سود جست. تعارض، امری اجتناب‌ناپذیر در زندگی فردی و اجتماعی امروز است که به شکل‌های مختلف ظهور می‌کند. تعارض لزوماً امری منفی نیست، بلکه حد متوسطی از آن می‌تواند سبب بالابردن سطح عملکرد فرد شود. اما آنچه در زمینه تعارض اهمیت دارد، نحوه مواجهه و رویارویی با آن است. یافته‌ها حاکی از آن است که شفقت به خود و دیگران، موجب رضایت بیشتر از زندگی زناشویی و به تبع آن افزایش صمیمیت جنسی زوجین می‌شود. اگرچه تاکنون هیچ پژوهشی به صورت مستقیم در رابطه با مقایسه دو روش درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی تعارضات زناشویی و صمیمیت جنسی انجام نشده است، اما پژوهش‌هایی که به صورت مستقل هر کدام از این روش‌های درمانی را بر روی یکی از متغیرهای مدنظر بررسی کرده‌اند، نشان می‌دهند که آموزش شفقت‌درمانی، تأثیر فوق‌العاده‌ای بر روی درمان‌جویان داشته است (نف و گرم، ۲۰۱۳). بنا بر نتایج به‌دست‌آمده، در آموزش شفقت به خود، تمرین ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا مشکلات زندگی‌شان را بدون درگیری با تجربیات و افکار منفی‌اش تحمل کنند. به نظر می‌رسد که میزان ظرفیت ما برای شفقت به خود، به تجربیات کودکی‌مان بستگی داشته باشد. شرمندگی و انتقاد از خود، می‌تواند به بزرگسالی نیز منتقل شوند و به اختلالات روانی همچون، افسردگی، اضطراب تبدیل شوند و موجب تصویر منفی فرد از خودش شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب سازگاری بیشتر فرد با محیط می‌شود و می‌تواند صمیمیت بین همسران را افزایش دهد و این امر نیز اثر غیرمستقیمی بر افزایش صمیمیت جنسی و همچنین کاهش تعارضات زناشویی خواهد داشت. شفقت‌درمانی نیز اثر مستقیم بر صمیمیت جنسی زوجین دارد و خودبه‌خود موجب کاهش تعارضات و مشکلات رابطه زوجین می‌شود.

بنا بر نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، اثر مداخلات زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت، منجر به بهبود صمیمیت زناشویی (جنسی) شده بود. تعامل در جلسات و نوع مداخله بر صمیمیت زناشویی اثرگذار بود. به‌عبارت‌دیگر، زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت که موجب افزایش صمیمیت زناشویی زوجین نابارور شهر کرمانشاه می‌شود. نتیجه به‌دست‌آمده از این پژوهش، با نتیجه پژوهش زنگنه مطلق و همکاران (۱۳۹۶) همسو است، که در رابطه با اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسای هیجانی زوجین انجام شده بود، چرا که حاکی از اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نارسای هیجانی و بهبود صمیمیت زوجین شهر اراک است.

همچنین نتیجه این پژوهش با نتیجه پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود مبنی بر اینکه که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییرات معناداری در صمیمیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون ایجاد می‌کند ($P < 0.05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن بود که بین میزان اثربخشی این رویکرد و رویکرد شناختی رفتاری زوج درمانی بر صمیمیت زناشویی تفاوت معنادار وجود ندارد. بر حسب نتایج حاصل از این پژوهش، دو رویکرد زوج درمانی، تغییرات معناداری در صمیمیت زناشویی ایجاد کردند و بین اثربخشی این دو روش درمانی

تفاوت معناداری وجود نداشت. لذا نتیجه این پژوهش، حمایتی تجربی برای هر دو درمان در جهت افزایش صمیمیت زناشویی فراهم می‌کند.

همچنین نتیجه این پژوهش با نتیجه پژوهش احمد زاده و همکاران (۱۳۹۷) همسویی نداشت، و حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان بود.

بررسی آماره‌های توصیفی مراحل آزمون نشان داد که اثر مداخله تمرینی، بر نتایج این مرحله مثبت بوده است. گروه زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت و زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون امتیاز بالاتری را در متغیر صمیمیت زناشویی داشته‌اند.

بین زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (درمان اکت) و زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت در کاهش تعارضات زناشویی زوجین نابارور شهر کرمانشاه تفاوت دیده نمی‌شود؛ چرا که تعارضات زناشویی حاصل یک یا دو عامل مشخص نیست؛ بلکه مجموعه‌ای از عوامل در ایجاد تعارضات زناشویی نقش دارند که شناسایی آن‌ها می‌تواند نقش مؤثری در حل تعارضات و پیشگیری آن‌ها داشته باشد.

گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بالاترین نمره را در متغیر صمیمیت زناشویی، نسبت به گروه‌های دیگر داشته است و بعد از آن گروه زوج‌درمانی مبتنی بر شفقت قرار دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی دارای اثربخشی یکسانی در افزایش صمیمیت جنسی زوجین نابارور هستند. از جمله عوامل مهم در اثرگذاری این دو نوع روش درمانی را، می‌توان آموزش مهارت پذیرش حل مسأله به زوجین نابارور دانست و تعهدی که هر یک از زوجین در برابر تلاش برای حل آن دارند و از طرف دیگر، مهربانی و شفقت ورزیدن هر یک از زوجین نسبت به خود و همسر که خود موجب افزایش صمیمیت بین آن‌ها می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که این دو نوع روش درمان بر کاهش تعارضات زناشویی اثربخشی بالایی ندارد. نتایج به‌دست آمده در هر فرضیه را نمی‌توان حاصل یک مؤلفه خاص دانست، زیرا این امر به دلیل بافت به‌هم‌پیوسته و چند مؤلفه‌ای این برنامه‌های درمانی امکان‌پذیر نیست.

در رابطه با تأثیر روان‌درمانی گروهی که در پژوهش حاضر بررسی شد، محدودیت‌هایی وجود داشت، از جمله این که با توجه به هم زمانی اجرای پژوهش حاضر با شیوع بیماری منحوس کرونا و محدودیت برگزاری جلسات حضوری، با مشکلات بسیاری در انجام طرح پژوهشی روبرو بودیم. تعمیم و استفاده از نتایج این پژوهش متأثر از کم بودن نسیب حجم نمونه، محدود بودن اجرای مداخله به یک بیمارستان دولتی که اغلب مراجعان آن از طبقه اقتصادی - اجتماعی متوسط به پایین جامعه بودند و فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه است. هماهنگی و تنظیم کردن جلسات گروه‌درمانی برای زوجین نابارور با موانع و محدودیت‌های اداری زیادی همراه بود و این امر موجب اتلاف زمان و انرژی زیادی شد. نمونه‌های تحقیق در برگزاری جلسات درمان با تأخیر حاضر می‌شدند و این مسأله اتلاف زمان را به دنبال داشت.

فهرست منابع

- آستین، ل (۱۳۸۷). مقدمات مشاوره، ترجمه امیر علی خطیبی، چاپ اول، تهران: رشد.
- احمدزاده، لعیا، سوداگر، شیدا، بهرامی هیدجی، مریم و گل محمد نژاد، غلامرضا (۱۳۹۸). «مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج درمانی یکپارچه نگر بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان»، فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۱۲(۳): ۴۷-۵۹.
- احمدی، زهرا (۱۳۸۴). «تأثیر زوج درمانی ارتباط شیء (محبوب) کوتاه مدت بر الگوهای ارتباطی زوجین شهرستان خمینی شهر»، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی بطلانی، سعیده، احمدی، سید احمد، بهرامی، فاطمه، شاه سیاه، مرضیه و محبی، سیامک (۱۳۸۹). «تأثیر زوج درمانی مبتنی بر نظریه دلبستگی بر رضایت و صمیمیت جنسی زوجین»، اصول بهداشت روانی، ۱۲(۲): ۴۹۶-۵۰۵.
- پورمحمدی، سمیه و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار، مجله مطالعات روان شناختی، ۱۱(۳): ۱۶۰-۱۴۳.
- جانبازفریدونی، کبری، تبریزی، مصطفی و نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۷). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودنظم‌بخشی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان درمانگاه فرهنگیان شهرستان بابلسر، خانواده‌پژوهی، ۴(۳): ۲۱۳-۲۲۹.
- جولانزاده اسمعیلی، علی اکبر، کریمی، جواد، گودرزی، کوروش و عسگری، محمد (۱۳۹۸). «هم‌سنجی کارایی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی متمرکز بر هیجان برسبک های دلبستگی زوجین سازش نیافته»، مشاوره و روان درمانی خانواده، ۹(۲): ۴۷-۶۴.
- جهاندیده کاظم‌پور، مهرداد (۱۳۸۴). تعارض سازمانی، روزنامه همشهری
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع‌آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌الله و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۹۵). «مقایسه اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۴): ۳۱-۴۰.
- دومینیان، ج (۱۳۷۰). زناشویی درمانی، درس، بلاچ، مقدمه‌ای بر روان درمانی، تهران، رشد.
- رابینز، ا (۱۳۸۵). رفتار سازمانی (رفتار گروهی)، جلد دوم، تهران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی، چاپ بیستم
- راسخی، م، میرزاییان، ب و عابدینی، م (۱۳۹۷). «بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن»، ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین
- سودانی، منصور، نظری‌فر، محسن و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). اثربخشی زوج درمانی رفتاری- ارتباطی بر نشانه‌های تعارضات زناشویی، روان‌شناسی بالینی، ۸(۸): ۱-۸
- شاه‌حسینی تاجیک، سعید، صیادی، معصومه و طاهری، نجمه (۱۳۹۴). «تعهد زناشویی و کیفیت ارتباط در زوجین بارور و نابارور»، افق دانش، ۲۵(۳): ۱۹۷-۱۸۴

- صحراييان، کيميا، جعفر زاده، فاطمه و پورسمر، سيده ليلا (۱۳۹۳). «رابطه ميان حمايت اجتماعي و رضاييت زناشويي در زنان نابارور بر اساس عامل ناباروري»، *مجله پرستاري و مامايي*، ۱۲(۱۲): ۱۱۰۹-۱۱۰۴.
- هريس، ر (۲۰۰۹). *ACT به زبان ساده (القياي مبتني بر پذيرش و تعهد)*، ترجمه انوشه امين زاده، تهران: ارجمند.
- Ahmadi, Z., Ahmadi, S. A., & Fathizadeh, M. (2006). Evaluation of Effectiveness of Brief Object-Relation Couple Therapy on couples' Communication Patterns.
- Ahmadzadeh, L., Vaezi, M., Sodagar, S. and Golmohammad Nazhad, G. R. (2019). The effect of acceptance and commitment therapy adopted for couples compared with integrative couple therapy on marital conflicts of couples with breast cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*, 12(3), 47-59.
- Austin, L. A. (2013). *Counseling Primer*. Taylor & Francis.
- Dominian, J. (2010). *Marital Therapy*, Dares, Blach, Introduction to Psychotherapy, Tehran, Rushd Publications
- Fereydoni, K. J., Tabrizi, M. and Nejad, S. N. (2008). The Impact" Self Regulation Brief Couple Therapy" Increase Couple's Satisfaction in The Clients of Babolsar Farhangian Clinic. *Journal of Family Research*, 4(3), 213-29.
- Halford, W, K., Sanders, M, R., and Behrensce, B, C., (2001), Can sills training prevent relationship education problem, *American, jonson of family psychology*, 15(4), 750-768.
- Harris, R. (2009). *Acceptance and Commitment with Love*, Translation; Friendship Contract, et al.Tehran: Hegmataneh inclusive. (2017)
- Hayes, S, C, Pistorrello, J, and Levin, M, E, (2012), *Acceptance and Commintment Thrapy As a United Model Of Behavior Change*, *The Counseling Psychologist*, 40
- Hayes, S. C. Levin, M, E. Plumb-Vilardaga, J, Villatte, J, L, and Pistorello, J, (2013). Acceptance and Commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy, *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Harris, R. (2009). *ACT in plain language (the alphabet based on acceptance and commitment)*, translated by: Anousheh Aminzadeh, Tehran, Arjamand Publications
- Joulazadeh Esmaeili, A. A., Karimi, J., Goodarzi, K., & Asgari, M. (2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based Couple Therapy and emotionally focused couple therapy on unadjusted couples' attachment styles. *Family Counseling and Psychotherapy*, 9(2), 1-30.
- Jahandide-Kazempour, M. (2005), *Organizational conflict*, Hamshari newspaper
- Khanjani, V. S., Shafiabady, A., Farzad, V., & Fathizadeh, M. (2017). Comparison Between The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on Conflicating Couple's Marital Intimacy in Isfahan.
- Mohammadi, R., Dowran, B., Rabie, M., & Salimi, S. H. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Military Student. *Journal of Police Medicine*, 6(1), 21-30.
- Pourmohamadi, S., & Bagheri, F. (2015). Effectiveness of mindfulness training on automatic cognitive processing. *Journal of psychological Studies*, 11(3), 141-159.
- Rice, J. (2011). *The relationship between hummomor and death anxiety*, Department of psychology, copy right 2011 Missouri Western state university.
- Salayani, F., Asghari Ebrahimabad, M. J., Mashhadi, A. L. I., Attarzadeh Hosseini, S. R., Mashhadinejad, H., Eftekhazadeh, S., & Ahmadzadeh Ghavidel, R. (2015). The Effectiveness of Cognitive Group Therapy on Reducing Anxiety and Aggression of Females With Chronic Pain [Article]. *Journal of Anesthesiology and pain (PERSIAN)*, 5(3), 34-44.
- Shahhossiani Tajik, S., Sayadi, M., & Taheri, N. (2019). Marital Commitment and Relationship Quality in Fertile and Infertile Couples [Article]. *Ofoogh-e-Danesh*, 25(3 #b001138), 184-197.

- Shahhossiani Tajik, S., Sayadi, M., & Taheri, N. (2019). Marital Commitment and Relationship Quality in Fertile Couples and In-fertile. *Horizon Med Sci*, 25(3), 184-97.
- Shahsiah, M. (2010). Effect of attachment-based couple therapy on sexual satisfaction and intimacy. *Journal of fundamentals of mental health*, 12(46), 496-505.
- Sodock, b, j, & sodock,v, a, (2005).comprehensive textbook of psychiatry, philadelphia; Lippincott lippincontt Williams & wilkins
- Soudani, M., Nazari Far, M., & Mehrabi Zadeh Hounarmand, M. (2010). The effectiveness of bornstein behavioral-communication couple therapy on marital conflicts. *Journal of Clinical Psychology*, 2(4), 1-9.
- Sudani, M.; Nazarifar, M. and Mehrabizadeh Artman, M. (2010), *Clinical Psychology*, No. 8 (Scientific-Research/ISI), pp. 1-8
- Robbins, S. P., & Judge, T. (2009). *Organizational behavior*. Pearson South Africa.
- Veshki, S. K., Shafiabady, A., Farzad, V., & Fatehizade, M. (2017). A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy in the couple's conflict in the city of Isfahan. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 9(3).

<https://doi.org/10.30495/hpsbiourna.2022.1956173.1077>

????????

Elham Hsani ¹
Shima Parandin ^{✉ 2}

Submission Date: 0000- 00-00 Acceptance Date: 0000- 00-00

Abstract

Infertility and lack of reproduction of spouses is one of the important reasons for increasing marital conflicts and reducing sexual intimacy between couples. Among the third wave of psychology therapies is acceptance, commitment, and compassion therapy, which helps people deal with the issues in their lives in a proper way. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment based therapy and compassion based treatment on marital conflicts and sexual intimacy of infertile couples in Kermanshah. This research is a quasi-experimental type. The statistical population of the present study includes all infertile couples in Kermanshah who have referred to the infertility treatment clinics of Motazedi Hospital in Kermanshah annually and have shown the available type using pre-test, post-test design with control group and sampling method. It is found that couple therapy based on acceptance and commitment and couple therapy based on compassion at a significant level ($p \leq 0.01$) has been effective in increasing sexual intimacy. Also, at a significant level ($p \leq 0.01$), comparing the difference between the mean effectiveness of commitment therapy based on commitment and acceptance and couple therapy based on compassion, did not show a significant effect on marital conflicts.

Keywords: Compassion Therapy, Commitment and Acceptance Therapy (ACT), Sexual Intimacy, Marital Conflict, Infertility

¹
²



نقش سازه‌های مثبت روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان دانشگاه تبریز

منصور بیرامی^۱ ✉

راضیه پاک^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۹

چکیده

عوامل مختلفی از جمله بهزیستی روان‌شناختی که به عنوان رضایت و ادراک مثبت از زندگی تعریف شده است، بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۸ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۲۸ نفر انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناسی ریف (۱۹۸۰)، امید به زندگی اشنايدر و همکاران (۱۹۹۱)، مقیاس شادکامی آکسفورد (۲۰۰۱) و پرسشنامه ذهن آگاهی بائر و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با کاربرد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که امید به زندگی، ذهن آگاهی و شادکامی به ترتیب قادر به پیش‌بینی تغییرات بهزیستی روان‌شناختی هستند. نتایج حاکی از آن است که عامل‌های رویکرد روان‌شناسی مثبت همراه با ذهن آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی افراد را ارتقاء می‌بخشند.

واژگان کلیدی: امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، ذهن آگاهی، شادکامی.

۱. نویسنده مسئول: استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران Dr.bayrami@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

سلامت روان بر نحوه تفکر، احساس و رفتار در زندگی روزمره و توسعه فردی تأثیر می‌گذارد. همچنین، بر توانایی در مبارزه با استرس، غلبه بر چالش‌ها، ایجاد روابط و غلبه بر مشکلات و شکست‌های زندگی مؤثر است. بنابراین، برخوردار بودن از سلامت روان برای اقشار جامعه حائز اهمیت است، به ویژه برای دانشجویان که به‌عنوان نیروی انسانی متفکر و خلاق هر جامعه از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند و از این جهت تأمین سلامت روان آنان، در راستای یادگیری و افزایش آگاهی علمی، اهمیت زیادی دارد. در ایران شیوع اختلالات روانی در جامعه بالغین ۲۱ درصد و در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال ۱۷/۶ درصد و در گروه محصل و دانشجو ۱۵/۶ درصد گزارش شده است (نامدار ارشنتاب، ابراهیمی، صاحبی حق، ارشادی بستان آباد، ۱۳۹۲). بی‌تردید سلامت روان نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی افراد هر جامعه ایفا می‌کند، هرچند تحت تأثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی قرار می‌گیرد. بنابراین، در راستای مطالعه ارتقاء سلامت روان، بررسی عواملی از جمله بهزیستی روان‌شناختی در کنار سازه‌های مثبت روان‌شناختی اطلاعات مفیدی در اختیار قرار می‌دهد. چرا که، بهزیستی روان‌شناختی^۱، مستقیماً به رشد و ارتقاء ویژگیها و توانمندی‌های مثبت اشاره دارد و ارتباط نزدیک با سلامت روان دارد.

بهزیستی روان‌شناختی ساختار گسترده‌ای را در برمی‌گیرد و از سوی صاحب‌نظران، تعاریف مختلفی در این باب ارائه شده است. با این حال، به اعتقاد ریف^۲ (۱۹۸۹) افرادی زیر چتر بهزیستی روان‌شناختی قرار می‌گیرند که از شش ویژگی اصلی این سازه برخوردار باشند؛ چنین افرادی باید بلوغ لازم را داشته باشند تا با استانداردهای درونی (خودمختاری) هدایت شوند، توانایی اعتماد و محبت به دیگران را داشته باشند (روابط مثبت)، بتوانند عوامل استرس‌زا و فشارهای بیرونی را مدیریت کنند (تسلط بر محیط زیست)، نسبت به خود نگرش مثبت (پذیرش خود)، اهداف و ارزش‌های مهمی داشته باشند (هدف در زندگی)، و چالش‌های جدید در زندگی را به عنوان پیشبرد رشد آن‌ها (رشد شخصی) بپذیرند. در واقع، افرادی عملکرد خوبی دارند که اهداف خود را تعیین، راهکارهایی برای رسیدن به اهداف خود شناسایی و خلق کنند، در نهایت انگیزه لازم برای اجرای راهکارها را در خود ایجاد و حفظ کنند (توف، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد جستجوی چنین راهکارهایی برای زندگی بهتر با امید نایل می‌شود. براساس نتایج مطالعات (ساگنا، کمپ، دی نیتو و چوی، ۲۰۲۰)؛ افراد دارای امید به زندگی پایین، احساس می‌کنند که راهی وجود ندارد، هیچ کاری از آن‌ها ساخته نیست، تمایل به خودکشی دارند و بیشتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. نتایج مطالعات پیشین (آی و همکاران، ۱۳۹۷؛ رحیمی، حاجلو و بشر پور، ۱۳۹۸؛ مری و قدسی، ۲۰۱۸) نیز نشان می‌دهد که امید به زندگی^۳ نقش مهمی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان ایفا می‌کند.

در واقع، امیدواری یک شیوه تفکر شناختی هدف‌گرا است که دو مؤلفه تفکر عامل (باور این که فرد قادر به اجرای مقاصد برای رسیدن به اهداف مورد نظر است) و قدرت راهیابی (باور این که فرد قادر است اهدافی را برای خود ایجاد کند) را در برمی‌گیرد (هالاها، کافمن و پولن، ۲۰۱۸). امید، یعنی موفقیت و آینده بهتر و داشتن

^۱. psychological well-being

^۲. Ryff

^۳. Life Expectancy

دلیلی برای زیستن، هنگامی که امید در دل و ذهن وجود داشته باشد، شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت (کاتو و اشنایدر، ۲۰۰۵). امیدواری می‌تواند باعث تسهیل تغییر شده و سلامت جسمانی و روانی را افزایش دهد و از طرف دیگر، فقدان امید می‌تواند بهداشت روان فرد را تحت تأثیر قرار داده و زمینه‌ساز ابتلا به بیماری‌ها شود (یارچسکی و ماهون، ۲۰۱۶). با داشتن امید به زندگی، فرد به ایجاد ارتباط با دیگران پرداخته و به آینده نگاه مثبت و بهتری دارد و حتی زمانی که فرد در بدترین شرایط است، تمرکز خود را بر روی موارد مثبت، اتصال به دیگران و ادامه تعامل برای زندگی می‌گذارد (هالاها، کافمن و پولن، ۲۰۱۸). به علاوه، افراد امیدوار اغلب شادکامی را در زندگی خود تجربه می‌کنند، شادکامی مؤلفه مهمی در رویکرد روان‌شناسی مثبت محسوب می‌شود.

افراد شادکام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات سوگیری دارند؛ یعنی اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آن‌ها می‌انجامد. بنابراین، شادکامی مفهومی است که چندین جزء دارد. جزء هیجانی که فرد شادکام از نظر خلقی، شاد و خوشحال است. جزء اجتماعی، که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آن‌ها حمایت اجتماعی دریافت کند و سرانجام جزء شناختی، که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به روش خاصی پردازش کرده، مورد تعبیر و تفسیر قرار دهد که در نهایت، باعث احساس شادی و خوشبینی در وی می‌گردد (اشنایدر، ۲۰۰۲).

در واقع شادکامی^۱ افراد را به توجه آگاهی مثبت سوق می‌دهد؛ توجهی هدفمند به همراه پذیرش بدون داوری درباره تجربه‌های در حال وقوع در لحظه حال. این نوع توجه آگاهی به فرد امکان می‌دهد که با وجود هیجان‌های منفی به جای آنکه به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل و همکاران، ۲۰۱۰). از این شیوه تفکر، ذهن آگاهی یاد شده است. ذهن آگاهی روشی برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنا بخشی و معنادار سازی زندگی است (سیگل، ۲۰۱۰). همچنین شواهد نمایانگر اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی در تندرستی است (کولز، سور و والاش، ۲۰۰۹). افزایش ذهن آگاهی^۲ با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، وجدان‌مندی و کاهش نشانه‌های درد همراه است. در حقیقت افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر هستند (هولیس-واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱؛ زیدان، گوردون، مرچانت و گولکاسیان، ۲۰۱۰). تحقیقات کش و ویتینگهام^۳ (2010) بولین و بائر^۴ (۲۰۱۲)، ووسی^۵ و همکاران (۲۰۱۹)، احمدوند، حیدری نسب و شعیری (۱۳۹۱) و عالیپور و زغبی قناد (۱۳۹۶) نشان داد که جنبه‌های ذهن آگاهی می‌تواند مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی باشد. ذهن آگاهی، به طور متناوب، عمدتاً بر افزایش آگاهی و نگرش‌های غیر قضاوتی متمرکز است، که ممکن است به قرار گرفتن فرد در معرض و ارزیابی مجدد تجربیات درونی منفی کمک کند، در نتیجه به کاهش خلق‌های منفی مانند موارد مربوط به علائم اضطراب یا افسردگی کمک می‌کند.

^۱. Happiness

^۲. mindfulness

^۳. Cash, and Whittingham

^۴. Bowlin and Baer

^۵. Voci

بر اساس تحقیقات موجود، بهزیستی روان‌شناختی بر تمام زمینه‌های عملکرد و زندگی انسان تأثیر می‌گذارد (ریف، ۲۰۱۷) و ارتباط نزدیکی با سلامت روانی و جسمی دارد (رادلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). سطوح بالای بهزیستی روانی، عاطفی و اجتماعی، حالتی که به عنوان شکوفایی شناخته می‌شود، می‌تواند نقش محافظتی برای سلامت روان داشته باشد (کیز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)، در حالی که سطوح آسیب‌دیده از بهزیستی (بی‌حالی) می‌تواند به افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی منجر شود (وود و جوزف ۲۰۱۰). از سویی، دانشجویان پرخطرترین گروه جامعه برای ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی هستند. زیرا، ورود به دانشگاه مقطعی بسیار حساس در زندگی جوانان در هر کشوری است که اغلب با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی آن‌ها به همراه دارد. قرار گرفتن در چنین شرایطی اغلب با فشار و نگرانی توأم است و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکلاتی نظیر ناسازگاری با موقعیت جدید سایر افراد و تغییر سبک زندگی می‌توانند ناراحتی‌های روانی را به وجود آورند، اغلب دانشجویان در پی مشکلات روانی برخی از اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اضطراب یا اقدام به خودکشی را بروز می‌دهند. علاوه بر این، تجربه یک اختلال روانی بین نوجوانی و اوایل بزرگسالی، خطر انتقال آن اختلال را در بزرگسالی افزایش می‌دهد. بنابراین، توجه و اهمیت به بهداشت روانی دانشجویان می‌تواند مسیری امیدوارکننده برای رسیدگی و کاهش بار اختلالات روان‌شناختی تظاهرکننده در بزرگسالی باشد (فلت، خان و سو^۳، ۲۰۱۹؛ بیلینگ و یانگ^۴، ۲۰۲۲). برای این اساس، مطالعه حاضر در پی بررسی سازه‌های همبسته با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان انجام شد. در این مطالعه، فرض شد که امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی به عنوان بخشی از رویکرد روان‌شناسی مثبت سازه‌های مهمی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان هستند.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. به منظور بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان به دلیل تأثیر مسائل تحصیلی و دانشگاهی بر سلامت روان آن‌ها، جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز (۲۳۱۸۱) در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود که تعداد آن‌ها ۲۳۱۸۱ نفر بود. از این تعداد به روش نمونه‌گیری دسترس تعداد ۲۵۰ نفر انتخاب شدند و با کسب اجازه و رضایت افراد پرسشنامه‌ها اجرا شد. تپانچیک و فیدل^۵ (۲۰۰۷) فرمول زیر را برای محاسبه اندازه نمونه در ارتباط با تعداد آزمودنی‌های مورد نیاز برای رگرسیون سلسله مراتبی با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین ارائه نمودند: $m 8 + 50 < N$ که در این فرمول m برابر با تعداد متغیرهای پیش‌بین («امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی» در این مطالعه $m = 3$) است، بر این اساس حجم نمونه ۷۴ نفر در نظر گرفته شد که با توجه به حذف داده‌های مخدوش (برگردانده شدن پرسش‌نامه‌های ناقص یا مخدوش) ۲۵۰ پرسشنامه پخش شد و در نهایت ۲۲۸ پرسش‌نامه وارد تحلیل آماری شد. از جمله ویژگی‌های دموگرافیک گروه نمونه شامل جنسیت، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و سن ثبت شده است.

¹. Radler

². Keyes

³. Flett, Khan and Su

⁴. Billings and Young

⁵. Tabachnick and Fidell

به منظور رعایت اخلاق پژوهش، ضمن آگاهی دادن به تمامی افراد شرکت کننده در زمینه اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، محرمانه بودن نتایج، بدون ضرر بودن پاسخ به سؤالات و در اختیار قراردادن نتایج در صورت تمایل اشاره شد. در کلیه مراحل انجام تحقیق، ملاحظات اخلاقی رعایت شد. افرادی وارد مطالعه شدند که علاقه و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند. پرسشنامه‌ها ساده و فاقد هرگونه ضرری برای فرد بود و هیچ‌گونه مخارج و هزینه‌ای برای شرکت‌کنندگان در برداشت؛ در صورتی که در خلال تکمیل پرسشنامه‌ها، فرد تمایلی برای ادامه همکاری نداشت، ممانعتی به عمل نمی‌آمد. بدین صورت ابتدا با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های خودگزارشی پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت. اگر یکی از شرکت‌کنندگان در درک سؤال‌های پرسشنامه مشکل داشتند، پرسشنامه‌ها برای آن‌ها توضیح داده شد. تحلیل داده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناسی ریف^۱: ابزار مورد استفاده در این پژوهش آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف (نسخه) فرم کوتاه) بود که در سال ۱۹۸۰، ریف آن را طراحی کرده است. این پرسشنامه ۱۸ سؤال دارد و شامل شش بعد است (هر بعد ۳ سؤال). پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود (ریف و کیس، ۱۹۹۵). سؤال‌های ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود، سؤال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط، سؤال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سؤال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف در زندگی، سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی و سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال را می‌سنجد. نمره‌گذاری سؤال‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می‌شود. نمره بالاتر بیان‌گر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (سفیدی و فرزاد، ۲۰۰۹).

پرسشنامه امید به زندگی: این پرسشنامه را اشنایدر^۲ و همکاران (۱۹۹۱) طراحی کردند و ۱۲ گویه دارد که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط تا کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ است و نمره بالاتر به معنای امید به زندگی بیشتر است. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شد (لینگ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین کرمانی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند (کرمانی، خدایناهی و حیدری، ۱۳۹۰).

مقیاس شادکامی آکسفورد^۳ (OHI): فهرست شادکامی آکسفورد تجدید نظر شده آرگیل (۲۰۰۱) به نقل از کار، (۲۰۰۴) با ۲۹ گزاره چهار گزینه‌ای است که به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و جمع نمره‌های گزاره‌های ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از صفر تا ۸۷ است که نمره بالاتر نشانه شادکامی بیشتر است. اعتبار و روایی این فهرست در ایران بررسی شده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ به دست آمده است (علی‌پور و آگاه هریس، ۱۳۸۶).

1. Ryff psychological well-being

2. Snyder

3. Oxford Happiness Inventory

پرسشنامه پنج مؤلفه‌ای ذهن آگاهی: این پرسشنامه را بائر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته‌اند. پرسشنامه ذهن آگاهی یک مقیاس ۳۹ گویه‌ای است که پنج مؤلفه ذهن آگاهی شامل مشاهده، توصیف، عمل توأم با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش را با استفاده از مقیاس کدرجه‌ای لیکرتی می‌سنجد. دو براین^۱ و همکاران (۲۰۱۲) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را بررسی کردند. نتایج این محققان نشان‌دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس بود. به‌منظور بررسی روایی این پرسشنامه نیز از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده استقلال پنج عامل ذهن آگاهی بوده است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه مشاهده ۰/۶۲، مؤلفه توصیف ۰/۸۱، مؤلفه عدم قضاوت ۰/۶۵، مؤلفه عدم واکنش ۰/۶۳ و مؤلفه عمل توأم با آگاهی ۰/۷۷ به دست آمد (خرمائی، کلاتری و فرمانی، ۱۳۹۴)

یافته‌ها

نمونه این پژوهش ۲۲۸ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بود که از نظر جمعیت شناختی ۱۶۳ نفر زن (۷۱/۵٪) و ۶۵ نفر مرد (۲۸/۵٪) و ۲۱ نفر (۹/۲٪) افراد مورد مطالعه متأهل و ۲۰۶ نفر (۹۰/۴٪) مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب $22/70 \pm 3/51$ و در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۳ سال بودند. به لحاظ مقطع تحصیلی، ۱۵۷ نفر در مقطع کارشناسی (۶۸/۹٪)، ۵۷ نفر در مقطع کارشناسی ارشد (۲۵/۰٪) و ۱۴ نفر در مقطع دکترا (۶/۱) بودند. به‌منظور بررسی و توصیف داده‌های به‌دست‌آمده از نمونه مورد مطالعه در خصوص مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد.

جدول ۱: نتایج ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی، شادکامی و

ذهن آگاهی

متغیرها	1	2	3	4	5
۱. بهزیستی روان‌شناختی	1				
۲. امید به زندگی	**529/0	1			
۳. شادکامی	**440/0	**475/0	1		
۴. ذهن آگاهی	**368/0	**306/0	**230/0	1	
میانگین	87/50	11/30	07/66	75/120	65/65
انحراف معیار	62/12	71/3	94/14	84/11	31/14

**p > 01/0, *p > 05/0

ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف معیار بین متغیرها در جدول ۱ نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در این میان بالاترین

¹. de Bruin

ارتباط معنی‌دار به‌دست آمده به مؤلفه امید به زندگی ($r=0/529$)، شادکامی ($r=0/440$) و کم‌ترین سطح همبستگی معنادار بین ذهن آگاهی ($r=0/368$) با بهزیستی روان‌شناختی اختصاص یافت (جدول ۱).
 به‌منظور بررسی سهم متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی از رگرسیون گام به گام استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها به بررسی پیش فرضهای رگرسیون چندگانه پرداخته شد. طبق نتایج، تمامی متغیرهای پژوهشی با توجه به آزمون کلموگروف اسمیرنوف^۱، سطح معناداری آن‌ها بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد ($p > 0/05$). این بدان معناست که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. روش‌های بررسی رابطه خطی بین متغیرهای مستقل، با شاخص تولرنس^۲ و VIF محاسبه شد. نتایج نشان داد که مقادیر تولرنس ($0/829$) بزرگ بوده (بیشتر از $0/1$) که نشان‌دهنده عدم وجود هم خطی است. فرض استقلال خطاها با بررسی مقدار آماری دوربین واتسون^۳ برابر $2/19$ بوده است. از آن‌جا که این مقدار بین $1/5$ و $2/5$ است، می‌توان نتیجه گرفت که فرض استقلال داده‌ها رعایت شده است. میزان F محاسبه شده تحلیل واریانس رگرسیون بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی در سطح معنادار بوده ($F > 0/01$) ($P, 014/32 - (223/4)F$) و حاکی از این است که متغیرهای امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی مجموعاً $35/3$ درصد واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کند. که با توجه به ضرایب بتا و مقدار t ، مؤلفه‌های امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی به شکل مشترک تأثیر معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی دارند (جدول ۲).

جدول ۲: ضرایب رگرسیون چندگانه بهزیستی روان‌شناختی براساس امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی

متغیر پیش‌بین	β	SE	t	Pvalue	F	R^2
امید به زندگی	359/0	213/0	745/5	000/0	014/32	353/0
شادکامی	220/0	052/0	503/3	000/0		
ذهن آگاهی	207/0	060/0	678/3	000/0		

میزان F محاسبه شده تحلیل واریانس رگرسیون گام به گام متغیر بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی در سطح معنادار بوده ($P > 0/01$) و حاکی از این است که این متغیرها بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند. نتایج ضرایب رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیرهای امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی به چه ترتیبی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند، که با توجه به ضرایب بتا و مقدار t ، این متغیرها به ترتیب ضریب تأثیر استاندارد آن‌ها برابر با امید به زندگی ($\beta=0/529$)، ذهن آگاهی ($\beta=0/227$) و شادکامی ($\beta=0/221$) در سطح $P > 0/05$ معنادار است (جدول شماره ۳).

به‌طورکلی، نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مدل اول، مؤلفه امید به زندگی وارد تحلیل شده و ۲۷ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کرده است. در گام دوم با اضافه شدن متغیر ذهن آگاهی میزان واریانس تبیین شده از ۲۷ درصد به ۳۲ درصد افزایش یافته است. در گام نهایی با اضافه شدن شادکامی میزان واریانس

¹. Kolmogorov- Smirnov

². Tolerance

³. Durbin-Watson

تبيين شده از ۲۳ درصد به ۳۵ درصد افزایش یافت. بنابراین، مجموعاً ۳۵ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط مؤلفه‌های امید به زندگی، ذهن آگاهی و شادکامی تبیین شده است. در جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ضرایب بتا برای بهزیستی روان‌شناختی مثبت است که نشان می‌دهد با افزایش مؤلفه‌های امید به زندگی، ذهن آگاهی و شادکامی میزان بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان افزایش می‌یابد. همچنین، از میان متغیرها امید به زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از توان بالاتری برخوردار هست.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون چندگانه بهزیستی روان‌شناختی براساس متغیرهای امید به زندگی، ذهن آگاهی و شادکامی با روش گام به گام

R ²	F	sig	t	Beta	SE	B	متغیرهای پیش‌بین	
277/0	898/87	000/0	375/9	529/0	192/0	800/1	امید به زندگی	1
321/0	640/54	000/0	003/8	460/0	195/0	564/1	امید به زندگی	2
		000/0	959/3	227/0	061/0	242/0	ذهن آگاهی	
356/0	817/42	000/0	803/5	361/0	212/0	228/1	امید به زندگی	3
		000/0	677/3	207/0	060/0	220/0	ذهن آگاهی	
		000/0	637/3	221/0	051/0	187/0	شادکامی	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به بررسی نقش سازه‌های روان‌شناختی مثبت (امید به زندگی، شادکامی و ذهن آگاهی) و اجتناب شناختی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد که امید به زندگی، ذهن آگاهی و شادکامی به ترتیب قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی هستند. نتایج این مطالعه با ادبیات تجربی پیشین (والش، بوهم و لیوبومیرسکی^۱، ۲۰۱۸؛ کش و ویتینگهام، ۲۰۱۰؛ رحیمی، حاجلو و بشر پور، ۱۳۹۸؛ مری و قدسی، ۲۰۱۸؛ آی و همکاران، ۱۳۹۷؛ احمدوند، حیدری نسب، شعیری، ۱۳۹۱؛ عالیپور و زغیبی قناد، ۱۳۹۶) مطابقت دارد؛ بهزیستی روان‌شناختی دارای مؤلفه‌های هیجانی، (تعادل بین عاطفه مثبت و منفی) و شناختی (قضاوت درباره رضایت از زندگی) است و فراتر از بهزیستی ذهنی شاخص مناسبی برای در نظر گرفتن سلامت است (دسی و ریان، ۲۰۰۰). بهزیستی روان‌شناختی در شش مؤلفه مانند پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، استقلال، هدف در زندگی و رشد شخصی^۲ ظاهر می‌شود (ریف و کیس، ۱۹۹۵؛ ریف، ۱۹۸۹) که

¹ Walsh, Boehm and Lyubomirsky

² self-acceptance, positive relationships with others, environmental mastery, autonomy, purpose in life and personal growth

شکوفایی فردی از جوهر وجودیش یعنی ماهیت واقعی خود (رایان و دسی، ۲۰۰۱) و عملکرد مثبت فردی را توصیف می‌کند (کیس^۱، ۲۰۰۵).

در تبیین همبستگی و قدرت پیش‌بینی امید به زندگی برای بهزیستی روان‌شناختی می‌توان بیان کرد؛ مؤلفه‌های شناختی (انتظار وقوع رویدادی در آینده) و عاطفی (امید به خوشایندی رویدادها) امید به زندگی می‌تواند در فرد انتظار وقوع رویدادهای مثبت در آینده را افزایش دهد؛ بدین سان زمانی که فرد از یک تفکر امیدوارانه و منابع کافی برای تفکر هدفمند برخوردار است برای رسیدن به اهداف مسیرهای لازم را طی خواهد کرد. در نتیجه احتمال بیشتری می‌رود که بهزیستی روان‌شناختی چنین فردی افزایش یابد که به نظر می‌رسد بین این دو یک رابطه تعاملی وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، افزایش امید به زندگی، باعث بهزیستی روان‌شناختی بیشتر در زندگی و بالعکس می‌شود (استاتس، ۱۹۸۷) که بیان رابطه بنیادی بین دو متغیر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی است.

آنچه از نتایج این مطالعه و مطالعات پیشین برمی‌آید شادکامی و ذهن آگاهی قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی است؛ شادی یعنی احساس مثبت، احساس رضایت و احساس منفی ناچیز داشتن، که این سه عامل در بهزیستی روان‌شناختی مهم هستند و جزء عاطفی هیجانی بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود. به طور کلی، افراد هنگامی احساس شادی می‌کنند که احساسات مثبت را بیش از احساسات منفی تجربه کنند. لذت بردن از فعالیت‌های فیزیکی، مقابله با استرس، شکل‌گیری هویت و تعامل اجتماعی از مزایای شادکامی به شمار می‌رود (یانگ، ماکسول و پیل^۲، ۲۰۲۰)؛ و به نوعی شادکامی، تحقق استعدادها بالقوه فرد در طی فرایند خودشکوفایی^۳ است، که شامل مفاهیمی است که در گستره این مفاهیم می‌توان فرد کاملاً هدفمند^۴، خودکفا و سرزنده را شرح داد (رایان و دسی^۵، ۲۰۰۱). همچنین با افزایش ذهن آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی افراد افزایش می‌یابد. ذهن آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی می‌بخشد و به افراد می‌آموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند، همین امر باعث کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (بروان و ریان، ۲۰۰۳). در واقع، ذهن آگاهی فهمیدن آنچه در درون می‌گذرد و مشاهده رویدادهای محیط اطراف بدون هرگونه قضاوتی است که با دو فاکتور توجه به احساسات فیزیکی، افکار و محیط اطراف متمرکز شدن و کنجکاو توجه به چیزهایی که در مسیر حواس قرار دارند؛ به عبارتی فرد متوجه می‌شود یک موقعیت در حال اتفاق افتادن است، بدون آن که به آن واکنشی نشان دهد. استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی برای نگاه کردن به یک موقعیت به شیوه‌ای بی‌طرفانه‌تر و خنثی‌تر می‌تواند تأثیر زیادی روی نحوه درک افراد از خود و جهان داشته باشد. ذهن آگاهی سرعت افراد را می‌کاهد و به آن‌ها فرصت می‌دهد در زمان رویارویی با یک مشکل، گزینه‌های مختلف را بررسی کنند و این آزادی را داشته باشند که به جای صرف نشان دادن واکنش، یک واکنش را انتخاب کنند (احمدوند و همکاران، ۱۳۹۱).

بررسی اصلی این مطالعه حاکی از آن است که امید به زندگی، ذهن آگاهی و شادکامی به ترتیب به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی قادر است؛ در واقع، یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان که باعث سازگاری او در شرایط

^۱. Keyes

^۲. Young, Maxwell and Peel

^۳. self-realization

^۴. meaningfulness

^۵. Ryan and Deci