

رابطه کیفیت زندگی و مثبت اندیشی با بهزیستی ذهنی

علیرضا نورانی^۱، ابوطالب سعادت‌ی شامیر^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس بهزیستی ذهنی و مثبت اندیشی انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر از لحاظ گردآوری داده ها توصیفی از نوع همبستگی و از لحاظ هدف در زمره پژوهش های بنیادی بود. جامعه آماری این پژوهش تمام کارمندان بانک های صادرات منطقه ۶ تهران بودند. در این پژوهش تعداد نمونه آماری بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۶) ۲۴۰ نفر بودند. جهت نمونه گیری از نمونه گیری طبقه ای مرحله ای استفاده شد. در پژوهش حاضر جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسش نامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). جهت سنجش مثبت اندیشی از پرسش نامه مثبت اندیشی (اینگرام و ویس نیکی، ۲۰۰۱) جهت سنجش بهزیستی ذهنی از پرسش نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شد. جهت پیش کیفیت زندگی بر اساس مثبت اندیشی و بهزیستی ذهنی از تحلیل رگرسیون چند گانه با روش گام به گام برای ورود متغیرهای پیش بینی در مدل رگرسیون استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که ۶ خرده متغیر ۱-سلامت جسمی ۲- بهزیستی روان شناختی ۳- روابط اجتماعی ۴-سلامت محیط ۵- کیفیت زندگی ۶- مثبت اندیشی وارد معادله رگرسیون شدند. همچنین نتایج نشان داد که سلامت جسمی به تنهایی ۲۰٪ از واریانس مشاهده شده در بهزیستی ذهنی را پیش بینی کرد. اضافه شدن بهزیستی روان شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط، کیفیت زندگی و مثبت اندیشی به ترتیب باعث افزوده شدن ۴، ۲، ۲، ۳ درصد به واریانس قبلی اضافه شد و شش مدل روی هم ۳۳٪ از واریانس بهزیستی ذهنی را تبیین می کنند (R Square = 30).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش بین مثبت اندیشی و کیفیت زندگی با بهزیستی ذهنی رابطه وجود دارد. لذا بهزیستی ذهنی بر اساس مثبت اندیشی و کیفیت زندگی پیش بینی می شود.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی و مثبت اندیشی، بهزیستی روان شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط

^۱ - کارشناس ارشد رشته روان شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
^۲ - استادیار گروه روان شناسی تربیتی و شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
seadatee@srbiau.ac.ir

مقدمه

در طول حیات انسان بحران های مختلفی قرار دارد که شخصیت او را تهدید کرده است و باعث به هم خوردن تعادل جسمی- روانی شده و اکثرا همراه با عدم تعادل و اختلالات عاطفی و رفتاری است در این مواقع فعالیت های مختلف فیزیولوژیکی و روانی دستگاه تعادل حیاتی^۱ بدن فعال شده تا تعادل به هم خورده را دوباره برقرار نمایند به طور کلی عقیده بر این است که وجود استرس ها و بحران ها در محیط زندگی امری اجتناب ناپذیر است و برای رشد روانی ضروری است ولی آنچه ممکن است منجر به بروز بیماری شود ناتوانی در مقابله با درجات غیر عادی و بسیار شدید استرس می باشد که به صورت واکنش های فیزیولوژیک و روانی تظاهر می کند. انسان فعلی مجبور است تن به تصمیم گیری هایی بدهد که گاه در حکم مرگ و زندگی هستند از آن مشکل تر انسان زمانه باید شرایط به ظاهر خطرناک تمیز بدهد. باید میان تهدید واقعی و غیر واقعی تفاوت قائل گردد اگر انسان نتواند با این کارایی تحسین برانگیز تفاوت و اهمیت ها را مشخص کند زندگی آشفته ای پیدا می کند و روزگارش در بحران سپری می شود از آن گذشته اگر نتواند با قوه تصور بالای خود برخوردی منطقی داشته باشد به حالتی از برزخ اسیر می شود و نمی تواند میان حقیقت و تصاویر و معانی شخصی ناشی از آن تفاوت قائل شود (ابراهیمی، ۱۳۸۴).

این امر نشان دهنده آن است که بهداشت روانی موضوعی است که باید در سطح جهان مورد توجه قرار گیرد یکی از دلایلی که در اهمیت این موضوع مطرح است، شیوع روزافزون ابتلاء به انواع اختلالات روانی در سطح جهان است و دلیل مهم دیگر آن، اهمیت و ضرورت پیشگیری از بیماری های روانی است می توان گفت عمده ترین هدف بهداشت روانی پیشگیری است و از سه نوع پیشگیری که در بهداشت روانی مطرح می شود پیشگیری اولیه مورد توجه بیشتری قرار دارد. در پیشگیری اولیه جمعیت سالم در جامعه مورد نظر است و تمام اقداماتی که در این حیطة صورت می گیرد در جهت آماده سازی افراد و فراهم نمودن شرایط مناسب برای زندگی سالم از تمامی جنبه های جسمانی، روانی، اجتماعی می باشد. بنابراین هدف، افزایش آماده گی و توانایی افراد در برخورد صحیح و مناسب با رویدادهای زندگی می باشد. کیفیت زندگی از جمله مسایل مهمی است که ابتدا با گسترش همه جانبه فناوری و فرایند صنعتی شدن در کشورهای غربی مورد توجهی اندیشمندان قرار گرفت. گسترش روز افزون فرایند صنعتی شدن که خود را با تولید انبوه کالاها و خدمات متنوع در بعد کمی نشان می دهد (ماندانا، ۱۳۸۶). مشکلات زیادی را برای بشر مدرن به همراه آورد. در حقیقت همگام با افزایش جمعیت، شهرنشینی و تمرکز صنایع، سرمایه ها، امکانات و خدمات شهری رشد کرده و شهرهای بزرگ به کلان شهرهای کنونی تبدیل شده اند و مشکلات دشوار و پیچیده ای پدید آمد. از جمله ی این مشکلات می توان به فشارها و استرس های روانی اشاره کرد که صدمات جبران ناپذیری به بشر وارد کرده است. به همین دلیل توجه بسیاری از محققان و دانشمندان و صاحب نظران به مفهوم کیفیت زندگی معطوف شد تا از این طریق تلاش هایی در راستای ارتقای شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی بشر صورت گیرد. (منتظری، ۲۰۰۵)

^۱ - Homostosis

کیفیت زندگی، مفهومی وسیع تر از صرف وجود سلامتی است و شامل شاخص هایی همانند سلامت خوب، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت (پترمن و سلا^۱، ۲۰۰۳) بهزیستی ذهنی، سلامت بدن، زندگی مناسب خانوادگی، زندگی مناسب اجتماعی، آب و هوا و فضای مناسب، امنیت شغلی، آزادی، تساوی جنسیتی، امنیت و ثبات سیاسی است. با این حال، کیفیت زندگی بیش از هر چیز، موضوعی نسبی است کیفیت زندگی به عنوان رضایت کلی فرد از زندگی اش و حس عمومی از سلامت شخصی اش تعریف می شود کیفیت زندگی از لحاظ روان شناختی، تفاوت شناختی آگاهانه درباره رضایت هر فرد از زندگی خود است (کارسول و همکاران، ۲۰۰۰).

مهارت های مثبت اندیشی با هدف برخورداری از تعادل درونی مناسب و حفظ آرامش و خونسردی در مواجهه با مشکلات، برای اینکه فرد بتواند انگیزه شخصی خود را حفظ کند، به اقدام مناسب پردازد و از عملی که انجام می دهد احساس خوبی داشته باشد انجام می گیرند. این مهارت به این معنا نیست که به مشکلات توجه نکنند یا بی دلیل و به صورت کاذب خوش بین (به اصطلاح الکی خوش) باشند. این ایده ال است که مشکلات را یادداشت و سپس به جای آن در حلقه های فلج کننده احساسات ناخوشایند به دام بیفتد. دست به کار حل مشکل شوند. و به سرعت اقدام مناسبی را در پیش گیرند. (توزنده جانی، ۱۳۹۰)

تحقیقات نشان داده که مثبت اندیشی و خوش بین بودن در بهبود بیماری موثر بوده است به خصوص برای آنان که به اتاق عمل رفته و عملی روی آن ها شده باشد. موقعیت و شادی را از راه معنی خود می توان کسب کرد این راه را ه صحیح فکر کردن است منفی بودن خطرناک است: جسم را دچار مشکل می کند و مهلک ترین چیز برای از بین بردن موفقیت هاست. منفی بودن خلاقیت را از ما می گیرد. فکر منفی از ترس و عدم امنیت، ناشی می شود و یا نتیجه تجربیات بد گذشته و یک نیت خوب زندگی ما را تحت تاثیر قرار می دهد (توسلی، ۱۳۸۶)

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از لحاظ گردآوری داده ها توصیفی از نوع همبستگی و از لحاظ هدف در زمره پژوهش های بنیادی بود و از لحاظ روش تحقیق حاضر از نوع پژوهش های کمی بود. جامعه آماری این پژوهش تمام کارمندان بانک های صادرات منطقه ۶ تهران که تعداد آنها براساس استعلام از حوزه نیروی انسانی ۶۵۰ نفر بودند. در این پژوهش تعداد نمونه آماری بر اساس جدول کرجسی و مورگان^۲ (۱۹۷۶) ۲۴۰ نفر از کارمندان بانک های صادرات بودند. که به دلیل دشواری انتخاب افراد نمونه، از نمونه گیری طبقه ای مرحله ای استفاده شد. به این صورت که از بین کلیه بانک های صادرات منطقه ۶، ۱۰ بانک به صورت تصادفی انتخاب شدند و کلیه کارمندانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند اعم از کارمندان زن و مرد در پژوهش شرکت کردند. البته با توجه به احتمال ریزش شرکت کنندگان به دلایلی

¹ Peterson & sella

² Kerjeci & Morgan

مانند عدم تمایل به شرکت در پژوهش و یا کامل نکردن همه پرسشنامه ها و یا کامل کردن بدون دقت، در اجرای اول حدود ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شد. از این میان، ۲۴۰ پرسشنامه کامل و دقیق انتخاب شد.

جهت گردآوری اطلاعات ابتدا لیست کلیه بانک های منطقه ۶ تهیه شد سپس ۱۰ بانک از بین کلیه بانک های صادرات موجود انتخاب شدند و به صورت جداگانه به آنها مراجعه شد و لیست کلیه کارمندان هر بانک دریافت شد و با هماهنگی مدیران هر شعبه پرسشنامه ها در یک نشست اجرا شد. حدود ۱۵ دقیقه جهت انجام هماهنگی و ارائه توضیحات لازم در ارتباط با پرسشنامه و نحوه تکمیل آنها انجام شد و از کارکنانی که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند خواسته شد که مشارکت نکنند و افراد داوطلب همکاری که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند پرسشنامه ها را کامل کردند. بر اساس ملاحظات اخلاقی در پژوهش های حرفه ای، از کارکنان خواسته شد که پرسشنامه های مورد نظر را با دقت کامل کنند. پیش از اجرای پرسشنامه ها به کارکنان گفته شد که نام و نام خانوادگی آن ها بیان نخواهد شد و همچنین اطلاعات به صورت فردی مورد تجزیه و تحلیل قرار نمی گیرد و آن ها مختار اند که در پژوهش شرکت کنند یا خیر. ترتیب ارائه پرسشنامه ها به نمونه ی پژوهش داوطلبانه و در یک نشست بود تا اثر خستگی روی پاسخ ها کنترل شود. معیار های ورود به پژوهش شامل ۱- شرکت داوطلبانه ۲- کارمند بودن. معیار های خروج شامل ۱- سابقه ی بستری در مراکز روانپزشکی و یا مراجعه به روانپزشک به دلیل اختلالات روانی بود. لازم به ذکر است که از بین کلیه شرکت کنندگان پژوهش ۴۱ نفر داوطلب همکار با پژوهشگر نبودند و از بین افراد باقی مانده ۲۹ نفر پرسشنامه به دلیل نقص و کامل نبودن از جریان پژوهش حذف شدند و در نهایت ۲۴۰ پرسشنامه کامل و بی نقص وارد تحلیل شدند. در پژوهش حاضر جهت گردآوری اطلاعات از سه ابزار استفاده شده است که ویژگی های روانسنجی این ابزارها به شرح ذیل می باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی، بهزیستی ذهنی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. پس از نمره گذاری ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی به دست خواهد آمد که عبارتند از: سلامت جسمی، بهزیستی ذهنی، روابط اجتماعی، سلامت محیط، کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی. سنجش هر سؤال از طریق مقیاس لیکرت ۵ امتیازی می باشد.

پرسش نامه مثبت اندیشی اینگرام و ویس نیکی دارای ۳۰ سوال است. پایایی بر اساس آلفای کرانباخ ۰/۹۴ و براساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۵ محاسبه شده است (هاشمی، ۱۳۸۸). همچنین در پایان نامه کارشناسی ارشد (کریمی، ۱۳۹۱) تحت عنوان بررسی رابطه میان جهت گیری مذهبی، مثبت اندیشی و رضایت زناشویی همسران جانبازان شهرستان گنبد کاووس نیز پرسشنامه مثبت اندیشی از لحاظ روایی مورد تایید اساتید راهنما و مشاور قرار گرفته و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ محاسبه گردیده. پاسخهای سوالات از طیف پنج گزینه ای لیکرت می باشد: (همیشه=۵ اغلب اوقات = ۴ گاهی=۳ بندرت=۳ هرگز=۱). حداقل نمره هز آزمودنی برابر با ۳۰ و حداکثر نمره نیز برابر با ۱۵۰

می باشد. متوسط نمره یک آزمودنی نیز برابر با ۹۰ می باشد. هر چقدر مجموع نمرات یک آزمودنی از ۹۰ بیشتر باشد و به ۱۵۰ نزدیکتر شود، آن آزمودنی از مثبت اندیشی بالاتری برخوردار می باشد.

پرسشنامه سلامت عمومی 28 سوالی توسط گلدبرگ و هیلر¹ (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای 4 مقیاس فرعی است و هر مقیاس 7 پرسش دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از: ۱- مقیاس علائم جسمانی² - مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب³ - مقیاس کارکرد اجتماعی⁴ - مقیاس علائم افسردگی⁵ از 28 عبارت پرسشنامه موارد 1 الی 7 مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد 8 الی 14 علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد 15 الی 21 مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد 22 الی 28 علائم افسردگی را می سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب 1، ج 2 و د نمره 3 تعلق میگیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

یافته ها

همانگونه که در فصل سوم اشاره شد، مطالعه حاضر روی نمونه‌ای شامل ۲۴۰ نفر از کلیه کارمندان بانک های صادرات منطقه ۶ انجام شد. اطلاعات توصیفی مربوط به نمونه مورد بررسی در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و مثبت اندیشی

| متغیرها | تعداد | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین |
|----------------|-------|---------|--------------|--------|---------|
| سلامت جسمی | ۲۴۰ | ۲۷.۴۶ | ۲.۱۲ | ۱۱ | ۴۵ |
| سلامت روان | ۲۴۰ | ۲۶.۳۳ | ۲.۱۸ | ۹ | ۴۰ |
| روابط اجتماعی | ۲۴۰ | ۲۰.۹۵ | ۲.۰۹ | ۱۰ | ۴۱ |
| سلامت محیط | ۲۴۰ | ۱۱.۱۲ | ۰.۹۶ | ۵ | ۲۴ |
| سلامت جسمانی | ۲۴۰ | ۱۲.۵۰ | ۰.۸۸ | ۵ | ۲۴ |
| اضطراب | ۲۴۰ | ۱۱.۴۵ | ۰.۹۷ | ۶ | ۲۳ |
| افسردگی | ۲۴۰ | ۱۰.۴۸ | ۰.۸۹ | ۶ | ۲۵ |
| عملکرد اجتماعی | ۲۴۰ | ۱۲.۴۳ | ۰.۸۱ | ۵ | ۲۴ |
| بهزیستی ذهنی | ۲۴۰ | ۱۲۶.۵۷ | ۰.۲۵ | ۵۶ | ۱۸۹ |
| کیفیت زندگی | ۲۴۰ | ۱۰۴/۱۰ | ۷/۱۰ | ۳۸ | ۱۷۸ |
| مثبت اندیشی | ۲۴۰ | ۱۰۹.۵۷ | ۰.۴۴ | ۵۰ | ۱۸۰ |

نتایج جدول ۱- شاخص‌های توصیفی تعداد، میانگین، انحراف معیار و کمترین و بیشترین را نشان می دهد. بر این اساس پایین ترین میانگین مربوط به افسردگی (126.57) و بالاترین میانگین مربوط به بهزیستی ذهنی (126.57) است. بر این اساس میانگین و انحراف استاندارد مثبت اندیشی (109.57) و (0.44) و میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی (۱۰۴/۱۰) و (۷/۱۰) بود.

جدول ۲. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

| متغیر | تعداد | آماره K-S | مقدار احتمال |
|--------------------------|-------|-----------|--------------|
| سلامت جسمی | ۲۴۰ | ۰/۶۹۵ | ۰/۸۶۶ |
| سلامت روان | ۲۴۰ | ۰/۶۹۲ | ۰/۷۵۳ |
| روابط اجتماعی | ۲۴۰ | ۰/۷۷۴ | ۰/۶۴۴ |
| سلامت محیط | ۲۴۰ | ۰/۶۰۸ | ۰/۸۹۴ |
| سلامت جسمانی | ۲۴۰ | ۵۹۶ | ۸۸۰ |
| اضطراب | ۲۴۰ | ۰/۴۴۲ | ۰/۷۵۳ |
| افسردگی | ۲۴۰ | ۰/۵۹۶ | ۰/۶۶۶ |
| اختلال در عملکرد اجتماعی | ۲۴۰ | ۰/۴۴۲ | ۰/۷۶۴ |
| بهبودی ذهنی | ۲۴۰ | ۰/۶۲۴ | ۰/۷۸۴ |
| کیفیت زندگی | ۲۴۰ | ۰/۶۳۸ | ۰/۶۵۴ |
| مثبت اندیشی | ۲۴۰ | ۰/۶۶۵ | ۰/۶۴۴ |

همچنان که نتایج جدول ۲. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون کلموگروف-

اسمیرنوف نشان می دهد همه متغیرها و خرده متغیرهای پژوهش با توجه به مقدار Z نرمال می باشند

جدول ۳ همبستگی بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی و مثبت اندیشی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| ۱ | ۱ | | | | | | | | | | |
| ۲ | ۰/۳۳** | ۱ | | | | | | | | | |
| ۳ | ۰/۴۳** | ۰/۶۷** | ۱ | | | | | | | | |
| ۴ | ۰/۳۵** | ۰/۷۱** | ۰/۳۵** | ۱ | | | | | | | |
| ۵ | ۰/۳۴** | ۰/۶۰** | ۰/۳۴** | ۰/۳۵** | ۱ | | | | | | |
| ۶ | ۰/۶۴** | ۰/۶۰** | ۰/۲۳** | ۰/۳۴** | ۰/۲۳** | ۱ | | | | | |
| ۷ | ۰/۳۲** | ۰/۲۳** | ۰/۳۷** | ۰/۶۴** | ۰/۳۶** | ۰/۳۱** | ۱ | | | | |
| ۸ | ۰/۳۲** | ۰/۲۳** | ۰/۳۲** | ۰/۳۲** | ۰/۲۳** | ۰/۶۷** | ۰/۳۷** | ۱ | | | |
| ۹ | ۰/۴۱** | ۰/۶۷** | ۰/۴۱** | ۰/۳۲** | ۰/۳۷** | ۰/۳۷** | ۰/۳۷** | ۰/۳۷** | ۱ | | |
| ۱۰ | ۰/۳۳** | ۰/۳۵** | ۰/۳۳** | ۰/۳۶** | ۰/۳۱** | ۰/۲۳** | ۰/۲۸** | ۰/۲۳** | ۰/۳۶** | ۱ | |
| ۱۱ | ۰/۲۱** | ۰/۱۷** | ۰/۱۹** | ۰/۱۶** | ۰/۲۲** | ۰/۲۴** | ۰/۲۸** | ۰/۲۳** | ۰/۳۶** | ۰/۳۳** | ۱ |

توجه: شماره های موجود در جدول عبارتند از -سلامت جسمی ۲- بهزیستی ذهنی ۳- روابط اجتماعی ۴-سلامت محیط ۵- سلامت جسمانی ۶- اضطراب ۷-افسردگی ۸- اختلال در عملکرد اجتماعی ۹- بهزیستی ذهنی ۱۰- کیفیت زندگی ۱۱- مثبت اندیشی

بر اساس نتایج جدول ۳ بین کیفیت زندگی با بهزیستی ذهنی ($r = 0/68$) در سطح $0/01$ رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. بین مثبت اندیشی و بهزیستی ذهنی ($r = 0/66$) در سطح $0/01$ رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. با

توجه به مثبت بود ضریب همبستگی می توان بیان کرد که تغییرات دو متغیر در جهت هم عمل می کنند یعنی با افزایش مقدار یک متغیر مقادیر دیگر افزایش می یابد و برعکس. بنابراین می توان گفت که: بین کیفیت زندگی و مثبت اندیشی با بهزیستی ذهنی رابطه وجود دارد.

مفروضه آماره دوربین-واتسون بین ۰ تا ۴ پراکنده است. اگر بین باقیمانده‌ها همبستگی متوالی وجود نداشته باشد، مقدار این آماره باید به ۲ نزدیک باشد. اگر به صفر نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی مثبت و اگر به ۴ نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی منفی است. در پژوهش حاضر آماره دوربین-واتسون ۱/۵۶ است؛ بنابراین فرض استقلال خطای متغیرها تأیید می‌شود. مفروضه آزمون هم خطی با دو شاخص ضریب تحمل (تولرانس) و عامل تورم واریانس (VIF) بررسی شد. ضریب تولرانس نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل (پیش‌بین) تا چه اندازه رابطه خطی با یکدیگر دارند. این ضریب بین ۰ تا ۱ در نوسان است. هر چقدر مقدار تولرانس به ۱ نزدیک‌تر باشد، میزان هم خطی کمتر است و ضریب نزدیک به ۰ نشان‌دهنده هم خطی بالاست. عامل تورم واریانس بالاتر از ۲ میزان هم خطی بیشتر و زیر ۲ میزان هم خطی کمتر را نشان می‌دهند. با توجه به جدول ۴-۳ هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین پایین است؛ بنابراین استفاده از رگرسیون ممکن است.

جدول ۴. لیست متغیرها وارد شده و حذف شده در تحلیل رگرسیون چندمتغیره گام به گام

| مدل | متغیرهای ورودی | متغیرهای حذف شده | روش |
|-----|---------------------|------------------|----------------------------------|
| ۱ | سلامت جسمی | | رگرسیون چند متغیره گام به گام |
| ۲ | بهزیستی روان شناختی | | |
| ۳ | روابط اجتماعی | | |
| ۴ | سلامت محیط | | |
| ۵ | کیفیت زندگی | | |
| ۶ | مثبت اندیشی | | |

توجه: نتایج جدول شماره (۴) لیست متغیرها وارد شده در تحلیل رگرسیون گام به گام را نشان می‌دهد. بر این اساس متغیرهای ۱-سلامت جسمی ۲- بهزیستی روان شناختی ۳- روابط اجتماعی ۴-سلامت محیط ۵- کیفیت زندگی ۶- مثبت اندیشی وارد مدل شده اند.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی ذهنی بر اساس مثبت اندیشی و کیفیت زندگی

| مدل | منابع تغییر | SS | dF | MS | F | sig | R | r^2 | Adjusted R |
|-----|-------------|-----------|-----|----------|-------|-------|------|-------|------------|
| ۱ | رگرسیون | ۷۶۵۴۳/۹۹ | ۱ | ۷۶۵۴۳/۹۹ | ۱۳/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴ | ۰/۲۰ | ۰/۱۹ |
| | باقیمانده | ۲۸۰۹۱۶/۷۸ | ۳۶۶ | ۷۶۴/۲۶ | | | | | |
| ۲ | رگرسیون | ۷۶۲۹۹/۰۶ | ۲ | ۸۹۷۶۵/۶۸ | ۸/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ | ۰/۲۴ | ۰/۲۳ |
| | باقیمانده | ۷۸۶۵۴۳/۷۷ | ۳۶۵ | ۷۶۵/۵۲ | | | | | |
| ۳ | رگرسیون | ۵۴۳۲۱۶/۲۳ | ۳ | ۳۲۱۴۶/۸ | ۹/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۰/۲۶ | ۰/۲۵ |
| | باقیمانده | ۹۸۷۶۵۴/۵۲ | ۳۶۴ | ۷۶۶/۱۸ | | | | | |
| ۴ | رگرسیون | ۳۴۲۱۵۶/۹۱ | ۴ | ۲۳۴۶۷/۶۱ | ۱۴/۸۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ | ۰/۲۸ | ۰/۲۷ |
| | باقیمانده | ۵۶۴۳۲۱/۰۸ | ۳۶۳ | ۷۷۷/۳۸ | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------|----------|-----|----------|-------|-------|------|------|------|
| ۵ | رگرسیون | ۶۵۴۳۲/۶۶ | ۵ | ۸۷۶۵۴/۹۴ | ۱۴/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ | ۰/۳۰ | ۰/۲۹ |
| | باقیمانده | ۸۷۶۵۴/۰۱ | ۳۶۲ | ۷۷۸/۶۲ | | | | | |
| ۶ | رگرسیون | ۶۵۴۳۲/۶۶ | ۵ | ۸۷۶۵۴/۹۴ | ۱۴/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵ | ۰/۳۳ | ۰/۳۲ |
| | باقیمانده | ۸۷۶۵۴/۰۱ | ۳۶۲ | ۷۷۸/۶۲ | | | | | |

متغیر ملاک: بهزیستی ذهنی

متغیرهای پیش بینی کننده: ۱-سلامت جسمی ۲- بهزیستی روان شناختی ۳- روابط اجتماعی ۴-سلامت محیط ۵- کیفیت زندگی ۶- مثبت اندیشی

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی ذهنی بر اساس مثبت اندیشی و کیفیت زندگی نشان می دهد که مدل ۱ (سلامت جسمی) مشخص می کند که ۲۰٪ از واریانس مشاهده شده در بهزیستی ذهنی از طریق سلامت جسمی توجیه می شود ($R^2 = 0.20$). اضافه شدن مدل ۲ (بهزیستی روان شناختی)، مدل ۳ (روابط اجتماعی) و مدل ۴ (سلامت محیط) مدل ۵ (کیفیت زندگی) و مدل ۶ (مثبت اندیشی) به ترتیب باعث افزوده شدن ۲، ۲، ۲، ۳ درصد به واریانس قبلی اضافه می شود. بدین ترتیب شش مدل روی هم ۳۳٪ از واریانس مثبت اندیشی را تبیین می کنند ($R^2 = 30$). با توجه به مقدار F و سطح معنی داری (P) که کوچکتر از ۰/۰۱ است فرضیه صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می گیریم بین مثبت اندیشی و کیفیت زندگی با بهزیستی ذهنی رابطه وجود دارد. لذا بهزیستی ذهنی بر اساس مثبت اندیشی و کیفیت زندگی پیش بینی می شود.

جدول شماره ۶. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بینی کننده در تحلیل رگرسیون بهزیستی ذهنی

| مدل | B | SE | Beta | t | P |
|-----------------------|--------|------|------|------|-------|
| مقدار ثابت | ۶۷.۹۲۱ | ۵.۲۱ | | ۱۳.۸ | ۰/۰۰۱ |
| ۱ سلامت جسمی | ۱.۴۹ | ۰.۲۳ | ۰.۱۸ | ۴.۰۵ | ۰/۰۰۱ |
| ۲ بهزیستی روان شناختی | ۳۵۱ | ۶.۴ | ۰.۲۶ | ۷.۰۳ | ۰/۰۰۲ |
| ۳ روابط اجتماعی | ۳.۵۰ | ۰.۲۴ | ۰.۳۱ | ۷.۳۰ | ۰/۰۰۳ |
| ۴ سلامت محیط | ۲.۱۵ | ۰.۴۴ | ۰.۳۲ | ۹.۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| ۵ کیفیت زندگی | ۲۸۰ | ۰.۸۷ | ۰.۳۵ | ۵.۸۹ | ۰/۰۰۴ |
| ۶ مثبت اندیشی | ۲.۴۵ | ۰.۵۶ | ۰.۳۰ | ۶.۶۶ | ۰/۰۰۴ |

متغیر ملاک: کیفیت زندگی

۱-سلامت جسمی ۲- بهزیستی روان شناختی ۳- روابط اجتماعی ۴-سلامت محیط ۵- کیفیت زندگی ۶- مثبت اندیشی

در جدول ۶ مقدار B، بتا، t و سطح معنی داری ارائه شده است. وزنهای بتا در ستون ضرایب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم هر یک از متغیرها در معادله رگرسیون بکار می رود. این ضرایب به ما می گوید که با تغییر یک واحد در متغیر پیش بین چند واحد تغییر در متغیر ملاک رخ می دهد. بر این اساس اگر سلامت جسمی به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰.۳۲ متغیر بهزیستی ذهنی را افزایش می دهد. به علاوه افزایش یک واحد در ۱-

بهبودی روان شناختی ۲- روابط اجتماعی ۳- سلامت محیط ۴- کیفیت زندگی ۵- مثبت اندیشی به ترتیب به اندازه ۰/۱۸، ۰/۲۶، ۰/۳۱، ۰/۳۲ متغیر بهبودی ذهنی را افزایش می دهند.

بحث و نتیجه گیری

همچنان که نتایج نشان داد بین بهبودی ذهنی بر اساس کیفیت زندگی و مثبت اندیشی رابطه معنی داری یافت شد ($p < 0.01$). نتایج این پژوهش با پژوهش حسینی (۱۳۹۶) و دژاکام (۱۳۹۵)، جوشنلو و دائمی (۲۰۱۵)، صالحی و زمانی (۱۳۹۴)، مظفری نیا و همکاران (۱۳۹۳)، برزگر فیروبی (۱۳۹۳)، گل پرور و همکاران (۱۳۹۳)، یگانه (۱۳۹۲)، فولاد چنگ و انباردار (۱۳۹۱)، ینگ و چن (۲۰۱۴)، برنستین (۲۰۰۵)، کونینگ (۲۰۰۲)، غلامی جلیسه (۱۳۸۶)، باقرپور بهرامی (۱۳۸۵) و فراهانی (۱۳۸۵) همسو بود در تبیین نتایج این فرضیه می توان گفت مثبت اندیشی که به ایمان واقعی، باورهای قوی مذهبی و انگیزش درونی افراد مربوط بوده با تعالی و کمال انسان به ویژه وضعیت بهبودی ذهنی آنان ارتباط دارد. این یافته ها با دیدگاه مثبت اندیشی آپورت از مذهب و معنویت همخوانی دارد، به اعتقاد وی مثبت اندیشی با سلامت روانی افراد ارتباط دارد. هم چنین در تبیین این یافته ها می توان گفت محققان بر این باورند که مثبت اندیشی موجب می شود که انسان با مهربانی و عطف بیشتر به مشکلات نگاه کند، سختی های زندگی را بهتر تحمل کند و به زندگی خود پویایی و حرکت دهد. بنابراین کارکنان با مثبت اندیشی کمتر در معرض تنش قرار دارند و از قدرت سازگاری بالاتری بهره مند نمی باشند. لذا می توان گفت که مفهوم مثبت اندیشی در بردارنده نوعی سازگاری و رفتار حل مساله است که بالاترین سطوح رشد را در حیطه های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی شامل می شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می نماید. از این رو مثبت اندیشی چنان توانی را در فرد ایجاد می کند که زمینه های بروز اضطراب و افسردگی را در او از بین می برد. هم چنین پژوهش های روانشناسان نشان داده است که اساسی و مهم ترین مسئله در شخصیت سالم، وحدت روانی است و در بین سیستم های ارزشی، مثبت اندیشی بالاترین قابلیت را برای ایجاد این وحدت دارد. بنابراین قابل توجه است که گفته شود بین مثبت اندیشی و بهبودی ذهنی رابطه معناداری وجود دارد.

این یافته های این گونه می توان تبیین کرد که مثبت اندیشی بر خلق و خوی انسانی اثرگذار است و آن را می توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (جعفری و همکاران، ۱۳۹۱). وقتی که فردی در زندگی احساس هدفمندی کند، زندگی برای وی ارزشمند خواهد شد و زمانی زندگی برای وی معنی داشته باشد، به تمام اتفاقات می تواند معنی بدهد و از لحاظ روحی و روانی با این اتفاقات کنار بیاید، که این ویژگی به کارکنان کمک می کند تا در زندگی شکسته نشود و قدرت تحمل و پایداری بالایی داشته باشد. علاوه بر این می توان گفت گومز و فیشر (۲۰۰۳)؛ به نقل از مظفری نیا و همکاران، (۱۳۹۳)، بر این باورند نگرش معنوی باعث می شود، فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. به عبارت دیگر، مثبت اندیشی به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی

های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه گیر عمل می کند، موجب کاهش احتمالات ذهنی و ارتقا سطح بهزیستی ذهنی و توسعه خلق شاد در کارکنان می شود. از این رو مثبت اندیشی با بهزیستی ذهنی، به عنوان حالتی دال بر هیجان مثبت، خوشحالی و شادمانی زیاد، رضایت از زندگی، داشتن شور و شمع، روابط مثبت با دیگران، فقدان هیجانات منفی از جمله افسردگی، هدفمند بودن زندگی، داشتن خلقی شاد و سلامت ذهنی، رابطه مستقیم دارد.

با توجه به نتایج تحقیقات (هلیول^۱، ۲۰۰۴؛ رکیونا^۲، ۲۰۰۳؛ بری^۳، ۲۰۰۸) می توان گفت فقدان کیفیت زندگی مطلوب و مثبت اندیشی به منجر به بروز بیماری های روانی در افراد شده و باعث کاهش بهزیستی روان شناختی آنان می شود. در واقع فقدان کیفیت زندگی مطلوب و مثبت اندیشی که به معنی نداشتن روابط با دوستان و خویشاوندان، نداشتن ارتباط اجتماعی با دیگران، پیامدهای روانی متعددی برای افراد به ارمغان می آورد (نصرت آباد، خیر الدین و خسروشاهی، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افزایش کیفیت زندگی مطلوب و مثبت اندیشی باعث به وجود آمدن احساس مثبت و احساس رضایت مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانواده و شغل می شود. بنابراین افراد با کیفیت زندگی مطلوب و مثبت اندیشی بالا به طور عمده هیجانات مثبت بیش تری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی بهتری دارند. از سویی کارکنان دارای کیفیت زندگی نامطلوب و مثبت اندیشی پایین حوادث و موقعیت های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی و بیش تر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه (مایرز و دینر، ۱۹۹۵) می کنند.

از جمله محدودیت های اصلی پژوهش حاضر این بود که با توجه به شرایط فرهنگی و شغلی دیدگاهی که کارکنان بانک در خصوص مثبت اندیشی دارند با کمی محافظه کاری همراه بود که قابل کنترل نبود و علی رغم تاکید بر محرمانه بودن مطالب و ضروری نبودن نوشتن نام بروی پرسشنامه ها احتمال این که کارکنان بانک اطلاعات نادرستی را ارائه داده باشند وجود دارد بر این اساس پیشنهاد می شود در سایر استان ها برای افزایش قدرت تعمیم دهی نتایج و در نتیجه برنامه ریزی دقیق تر برای کارکنان بانک این پژوهش تکرار شود و از روش های مصاحبه برای جمع آوری اطلاعات و پژوهش های طولی برای بررسی دقیق تر نتایج در طول زمان استفاده شود.

پرتال جامع علوم انسانی

¹ Helliwell

² Requina

³ Berry

منابع

- ابراهیمی، علی. (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی گروهی آموزش مهارت های زندگی بر تعارضات والد-نوجوان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- احمدی، مصطفی. (۱۳۸۶). تصمیم گیری، رویکردها و تکنیک ها. *دوماهنامه توسط پایس*. شماره ۱۱. ۲۹-۹.
- ایرانمنش، الهام. (۱۳۸۶)، بررسی رابطه بین استفاده از خدمات مشاوره و کیفیت زندگی افراد کم بینا و نابینا در شهر تهران، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد رودهن
- باوی، ساسان؛ کریمی، جواد؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ وایمانی، مهدی. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های تصمیم گیری شغلی بر خودکارآمدی تصمیم گیری شغلی و بی تصمیمی شغلی دانشجویان. (۱۳)۵.
- پسندیده، راحله؛ ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۵). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهنآگاهی بر افزایش بهزیستی. فصل نامه اندیشه و رفتار. ۱۱(۴).
- پور محمدی، سمیه؛ باقری فریرز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کیفیت زندگی بر پردازش شناختی خودکار. *فصل نامه علمی پژوهشی مطالعات روان شناختی دوره ۱۱(۳): ۱۵۹-۱۴۱*
- خالقی پور، شهناز؛ زرگر، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۲(۲): ۲۶۴-۲۷۳*
- خانجانی و همکاران. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگیهای روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار. ۸(۳۲)*.
- خدابخش کولایی، آ. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر افزایش مهارت های ارتباطی موثر و حرمت به خود در دانش آموزان دختر پایه دوم و سوم دبستان های شهر تهران در سال ۸۹-۹۰. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- دباغی پرویز، عبدالملک فیضه، گودرزی ناصر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر کیفیت زندگی، در میزان استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روانشناختی در کارکنان نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*. دوره ۶(۲۱).
- رابینز، آنتوتی. (۱۳۸۶). شامکید موفقیت، قدرت تفکر منفی، ترجمه، پزشکی، مجید انتشارات نسل اندیش .
- ربانی خوراسگانی، علی و مسعود کیانپور (۱۳۸۶). مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی اصفهان. *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی*. شماره ۴
- سپاه منصور، مژگان؛ شهریار احمدی، منصوره؛ شهامی، ناهید (۱۳۹۱)، رابطه بین کیفیت زندگی، رضایت شغلی و فرسودگی شغلی معلمان، فصلنامه علمی و پژوهشی تحقیقات آموزشی، ۳(۳).
- سپهرنیا، ایرج؛ رنجبر، فرخ، حسین زاده، مرجان، (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر خرده مقیاس های کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت، ۱(۳).

- سراج خرمی، ناصر، برومند نسب، مسعود، یگانه دوست، عصمت، و رشتی، سارا. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش های عباباف، زهره. (۱۳۸۷). مقایسه راهبردهای شناختی و فراشناختی دانش آموزان دوره متوسطه به تفکیک سطح توانایی، رشته تحصیلی جنسیت و ارائه پیشنهادهایی در حوزه برنامه درسی. فصلنامه نوآوری های آموزشی، سال هفتم، شماره ۱۵۰، ۲۵-۱۱۹.
- عبادی، ندا، ۱۳۸۹، بررسی اثر بخشی مثبت نگری در افزایش امید به زندگی زنان بدون همسر، شهر اهواز با تاکید بر قرآن جلسه روان شناسی دین، ش دوم، سال سوم.
- فخر الهی، ع. (۱۳۸۴). مهارت های زندگی به شیوه های نوین. مجله مشاور مدرسه. سال دوم، شماره ۶.
- فراهانی، م. ت؛ محمدخانی، ش. و جوکار، ف. (۱۳۸۸). رابطه بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در معلمان شهر تهران. فصلنامه علمی- پژوهشی در سلامت روان شناختی. دوره سوم، شماره اول، بهار. فضیلتی، منصوره. (۱۳۹۱). تاثیر حواسپرتی بر فرآیند تصمیم گیری کارکنان بانک بر اساس سیستم های مغزی- رفتاری. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور. تهران مرکز.
- فولاد چنگ، ناصر. (۱۳۷۵). بررسی نقش پردازش فراشناختی در یادگیری و انتقال یادگیری حل مساله. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- فولاد چنگ، محبوبه، رضویه، اصغر، خیر، محمد، والبرزی، شهلا. (۱۳۸۶). بررسی تاثیر پردازش فراشناختی بر حل مساله. مجله علوم اجتماعی و انسانی. دانشگاه شیراز، دوره ۲۶، شماره ۳، ص ۹۸-۹۵.
- قلتاش، عباس، اوجی نژاد، احمد رضا، و برزگر، محسن. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش راهبردهای فراشناخت بر عملکرد تحصیلی و خلاقیت دانش آموزان پسر پایه پنجم ابتدایی. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد تنکابن، سال اول، شماره ۴، ۱۳۵-۱۱۹.
- کریمی، پیروش. (۱۳۹۰). نقش خودباوری و خلاقیت فلسفی بر مهارت تصمیم گیری مدیران دوران متوسط شهرستان خرم آباد در سال تحصیلی ۹۰-۸۹. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد رودهن.
- کویلیام سوزان، ۱۳۸۶، مهارت های زندگی تفکر مثبت، ترجمه عنقای، مهربانو، انتشارات به تدبیر کیانپور، مسعود، (۱۳۸۸). بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و احساسات اجتماعی در شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان.
- مرادی، عالیه. (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش مبتنی بر فراشناخت بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد مرودشت.
- مصطفایی، علی و محجوبی، طاهره. (۱۳۸۸). تفکر و فراشناخت مفاهیم، نظریه ها و کاربرد آن. تهران: نشر پرسش.
- مفاخری، عبدالله. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش فراشناخت و کیفیت زندگی بر نگرش های زیست محیطی، رفتار شهروندی سازمانی و بهزیستی اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور، مرکز تحصیلات تکمیلی.

مهدویانی، عارفه؛ رجائی پور، سعید و عابدینی، یاسمین. (۱۳۹۲). رابطه مولفه فراشناخت و قوف شناختی و سبک تصمیم گیری عقلایی در مدیران دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. کنفرانس بین المللی مدیریت، چالشها و راهکارها.

مهر نژاد، هایده. (۱۳۷۸). بررسی ارتباط و نقش فراشناخت در درک مطلب خواندن دانش آموزان دختر پنجم ابتدایی و سوم راهنمایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران.

میرمحمدصادقی، لیلا. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی بر یادگیری زبان فارسی سواد آموزان از دیدگاه آموزشیاران نهضت سواد آموزی منطقه خمینی شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور. اصفهان.

نادری، فرخ؛ برومند، مسعود، ورزنده، مهتاب، (۱۳۸۷). تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر اضطراب و ابراز وجود دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بهبهان، روان شناسی اجتماعی، دوره ۲، شماره ۶.

ناصری، فاطمه. (۱۳۹۱). رابطه ی سبکهای تصمیم گیری با مولفه های بهزیستی ذهنی اعضاء هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور.

یونیسف (۲۰۰۵). هاتر گبوی، کارول. راهنمای آموزشی مهارت های زندگی. بازنویسی و تنظیم فاطمه قاسم زاده، ترجمه نگین عبدالله زاده.

- Andrew, M., Parker, Baruch, Fischhof. (2005). Decision-making competence: external validation through an individual-differences approach. *Journal of Behavioral Decision Making*, 18, 1–27.
- Annika F.s. gunilla C (2007) health- promoting Aspects of a paid Job: Findings in a qualitative Interview Study with Elderly Women in Sweden. *Health Care for Women International* 28,10: 909-929. approach to morality research. *Journal of Moral Education*, 29, 381-396.
- Bartley, M. Popey, J. Plewis, I (1992)"Domestic Condition, Paid Employment, and Women's Experience of Ill-Health". *Sciology of Health and Illness* 14 (3).313-343
- Becker-Weidman, E. G. Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Silva, S. G. & March, J. S. (2010). Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 11-18.
- Beelknap, R., A. (2000). One woman's life viewed through the interpretive lens of Gilligan's theory. *Violence against Women*, 6, 586-605.
- Berman, A., & Hays, J. (1973). Relationship between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting and inical Psychology*, 41, 318.
- Bhargave, J. N. (1993). *Economics of Information Management*, Jampur: Arihant Publishing House.
- Bonatti, E., Kuchukhidze, G., & Zamarian, L. (2009). Decision Making in Aambiguous and Risky Situation after Unilateral Lobe Epilepsy Surgery. *Epilepsy & Behavior*, 14,665-73.
- Botes, A. (2000). A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1071-1075.
- D'zurilla, T.J &Sheedy, E.C. (1992). The relations between problem – solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*. 19, 547-562
- Dalkey, N. C. et al., (1972)"Studies in Quality of Life, Washington DC". Lexington Books .

- Damon, W., & Hart, D. (1992). *Self-understanding and its role in social and moral development*. In M. H. Bornsheim & M. E. Lamb, *Developmental Psychology: an advanced textbook*. Hillsdale: NN.J. a revised instrument of moral judgment. *Journal of Educational Psychology*, 91, 644-659.
- Flavell, J. H. (1999). *Cognitive development*. (2 ND ED). New Jersey: Prentice-Hall.
- Fritzell I. S., Gunilla R.W., Johan F. and Burstroma B (2007) From macro to micro :The health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Social Science & Medicine*. 65 (12): 2474-2488.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (1998). *Cognitive neuroscience: The biology of the mind* (New York, Norton).
- Ghodsy, A. (2012). Effect of Problem-solving Skills Education on Auto-regulation Learning of High School Students in Tehran. *Procedia - Social and Behavioral Science*, 69, 688 – 694.
- Giovanni, A and Paola, M (1999) review of the concept of quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Journal of Nephrology, Dialysis, Transplant*, 14: 69-65
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Hermann, B. Ann, I., D, Gerald, G. (Eds.), (1990). *Cognitive and metacognitive goals in reading and writing reading in the middle school*, 2, 81-84. Newark, Delaware: International Reading Association.
- Hettington, M. E. & Parke, R. D. (1993). *Child psychology*. New York. McGraw-Hillbook Company.
- Jacob. F.M. (2006). Continuities in support experience: Well-being and distress from attachment style of personal living.
- Lower, Edward, E., & Rhode, John Grant. (1976). *Information and control in organizations*. California: Goodyear Publishing Co.
- Meadows, S. (in press). *The child as thinker*. Routledge is an International Thomson
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14(3): 875-882.
- Morea of Maydeu, Olivares, Nygren, T. E. white, R. J. Fernandez, N. P. & S. Kewe, M.C. (2006). Social problem solving predicts decision making styles among US Hispanics. *Personality and Individual Differences*, 41, 307-317.
- Mulert, C., Seifert, C., Leicht, G., Kirsch, V., Ertl, M., Karch, S., Moosmann, M., et al. (2008). Single-trial coupling of EEG and fMRI reveals the involvement of early anterior cingulate cortex activation in effortful decision-making. *NeuroImage*, 42, 158-168.
- Muss, R. E. (1988). Carol Gilligan's theory of sex differences in the development of moral reasoning during adolescence. *Adolescence*, 89, 229-243.
- Orley J., Kuyken W (1994) "The WHOQoL Group development of the world health organization". *Quality of life. Assessment Internal perspective*. 12: 1-6.
- Rest, J., R., Narvaez, D., Thoma, S., J., & Bebeau, M., J. (2000). A neo-Kohlbergian
- Richard, E., Mayer. (1998). Cognitive, metacognitive, and motivational aspects of problem
- Robert, D. Tennyson, K.B. (2002). Improving problem solving and creativity
- Ronny, S. Jan-Eric, G. (2015). The relations among openness, perseverance, and performance in creative problem solving: Substantive-methodological approach. *Thinking Skills and Creativity*.

- Schneider, W., Lockl, K., T.J., R.L. & Schwartz. (Eds.). (2002). *The development metacognitive knowledge in children and adolescence in applied metacognition*. Cambridge: Cambridge University Press, 224-257.
- solving. *Instructional Science*, 26, 49–63.
- Spada, M. M& .Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44: 1172–1181.
- Swanson, H. (1990). Influence of metacognitive knowledge and aptitude on problem solving. *Journal of Educational Psychology*, 82, 306-314.
- through use of complex-dynamic simulations. *Computers in Human Behavior*, 18, 650–668.
- Thunholm. P. (2004). Decision-making Style: habit, style or both. *Journal of Personality and Individual Differences*, 92, 932-933
- Turiel, E., & Helwig, C. C. (2000). *Children's social and moral reasoning*. To appear in: C.
- Turiel, E., & Smetana, J., G. (1984). *Social knowledge and action: The coordination of domains*. In W.M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Eds), *morality, moral behavior, and moral development: basic issues in theory and research* (pp.261- 282). New York: Wiley.
- Wolfinger, N., H., Rabow, J., & Newcomb, M., D. (1999). The different voices of
- Young R, K. Mi Sun, P. Tamara, J. Moorea, S. (2013). Multiple levels of metacognition and their elicitation through complex problem-solving tasks. *Journal of Mathematical Behavior*, 32, 377–396.
- ysenk, M. W. (2000). *Psychology: A students' Handbook*, HongKong: Psychology Press a Member of the Taylor & Francis Group.



The relationship between quality of life and positive thinking and mental well-being

Alireza Nourani¹, Aboutaleb Seadatee Shamir²

Abstract

Purpose: The present study aimed to predict the quality of life based on mental well-being and positive thinking.

Methodology: The present research method was a descriptive correlation in terms of data collection and in terms of purpose it was among the basic researches. The statistical population of this study was all employees of export banks of Tehran's 6th district. In this study, the number of statistical samples based on Karajsi and Morgan table (1976) was 240 people. Step-by-step class sampling was used for sampling, in the present study, to measure the quality of life from the Quality of Life Questionnaire (World Health Organization, 2000). Positive Thinking Questionnaire (Ingram and Wissenicki, 2001) was used to measure positive well-being. Goldberg and Hiller (1979) General Health Health Questionnaire was used to measure mental well-being. The step-by-step method was used to enter the prediction variables in the regression model.

Results: The results showed that 6 sub-variables 1. Physical health 2- Psychological well-being 3- Social relations 4- Environmental health 5- Quality of life 6- Positive thinking entered the regression equation. The results also showed that physical health alone predicted 20% of the variance observed in mental well-being. The addition of psychological well-being, social relationships, environmental health, quality of life and positive thinking, respectively, added 4, 2, 2, 2, 3% to the previous variance, and the six models together explained 33% of the variance of mental well-being. R Square = 30).

Conclusion: According to the research findings, there is a relationship between positive thinking and quality of life with mental well-being. Therefore, mental well-being is predicted based on positive thinking and quality of life.

Keywords: quality of life, mental and positive well-being, psychological well-being, social relations, environmental health

¹ Master of Personality Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Personality, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran (Author) seadatee@srbiau.ac.ir