

## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۷ بهار ۱۳۹۹

# روابط ساختاری سرمایه روان شناختی و امید به زندگی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی میانسالان

غلامحیدر نیکخو<sup>۱</sup>، خلیل اسماعیل پور<sup>۲\*</sup>، منصور بیرامی<sup>۳</sup>، تورج هاشمی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران

۳- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران

۴- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۰

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲

### چکیده

هدف پژوهش، بررسی روابط ساختاری اثر سرمایه روان شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زندگی بر میزان امید به زندگی میانسالان بود. در این پژوهش با استفاده از روش همبستگی، اعضای نمونه از بین جامعه میان سالان استان آذربایجان غربی (N=۵۳۶۲۱۸)، به تعداد ۷۴۴ نفر میانسال (به طور مساوی از هر دو جنس) با استفاده روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های اندازه‌گیری امید به زندگی (LES)، کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (PCQ) و رضایت از زندگی (SWLS) جمع‌آوری شد. برای تحلیل روابط ساختاری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد متغیر سرمایه روان شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با اثرات کل (اثرات مستقیم و غیر مستقیم) ۰/۶۹ توانست ۰/۴۸ از کل واریانس (تغییرات) متغیر نهایی امید به زندگی میانسالان را تبیین کند ( $p < 0/001$ ). بطور کلی، تحلیل داده‌ها نشان داد که مدل اندازه‌گیری شده از برازش قابل قبولی برخوردار است. سرمایه روان شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زندگی تأثیر مثبت و معناداری در تغییرات امید به زندگی میانسالان دارند. براین اساس، هر چه میزان کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در اثر متغیر سرمایه روان شناختی افزایش یابد، میزان امید به زندگی میانسالان ارتقاء خواهد یافت.

**کلیدواژه:** امید به زندگی؛ کیفیت زندگی؛ رضایت از زندگی؛ سرمایه روان شناختی

## مقدمه

میانسالی فصلی از زندگی است که در محدوده سنی ۴۰-۶۵ سال قرار دارد (برک<sup>۱</sup>، ۱۳۸۹). در این دوره افراد به همراه تغییرات مختلف فیزیولوژیکی و جسمانی، شناختی و اجتماعی با تجربی بسیار متنوع و گهگاه ضد و نقیض مواجه می‌شوند و از سوی دیگر، از آرامش نسبی برخوردار هستند (آزاد، ۱۳۹۳). در دوره میانسالی پدیده‌های روانی مانند روابط عاطفی و احساسی، خودشناسی و مسائل بازنشستگی رخ می‌دهد و تأثیرات خود را بر جریان رشد فرد به جای می‌گذارد (احدی و جمهری، ۱۳۸۶). بطوریکه، اریکسون<sup>۲</sup> از روانشناسان برجسته رشد، عنوان می‌کند که در مرحله میانسالی نوعی تعارض روان شناختی، حاصل زاینده‌گی در مقابل رکود، که با مشاهده رشد فرزندان همراه با احساس مولد بودن در شغل خود یا بی‌ثمر دانستن کار و تلاش شکل می‌گیرد. بطوریکه این تعارض در هیجان‌ات و روابط اجتماعی میانسال تأثیر می‌گذارد (کریمیان، ۱۳۹۴). از سوی دیگر لوینسون<sup>۳</sup>، بنیانگذار نظریه "فصول زندگی"، بیان می‌کند که در این دوره از زندگی، میانسالان با پرسش‌های جدیدی درباره مسئولیت‌های خانواده، فرزندان و باقی مانده عمر خود مواجه می‌شوند و با مرور گذشته و توجه به فرصت‌های باقی مانده عمر خود گهگاه دستخوش احساس ناکامی می‌شوند (لطف‌آبادی، ۱۳۷۹).

بر این اساس، بسیاری از روان‌شناسان دوره میانسالی را پرفشارترین دوره زندگی دانسته‌اند که در این دوره مسائل زندگی خانوادگی، پرورش فرزندان، به دست آوردن و نگهداری و ارتقای شغل، مشکلات تهیه مسکن فشارهای گوناگونی به همراه تغییرات توانایی‌های بدنی و انرژی روانی فوق العاده را بر فرد وارد می‌کند (کریمیان، ۱۳۹۴). به همین دلیل به اعتقاد ویلانت<sup>۴</sup>، میانسالان در جریان سازگاری با زندگی، خود و محیط اطراف خویش را تغییر می‌دهند و چگونگی سازگاری‌های میان سال با محیط، کیفیت زندگی او را معین می‌کند (گنجی و بابازاد، ۱۳۹۳). بنابراین، تغییرات دوران میانسالی، بسیاری از بزرگسالان را ترغیب می‌کنند تا روی بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی و سلامت روانی و جسمانی خود تمرکز کنند (دانش نیا، رزم آرا، آقایی و مولوی، ۱۳۹۲). بدین لحاظ، یکی از مسایل مهمی که در دوره میانسالی از طرف روان‌شناسان و متخصصان سلامت از زمان‌های خیلی دور مطرح بوده، شناخت عوامل روانی، جسمانی و محیطی تأثیر گذار بر کیفیت زندگی و رضایت زندگی امید به زندگی<sup>۵</sup> (عمر باقی مانده) آنها است.

امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر<sup>۶</sup> در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضوی از آن جامعه چند سال می‌تواند توقع حیات داشته باشد (حسینی، ۱۳۸۴). بر این اساس، امید به زندگی به عنوان یک شاخص آماری، نشانگر میزان توسعه یافتگی جوامع می‌باشد (نویداهم، ۱۳۹۱). به طوری که، بر اثر توسعه یافتگی جوامع در طی ۵۰ سال گذشته، متوسط امید به زندگی در بدو تولد در سراسر جهان تقریباً بیش از ۲۰ سال افزایش پیدا کرده و از ۴۶/۵ در سال ۱۹۵۵ به ۶۲/۵ در سال ۲۰۰۲ رسیده است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). مقایسه این شاخص‌ها در بین کشورهای خاورمیانه در سال ۲۰۱۳ بر اساس آمار پایگاه اینترنتی CIA<sup>۸</sup> نشان داد که میزان شاخص امید به زندگی در بدو تولد برای شهروندان ایرانی به طور متوسط ۷۱ سال است، بطوریکه میزان آن، بیش از ۱۰ سال کمتر از سن امید به زندگی شهروندان کشورهای توسعه یافته است.

<sup>1</sup> Berk

<sup>2</sup> -Eikson

<sup>3</sup> -Levinson

<sup>4</sup> - Vaillant

<sup>5</sup> -Life Expectancy

<sup>6</sup> -Longevity

<sup>7</sup> -World Health Organization

<sup>8</sup> - Central Intelligence Agency

پیشرفت علوم پزشکی در سلامت جسم، افزایش سطح دسترسی مردم به خدمات بهداشتی، افزایش آگاهی مردم، تغییر سبک زندگی از جمله دلایل افزایش سن امید به زندگی در جهان بوده است (کورتیس<sup>۱</sup>، ۱۳۸۵). در ربع آخر قرن بیستم انگل<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) با معرفی مدل زیستی، روانی و اجتماعی<sup>۳</sup> و با تشبیه زندگی ما به درون یک محیط بوم شناختی زندگی که در آن محیط گونه‌های مختلف بر ما تاثیر می‌گذارند، براهمیت تاثیر عوامل زیستی، محیطی و روانی بر طول عمر و سلامتی انسان افزودند (علی پور، ۱۳۹۰). طبق این مدل، میزان امید به زندگی فرد نتیجه تأثیر متقابل عوامل زیست شناختی (از قبیل تغذیه، سلامت جسمانی، اندامها و بافتها)، روانی (از قبیل برخورد، باورها و رفتارها) و اجتماعی (از قبیل طبقه، نوع کار و قومیت) است (کورتیس، ۱۳۸۵). در این راستا، محققان سلامت در کنار عوامل محیطی و اجتماعی، تأثیر عوامل روان شناختی بر امید به زندگی را برجسته نموده‌اند. به طوری که به اعتقاد روان شناسان افراد با گذشت زمان، از طریق فرایند که «رشد» نامیده می‌شود، تغییر می‌کنند. در حین فرایند رشد، هر دورانی از عمر تحت تاثیر وقایع سالهای قبلی است و خود بر وقایع سالهای بعدی نیز اثر می‌گذارد. طی این زمان افراد سلامت، بیماری و نقش دستگاههای مختلف زیستی روانی اجتماعی تغییر می‌کنند. به همین جهت، در بررسی فراخنای زندگی، توجه به عوامل اثر گذار روان شناختی در کنار سایر عوامل محیطی و اجتماعی ضرورت دارد (سارافینو<sup>۴</sup>، ۱۳۸۷).

بدین جهت، امروزه تعیین و شناخت عوامل روانی در ارتقاء امید به زندگی میان سالان از اهمیت و ضرورت بیشتری برخوردار است (شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸). چنانچه، اخیراً نقش عوامل روان شناختی با توسعه رویکردهای جدید روان-شناسی بهتر از گذشته مورد توجه محققان و متخصصان سلامت و تندرستی قرار گرفته است، بطوریکه آماره‌های موجود در بسیاری از کشورهای جهان حاکی از آن است که امروزه بیماریهای مزمن نظیر دیابت، سرطان، بیماریهای قلبی-عروقی و ریوی از دلایل اصلی مرگ و میر محسوب می‌شوند، شدیداً تحت تاثیر عوامل روانی، محیطی و سبک زندگی افراد قرار دارند (کاجل، بام و کراتس<sup>۵</sup>، ۱۳۷۷).

بنابراین، تاثیر و اهمیت عوامل روان شناسی در ارتقایی میزان امید به زندگی افراد میانسال غیر قابل انکار است. بر این اساس، ویژگیهای روان شناختی از قبیل سرمایه روان شناختی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی را می‌توان بعنوان مهمترین عوامل تاثیر گذار بر میزان امید به زندگی میان سالان نام برد. بطوریکه، بررسی نتایج پژوهش‌های بدست آمده در زمینه سلامتی و تندرستی حاکی از آن است که تاثیر ظرفیت‌های روان شناختی، از قبیل خودکارآمدی<sup>۶</sup>، امیدواری<sup>۷</sup>، تاب‌آوری<sup>۸</sup> و خوش بینی<sup>۹</sup> در مجموع بعنوان یک منبع یا عامل نهفته جدیدی بنام سرمایه روان شناختی<sup>۱۰</sup> را تشکیل می‌دهند، بر میزان سلامتی و طول عمر انسان غیر قابل انکار است (اوی، لوتانز و یوسف<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶).

<sup>1</sup> -Curtis

<sup>2</sup> - Engle

<sup>3</sup> - Biopsychosocial Perspective

<sup>4</sup> -Sarafino

<sup>5</sup> -Catchel ,Baum & Krantz

<sup>6</sup> -self-efficacy

<sup>7</sup> -hope

<sup>8</sup> -resiliency

<sup>9</sup> -optimism

<sup>10</sup> -Psychological Capial

<sup>11</sup> - Avey,Luthans& Youssef

سرمایه روان شناختی، یک حالت توسعه ای مثبت روان شناختی با مشخصه هایی از قبیل اعتمادبنفس (خودکارآمدی)، تعهد و انجام تلاش برای موفقیت در کارها، وظایف چالش برانگیز، داشتن استناد مثبت (خوش بینی) درباره موفقیت های حال و آینده، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف (امیدواری) برای دستیابی به موفقیت، پایداری و استواری هنگام بروز سختی ها و مشکلات برای حفظ و بازیابی خود، و حتی فراتر از آن، پیشرفت و ترقی هنگام مواجهه با مشکلات و سختی ها (انعطاف پذیری) است (لوتانز، آوولی و یوسف<sup>۱</sup>، ۱۳۹۲ نقل از جمشیدیان و فروهر). عبارت دیگر سرمایه روان شناختی، از شاخص های روان شناسی مثبت گرا است که با ویژگیهای از قبیل باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و تحمل کردن مشکلات تعریف می شود (لوتانز، ۲۰۱۲). برخوردار بودن از سرمایه روان شناختی، افراد را قادر می سازد تا علاوه بر مقابله در برابر موقعیت های استرس زا کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات توانایی بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا این افراد دارای سلامت روان شناختی بالاتری هستند (لوتانز و یوسف، ۲۰۰۴).

بنابراین، با وجود اینکه تا کنون تحقیقی در جهت تعیین رابطه سرمایه روان شناختی و امید به زندگی انجام نپذیرفته است، اما از نتایج تحقیقات مختلف چنین می توان چنین استنباط کرد، افراد با سرمایه روان شناختی بالا، با داشتن هدف های والا، قدرت و توانایی رویارویی با موانع و چالش ها (سلیمانی و هویدا، ۱۳۹۲)، توان بازگشت به سطح معمولی عملکرد پس از رویارویی با موقعیت های دشوار زندگی با تکیه بر اسناد منطقی در پیروزی ها و شکست ها توأم با خوش بینی (لوتانز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و نهایتاً احساس امیدواری و انرژی مثبت جهت دستیابی به هدف (اسنایدر، چیونس و سیمپسن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۷) از میزان امید به زندگی بالایی برخوردار خواهند بود.

همانطوریکه اشاره شد، با وجود اینکه تحقیقاتی تاکنون رابطه مستقیم بین سرمایه روان شناختی با میزان امید به زندگی را تایید نکرده است، اما بررسی نتایج مختلف تحقیقات نشان می دهند دو شاخص مهم کیفیت زندگی و رضایت از زندگی تحت تاثیر متغیر سرمایه روان شناختی بعنوان متغیرهای میانجی تاثیر معنی دار بر میزان امید به زندگی داشته است (مارک من، بالکین و بارون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵، ماستن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱، رضایی، ۱۳۹۲، عسکری، کهریزی و کهریزی، ۱۳۹۲؛ و کارگر، ۱۳۸۹). بدلیل اینکه سرمایه روان شناختی در افزایش میزان کیفیت زندگی و رضایت زندگی افراد جامعه نقش تعیین کننده دارد (آقا یوسفی و همکاران، ۱۳۹۱؛ خعلتبری و بهاری، ۱۳۸۹). از طرفی، بین هریک از شاخص های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با میزان امید به زندگی رابطه معنی دار وجود دارد (ثنایی، زردشتیان، نوروزی سید حسینی، ۱۳۹۲؛ شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸؛ نصیری و جوکار، ۱۳۸۷).

بنابراین، برحسب نتایج بدست آمده از تحقیقات مختلف، می توان رابطه غیر مستقیم امید به زندگی با میانجیگری متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با مولفه های سرمایه روان شناختی استنباط کرد. از طرفی، شاخص کیفیت زندگی بعنوان متغیر میانجی، موثرترین ویژگی روان شناختی است که بر میزان امید به زندگی تاثیر دارد (موسر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). براین اساس، امروزه کیفیت

<sup>1</sup> -Luthans, Avolivo & Yossef

<sup>2</sup> -Luthans

<sup>3</sup> - Snyder, Cheavens & Sympson

<sup>4</sup> -Markman, Balkin, & Baron

<sup>5</sup> - Masten

<sup>6</sup> - Moser

زندگی با چهار بعد سلامت جسمی<sup>۱</sup>، سلامت روان شناختی<sup>۲</sup>، روابط اجتماعی<sup>۳</sup> و ارتباط با محیط<sup>۴</sup> بعنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامتی و طول عمر شناخته شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). بدین لحاظ، کیفیت زندگی بعنوان کلیدی‌ترین مفهوم شاخص پیشرفت یک اجتماع، یعنی امید به زندگی است (موسر، ۲۰۰۹)، بلکه دربرگیرنده مهم‌ترین عواملی است که رضایت از زندگی افراد جامعه را تعیین می‌کنند (حاجی احمدی فومنی، شمس اسفند آباد و کاکاوند، ۱۳۹۳).

از سوی دیگر، عوامل مهم تأثیرگذار دیگری که درمیزان امید به زندگی تأثیر دارد، شاخص رضایت از زندگی یا همان شاخص‌های خوشبختی است (تقریبی، تقریبی، شریفی و سوکی، ۱۳۸۹). شاخص رضایت از زندگی، ترکیبی از شرایط فردی و اجتماعی بوده و در واقع نشانه‌ای از نگرش‌های مثبت فرد نسبت به جهان و محیطی که وی را فرا گرفته و در آن زندگی می‌کند، است. رضایت از زندگی، همبستگی بالایی با امید به زندگی و احساس خوشبختی در جامعه دارد و نشانه نگرش فرد به خود و جهان پیرامونی است (بایلی، وینینینگ، فریسیج و سنیدر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ اونگ، ادوارد و بیرژمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). بطوریکه، نتایج تحقیقات مختلف تایید کرده است، نکته کلیدی در تعیین سطح امید به زندگی، رضایتمندی از شرایطی است که فرد در آن قرار دارد. پس می‌بایست دنبال عواملی بود که سبب رضایتمندی افراد در زندگی می‌شود (شیخی، ۱۳۹۰).

بنابراین، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی متغیرهایی هستند که رابطه مثبت و معنی دار با امید به زندگی دارند، بدین صورت که هرچه میزان کیفیت زندگی و رضایت از زندگی مطلوب‌تر شود، میزان امید به زندگی بالاتر خواهد شد و بالعکس. در نتیجه توان پیش بینی امید به زندگی بهتر از روی سرمایه روان شناختی با میانجیگری متغیرهای رضایت از زندگی و مولفه‌های کیفیت زندگی وجود دارد. بر این اساس، از بررسی نتایج تحقیقات بیسایر، تیم، اشمیتز و گولدبک<sup>۷</sup> (۲۰۰۹)، مالکا و کونوای<sup>۸</sup> (۲۰۰۹)، مارممنی، پانی، پکینی و پروگی<sup>۹</sup> (۲۰۰۷)، مورگان، گاستون و ماک<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۶) و ماستن (۲۰۰۱) چنین استنباط می‌شود، شاخص سرمایه روان شناختی با میانجیگری متغیر کیفیت و رضایت از زندگی در میزان امید به زندگی تأثیر معنی‌داری دارد.

بطور کلی از نتایج مختلف چنین استنباط می‌شود که عوامل روانی از قبیل سرمایه روان شناختی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در میزان امید به زندگی نقش تعیین کننده دارند. بنابراین، بررسی عوامل موثر در سلامتی انسانی چه از بعد روانی یا جسمانی در افزایش میزان امید به زندگی با در نظر گرفتن اثرات میانجی کیفیت و رضایت زندگی در دوره میانسالی با وجود حتمی افت قابلیت‌های جسمی و افزایش خطر بیماری‌ها از مسائل خیلی مهم و ضروری است. بر این اساس، از آنجا که یکی از شاخص‌های اصلی توسعه یافتگی جوامع امروز، مقوله «امید به زندگی» است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم جهت رسیدن به توسعه همه‌جانبه هستند، بدیهی است هدف این تحقیق، در جهت تبیین علل و مولفه‌های روانی تأثیرگذار بر امید به

<sup>1</sup> - Physical Health Domain

<sup>2</sup> - Psychological Domain

<sup>3</sup> - Social relationship Domain

<sup>4</sup> - Environmental Domain

<sup>5</sup> -Bailey, Winnieeng, Frisch& Snyder

<sup>6</sup> -Ong, Edwards& Bergeman

<sup>7</sup> - Besier, Tim., Schmitz& Goldbeck

<sup>8</sup> - Malka & Covington

<sup>9</sup> - Maremmanni , pani , Pacini , &Perugi

<sup>10</sup> -Morgan, Gaston, & Mock

زندگی، موجب کمک به مساله مهم توسعه پایدار کشور شده و می‌تواند در پیشگیری افراد میانسال از ابتلاء به بیماری‌های جسمانی و روانی کاهش دهنده طول عمر کاربرد داشته باشد.

در مجموع، می‌توان عنوان نمود دوره میانسالی بارورترین دوره زندگی محسوب می‌گردد و افراد می‌توانند حداکثر استفاده را از نیروهای ذهنی و جسمی خود بنمایند. با وجود این، در انتهای دوره میانسالی بتدریج از توان انسان کاسته می‌شود و افراد به طرف دوره خاصی (مثلاً بازنشستگی) گام برمی‌دارند نگرانی‌های در رابطه با سلامتی و امید به زندگی ممکن است در آنها مستولی گردد. براین اساس، از آن جایی که امید به زندگی در بین میانسالان رابطه مستقیم و غیرمستقیمی با شاخص‌های بهداشت جسمانی و روانی دارند و ارتقای سرمایه روان شناختی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در بهبودی میزان امید به زندگی آنها نقش به سزایی دارد. لذا، هدف پژوهش، بررسی روابط ساختاری اثر سرمایه روان شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زندگی بر میزان امید به زندگی میانسالان بود.

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی با استفاده روش «مدل‌یابی معادلات ساختاری»<sup>۱</sup> بود. در پژوهش حاضر از نسل دوم روش «کمترین مجذورات جزئی (PLS)»<sup>۲</sup> برای آزمون الگوهای اندازه‌گیری و فرضیه پژوهش استفاده شده است. نمونه آماری این پژوهش از بین جامعه آماری میان سال (بین ۴۰ تا ۶۵ سال) با حجم جامعه (N=۵۳۶۲۱۸) به تعداد ۷۴۴ نفر از استان آذربایجان غربی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با در نظر گرفتن میزان سهمیه ای برای گروه‌های جنسی زنان و مردان، پس از بلوک بندی شهرهای ارومیه (۱۷۰ نفر)، میاندوآب (۸۲ نفر)، مهاباد (۸۲ نفر)، نقده (۸۲ نفر)، سلماس (۸۲ نفر)، ماکو (۸۲ نفر)، خوی (۸۲ نفر) و بوکان (۸۲ نفر) با مراجعه مستقیم به درب منازل و محل کار انتخاب شده است.

## ابزارهای پژوهش

**مقیاس امید به زندگی (LES)**<sup>۳</sup>: با توجه به اینکه میزان امید به زندگی در هر سنی، به معنای امید ریاضی (میانگین متوسط) سال‌های باقیمانده از عمر در آن سن است که با سلامت کامل و بدون ناتوانی سپری خواهد شد. امید به زندگی برای هر کشوری در مطالعات جهانی و ملی قابل برآورد است. البته داده‌ها و روش‌های مورد استفاده و نتیجه حاصل از برآوردها الزاماً با یکدیگر یکسان نیستند، چنانچه برآورد ملی امید به زندگی سالم در ایران ۴/۵ سال متفاوت از برآورد مدل ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی بوده است (پور ملک، ابولحسنی، مجدزاده، نقوی، هلاگوئی و فتوحی، ۱۳۸۶). از این رو مرکز آمار ایران امید به زندگی در ایران را بصورت غیرمستقیم و بر اساس مدل لجستیک تا سال ۱۴۰۰ هجری شمسی، با حدود اطمینان ۹۵ درصد برای کل جمعیت (۷۱/۲۲)، مردان (۶۸/۹۴) و زنان (۷۳/۶۲) برآورد نموده است (پورملک و همکاران، ۱۳۸۶). براین اساس، در این تحقیق، میزان امید به زندگی

<sup>۱</sup> -Structural equation modeling

<sup>۲</sup> -Partial Least Square

<sup>۳</sup> - Life expectancy scale

اعضای نمونه به صورت غیرمستقیم و با استفاده از مقیاس امید به زندگی آلن و لیندا<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) اندازه‌گیری شده است. این مقیاس توسط مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا در سال ۲۰۰۳ با ۲۷ سؤال در قالب ۲ خرده مقیاس (عوامل شخصی و شیوه زندگی) تهیه شده است (گنجی، ۱۳۸۶). سؤالهای خرده آموزنها به ترتیب پشت سر هم قرار گرفته اند، بطوریکه از سوال ۱ تا ۱۲ مربوط به خرد آزمون عوامل شخصی-زیستی، از سؤال ۱۳ تا ۲۷ مربوط به خرده آزمون شیوه زندگی است، که سوالات آزمون به صورت (۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شود. میزان پایایی این مقیاس به روش آلفای کراباخ در تحقیق احدی و مزید (۱۳۹۳) برای مولفه های عوامل شخصی و شیوه زندگی برابر ۰/۸۹ و ۰/۹۵ و در تحقیق خدایی (۱۳۹۲) برای مولفه های عوامل شخصی و شیوه زندگی برابر ۰/۸۵ و ۰/۸۹ برآورد شده است. در این پژوهش میزان امید به زندگی پس از اندازه‌گیری با مقیاس فوق، با استفاده از جدول امید به زندگی که توسط پورملک و همکاران (۱۳۸۶) با استفاده نرم افزار DISMOD II سازمان بهداشت جهانی با اطمینان (۹۵ درصد)، برای میانسالان ایرانی نرم شده است، محاسبه شده است. همچنین در این تحقیق نیز، میزان پایایی پرسشنامه امید به زندگی به روش آلفای کراباخ برای مولفه های عوامل شخصی و شیوه زندگی برابر ۰/۸۸ و ۰/۹۱ بدست آمده است.

### مقیاس کوتاه سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)<sup>۲</sup>: این مقیاس در سال ۱۹۹۴

زیر نظر سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی کیفیت زندگی در چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط طراحی شد. پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد که دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند و بقیه به ۴ حیطه فوق مربوط است (سعیدپور نقاش تهرانی، حبیبی وایمانی، ۱۳۹۱). در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (نصیری، هاشمی و حسینی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). بطوریکه سؤالهای خرده مقیاس سلامت جسمانی (۱۵، ۱۰، ۴، ۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، و سؤالهای خرده مقیاس سلامت روان شناختی (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶)، و سؤالهای خرده مقیاس روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱، ۲۲) و خرده مقیاس ارتباط با محیط اجتماعی (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵) است و نحوه نمره گذاری این مقیاس بصورت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. در ایران نیز تحقیقات نصیری (۲۰۰۶) و نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد، مجدزاده (۱۳۸۵) میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس بیش از ۰/۷۱ برآورد شده است. در این تحقیق نیز، میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مولفه های سلامت جسمی (۰/۹۱)، سلامت روان شناختی (۰/۸۹)، روابط اجتماعی (۰/۹۳) و ارتباط با محیط (۰/۸۱) محاسبه شده است.

### پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (PCQ): این پرسشنامه چهار خرده مقیاس امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی

را می‌سنجند و دارای ۲۴ سوال (هر خرده مقیاس ۶ گویه) است و سؤالهای خرده مقیاسهای این مقیاس به ترتیب سؤال ۱ تا ۶ خرده-مقیاس خودکارآمدی، از سؤال ۷ تا ۱۲ خرده مقیاس امید، از سؤال ۱۳ تا ۱۸ خرده مقیاس تاب‌آوری و از سؤال ۱۹ تا ۲۴ خرده مقیاس خوش‌بینی را می‌سنجند. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانشناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس (بصورت کاملاً مخالفم تا کاملاً

<sup>۱</sup> - Ellen and Linda

<sup>۲</sup> - World Health organization's Quality of Life Questionnaire-BREF

<sup>۳</sup> - Nasiri, Hashemi, Hoseini

موافقم، نمره ۱ تا ۵) به صورت جداگانه به دست می‌آید و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می‌شود. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI، RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۰۸ است (هاشمی نصرت آباد، باباپور خیرالدین و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۰). به طوری که میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون در بیشتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (هویدا، مختاری و فروهر، ۱۳۹۱). در این تحقیق نیز، میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مولفه های امید (۰/۹۱)، تاب‌آوری (۰/۹۳)، خوش‌بینی (۰/۸۶) و خودکارآمدی (۰/۷۸) بدست آمده است.

**مقیاس رضایت از زندگی (SWLS):** این مقیاس جنبه مثبت تجارب افراد را به جای تمرکز بر هیجانات منفی اندازه می‌گیرد و دارای ۵ سوال بوده به صورت بصورت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس توسط داینر و دیگران (۱۹۸۵) با میزان هم‌هنگی درونی و پایایی ۰/۸۷ و ۰/۸۲ طراحی شده است (شیخی، هومن، احدی و سپاه منصور، ۱۳۸۹). بطور کلی، پایایی و روایی SWLS بطور وسیعی مورد مطالعه توسط تحقیقات رفیعی بهابادی و حاجبانی (۱۳۹۲)، پورسردار، پناهنده، سنگری و عبدی (۱۳۹۱)، نادی و سجادیان (۱۳۹۰)، حسام، آسای، قربانی، شریعتی و نصیری (۱۳۹۰)، شیرمحمدی، میکائلی و زارع (۱۳۸۹) و حمید (۱۳۸۹) بیش از ۰/۷۶ تایید شده است. در این تحقیق نیز، میزان پایایی مقیاس رضایت از زندگی به روش آلفای کرونباخ به مقدار (۰/۹۳) محاسبه شده است.

## یافته ها

اعضای نمونه در حدود ۵۰ درصد مرد و ۵۰ درصد زن بودند که از نظر طیف سنی، حدود ۳۱ درصد مابین سنین ۴۴-۴۰، ۲۶ درصد مابین ۴۹-۴۵، ۲۰ درصد مابین سنین ۵۴-۲۰، ۱۴ درصد مابین سنین ۵۹-۵۵ و ۱۱ درصد مابین سنین ۶۴-۶۰ بوده اند. از نظر وضعیت تحصیلی، ۳ درصد خواند و نوشتن، ۶ درصد راهنمایی، ۳۸ درصد دیپلم، ۲۵ درصد کاردانی، ۲۴ درصد لیسانس و ۳ درصد فوق لیسانس به بالا داشتند. همچنین از نظر وضعیت اشتغال، ۲۹ درصد کارمند، ۱۴ درصد بازنشسته، ۶ درصد اصناف، ۶ درصد کارگر، ۳۱ درصد خانه دار، ۸ درصد بیکار و ۶ درصد غیره بوده اند.

<sup>1</sup> - Satisfaction with Life Scale



## جدول (۱): شاخص‌های متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	واریانس	انحراف معیار	چولگی	خطای معیار چولگی	کشیدگی	خطای معیار کشیدگی
شیوه زندگی	۶۵/۷	۲۴/۹	۴/۹	۰/۳۵	۰/۰۹	۰/۳۲	۰/۱۷۹
عوامل فردی	۷۰/۲	۳۴/۹	۵/۹	-۰/۲۴	۰/۰۹	-۰/۲۲	۰/۱۷۹
رضایت از زندگی	۱۷/۵	۳۴/۶	۵/۹	-۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۱۷۹
سلامت جسمانی	۱۹/۷	۳۴/۳	۵/۶	-۰/۴۴	۰/۰۹	-۰/۰۱	۰/۱۷۹
سلامت روانی	۱۵/۸	۲۹/۷	۵/۵	-۰/۴۸	۰/۰۹	-۰/۲۵	۰/۱۷۹
روابط اجتماعی	۶/۹	۵/۹	۲/۴	۰/۰۷	۰/۰۹	-۰/۰۷	۰/۱۷۹
محیط اجتماعی	۱۸/۵	۴۶/۴	۶/۵	۰/۲۰	۰/۰۹	-۰/۱۶	۰/۱۷۹
امیدواری	۲۵/۹	۸۴/۴	۶/۲	-۰/۶۲	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۱۷۹
تاب‌آوری	۲۷/۱	۶۹/۸	۸/۴	۰/۶۸	۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۷۹
خوش‌بینی	۳۰/۸	۲۸/۱	۵/۳	-۰/۳۶	۰/۰۹	-۰/۳۰	۰/۱۷۹
خودکارآمدی	۳۲/۵	۲۵/۱	۵/۰	-۰/۸۴	۰/۰۹	-۰/۳۰	۰/۱۷۹

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول (۱) آورده شده است، همچنین برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرهای نتایج آزمون چولگی و کشیدگی با وجود اینکه عدم نیاز روش حداقل مربعات جزئی (PLS)<sup>۱</sup> به نرمال بودن توزیع داده‌ها در جدول (۱) نیز محاسبه شده است (داوری و رضازاده، ۱۳۹۳). همانطوریکه، نتایج بدست آمده نشان می‌دهد، تمامی متغیرهای مورد مطالعه بین (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیر از کشیدگی نرمال برخوردار است (مایلز و شولین<sup>۲</sup>، ۱۳۸۸).

جهت تعیین و تبیین تاثیر گذاری متغیر سرمایه روان شناختی با میانجگری متغیرهای رضایت زندگی و مولفه‌های کیفیت زندگی مدل یابی ساختاری به روش PLS استفاده است. بطوریکه، مدل یابی معادلات ساختاری به روش PLS شامل دو مرحله آزمون اندازه‌گیری و ساختاری است که در مرحله اول به ارزیابی پایایی متغیرهای مشاهده پذیر، سه معیار (۱) ضرایب بارهای عاملی، (۲) آلفای کرونباخ و (۳) پایایی ترکیبی<sup>۳</sup> طبق جدول (۱) مورد بررسی قرار می‌گیرد.

<sup>۱</sup> -Partial Least Squares

<sup>۲</sup> -Miles & Shevlin

<sup>۳</sup> -Composite Reliability

## جدول (۲) بررسی پایایی سازه های پژوهش

عوامل	امید به زندگی	رضایت از زندگی	کیفیت زندگی	سرمایه روان شناختی
مولفه ۱	فردی	رضایت از زندگی	سلامت جسمانی	امیدواری
بار عاملی	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۴	۰/۸۸
مولفه ۲	شیوه زندگی		سلامت روانی	تاب آوری
بار عاملی	۰/۹۲		۰/۹۵	۰/۹۳
مولفه ۳			روابط اجتماعی	خوش بینی
بار عاملی			۰/۸۶	۰/۷۹
مولفه ۴			محیط اجتماعی	خودکارآمدی
بار عاملی			۰/۹۴	۰/۹۴
AVE	۰/۸۶	۰/۸۰	۰/۸۶	۰/۷۹
Pc	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۴
Cronbachs	۰/۸۴	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۱

طبق جدول (۲)، کلیه بارهای عاملی اندازه‌گیری انعکاسی بالای ۰/۷۹ بوده و در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار هستند. همچنین بررسی پایایی ترکیبی هر یک از سازه‌ها نشان می‌دهند که میزان ضریب دیلون - گلدشتاین (PC) بیشتر از ۰/۹۲ بوده است و این نشان از سازگاری درونی مدل اندازه‌گیری می‌باشد. میزان AVE یا شاخص روایی همگرا، ۷۹ درصد به معنای آن است که سازه مورد نظر حداقل حدود ۷۹ درصد واریانس نشانگرهای خود را تبیین می‌کند. به طور کلی میزان بارهای عاملی، PC و AVE ارائه شده در جدول (۲) نشان دهنده پایایی کافی و مناسب سازه‌ها هستند.

## جدول (۳) بررسی مقادیر ریشه دوم واریانس استخراج شده همبستگی

شاخص‌ها	متغیرهای پنهان			
	امید به زندگی	رضایت از زندگی	کیفیت زندگی	سرمایه روان شناختی
شیوه زندگی	۰/۹۲	۰/۶۰	۰/۶۱	۰/۵۵
عامل فردی	۰/۹۳	۰/۵۴	۰/۴۵	۰/۴۳
رضایت از زندگی	۰/۴۲	۰/۸۹	۰/۵۴	۰/۴۵
محیط اجتماعی	۰/۵۹	۰/۵۵	۰/۹۴	۰/۵۶
روابط اجتماعی	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۹۵	۰/۶۱

۰/۴۲	۰/۹۵	۰/۴۳	۰/۶۹	سلامت روان
۰/۳۵	۰/۹۴	۰/۵۵	۰/۶۲	سلامت جسمانی
۰/۱۸۸	۰/۶۵	۰/۴۴	۰/۳۳	امیدواری
۰/۹۳	۰/۵۵	۰/۵۰	۰/۷۰	تاب آوری
۰/۷۹	۰/۴۰	۰/۵۷	۰/۶۸	خوش بینی
۰/۹۴	۰/۴۵	۰/۶۰	۰/۶۴	خودکار آمدی

همان‌طوری که در جدول (۳) میزان سنجش روایی تشخیصی به دو روش آزمون بار عرضی یا عاملی متقابل<sup>۱</sup> و آزمون فورنل-لارکر<sup>۲</sup> نشان می‌دهد، مقدار همبستگی میان شاخص‌ها با سازه‌های مربوط به خود (اعداد پررنگ جدول) از همبستگی میان آن‌ها و سایر سازه‌ها بیشتر است که این مطلب گواه روایی و اگرایی مناسب در این مدل است.

معیار مهم دیگری که با روایی و اگرایی مشخص می‌شود میزان روابط یک سازه با شاخص‌هایش در مقایسه رابطه آن سازه یا سازه‌ها است (داوری و رضازاده، ۱۳۹۳). همان‌طوری که در جدول (۴) میزان فورنل و لارکر (۱۹۸۱) جهت تشخیصی در سطح سازه (متغیرهای پنهان) میزان روایی و اگرایی وقتی در سطح قابل قبول است که میزان AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر (یعنی مربع مقدار ضرایب همبستگی بین سازه‌ها) در مدل باشد مشاهده می‌شود، اعداد مندرج در قطر اصلی از مقادیر زیر خود بیشتر است، که نشانگر روایی مناسب سازه هاست.

جدول (۴) سنجش روایی همگرا به روش فورنل و لارکر

سازه‌ها	امید به زندگی	سرمایه روان شناختی	معنای زندگی	کیفیت زندگی
امید به زندگی	۰/۹۳			
سرمایه روان شناختی	۰/۶۹	۰/۸۹		
کیفیت زندگی	۰/۹۰	۰/۸۱	۰/۹۳	
رضایت از زندگی	۰/۸۹	۰/۷۶	۰/۹۲	۰/۹۰

با توجه به اینکه پالایش متغیرها و اطمینان از دقت شاخص‌ها در اندازه‌گیری مفاهیم و متغیرها مرتبط، می‌توان به آزمون فرضیات پژوهش پرداخت.

<sup>۱</sup> - Cross Loadings

<sup>۲</sup> - The Fornel-Larcker Criterion

## آزمون الگوی ساختاری

در تحلیل مدل‌های ساختاری به کمک رویکرد حداقل مربعات جزئی، سه معیار اصلی برای آزمون مدل ساختاری وجود دارد: (۱) شاخص افزونگی یا ارتباط پیش‌بین ( $Q^2$ )، (۲) معناداری ضرایب مسیر (بتا) و (۳) شاخص ضریب تعیین ( $R^2$ ).

جدول (۵) شاخص کیفیت مدل ساختاری ( $Q^2$ ) یا شاخص افزونگی متغیرهای درون‌زا

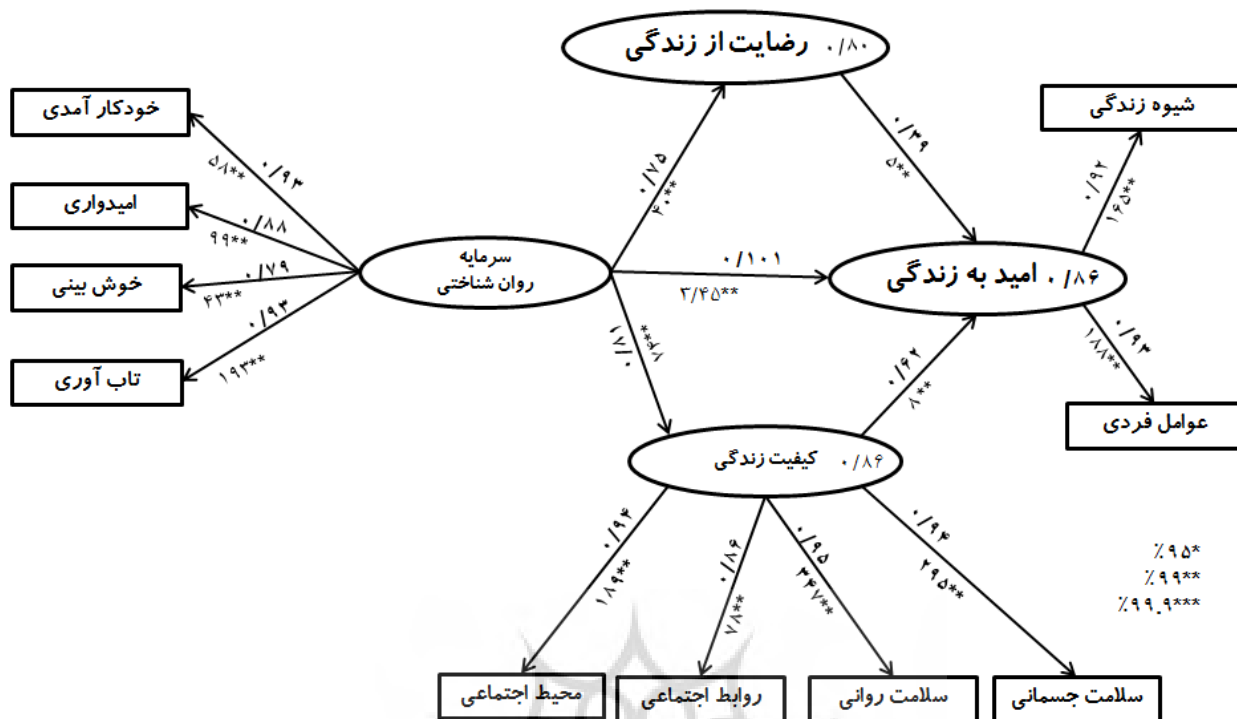
متغیر	امید زندگی	کیفیت زندگی	رضایت از زندگی
CV Red	۰/۵۰	۰/۷۶	۰/۷۰

کیفیت مدل ساختاری توسط شاخص افزونگی یا ارتباط پیش‌بین ( $Q^2$ ) با هدف بررسی توانایی مدل ساختاری در پیش‌بین کردن به روش چشم‌پوشی<sup>۱</sup> می‌باشد که توسط استون - گیسر<sup>۲</sup> ارائه شده است (سیدعباسزاده، ساری‌بگلو و خضری‌آذر و پاشوی، ۱۳۹۱). مقادیر بالای صفر نشان می‌دهند که مقادیر مشاهده شده خوب بازسازی شده‌اند و مدل توانایی پیش‌بینی دارد (محسنین و اسفندی، ۱۳۹۳). همان‌طوری که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد، کلیه مقادیر مکنون درون‌زا انعکاسی از بالایی صفر و مثبت هستند، پس می‌توان گفت مدل ساختاری از کیفیت مناسبی برخوردار است.

معیار اساسی ارزیابی متغیرهای مکنون درون‌زا مدل مسیر، ضریب تعیین می‌باشد. این شاخص نشان می‌دهد چند درصد از تغییرات متغیر درون‌زا توسط متغیر برون‌زا صورت می‌پذیرد (محسنین و اسفندی، ۱۳۹۳)، طبق شکل ۱ مقدار  $R^2$  به دست آمده به ترتیب برای متغیرهای انعکاسی شده امید به زندگی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی ۰/۸۳، ۰/۶۵ و ۰/۵۶ می‌باشد. چین<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) مقدار بالایی ۰/۵۰ را به عنوان مقدار ملاک متوسط معرفی شده است (نقل از داوری و رضازاده، ۱۳۹۳). بنابراین با توجه به مقدارهای  $R^2$  به دست آمده در این تحقیق، نتیجه گرفته می‌شود مدل مورد بررسی از برازش قابل قبول و بهتری برخوردار است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

<sup>1</sup> - Bilndfolding  
<sup>2</sup> - Stone-Geisser  
<sup>3</sup> - Chin



شکل ۱ - مدل ضرایب مسیر و ضرایب معناداری مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری

جدول (۶) ضرایب استاندارد شده اثر مستقیم، غیر مستقیم، میانگین و ضرایب معناداری Z برای ارزیابی ساختاری مدل

مسیرها	نوع اثر	ضریب مسیر	میانگین	انحراف استاندارد	t	P<
سرمایه روان شناختی ← رضایت و کیفیت زندگی ← امید به زندگی	کل	۰/۶۹	۰/۶۹	۰/۰۲۰	۳۴	۰/۰۰۱
سرمایه روان شناختی ← امید به زندگی	مستقیم	۰/۱۱	۰/۱۰۷	۰/۰۳۰	۳/۴۵	۰/۰۰۱
سرمایه روان شناختی ← رضایت و کیفیت زندگی ← امید به زندگی	غیر مستقیم	۰/۷۲	۰/۷۱	۰/۰۱۱	۵۰	۰/۰۰۱
سرمایه روان شناختی ← کیفیت زندگی ← امید به زندگی	غیر مستقیم	۰/۸۰	۰/۶۴	۰/۰۱۴	۷۴	۰/۰۰۱
سرمایه روان شناختی ← رضایت از زندگی ← امید به زندگی	غیر مستقیم	۰/۶۶	۰/۶۵	۰/۰۱۹	۳۲	۰/۰۰۱
سرمایه روان شناختی ← کیفیت زندگی	مستقیم	۰/۸۱	۰/۸۱	۰/۰۱۱	۷۴	۰/۰۰۱
سرمایه روان شناختی ← رضایت از زندگی	مستقیم	۰/۷۵	۰/۷۴	۰/۰۱۹	۴۰	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← امید به زندگی	مستقیم	۰/۶۲	۰/۶۱	۰/۰۷۱	۵	۰/۰۰۱
رضایت زندگی ← امید به زندگی	مستقیم	۰/۳۹	۰/۳۸	۰/۰۷۲	۸	۰/۰۰۱

یکی دیگر از شاخص‌های تأیید روابط در مدل ساختاری معنادار بودن ضرایب مسیر (t-values) می‌باشد. معناداری مسیر مکمل بزرگی و جهت علامت ضریب بتای مدل می‌باشد. همان‌طوری که میزان ضریب  $t$  از طریق راه‌اندازی خودکار<sup>۱</sup> طبق جدول (۶) بیشتر از ۳/۲۷ است، بنابراین معناداری مسیرهای مدل در سطح اطمینان ۹۹٫۹٪ تأیید می‌شوند.

همچنین، بررسی شاخص نیکویی برازش (GOF)<sup>۲</sup> جهت بررسی ارزیابی بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل کلی به میزان ۰/۷۹ بوده است. به طوری که، مقدار بالای ۰/۳۶ برحسب معیار پیشنهادی وتزلس و همکاران<sup>۳</sup> برازش کلی خیلی قوی است (نقل از داوری و رضازاده، ۱۳۹۳)، براین اساس، حاکی از مطلوبیت کلی مدل است.

جدول (۷) بررسی فرضیه‌های پژوهش

P<	T	انحراف معیار	R <sup>2</sup>	میزان اثر	فرضیه
۰/۰۰۱	۳۴	۰/۰۲۰	۰/۴۸	۰/۶۹	سرمایه روان شناختی بطور مستقیم و غیر مستقیم با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی میزان امید به زندگی میانسالان را تبیین می‌کند.
۰/۰۰۱	۳/۴۵	۰/۰۳۰	۰/۰۱	۰/۱۱	سرمایه روان شناختی میزان امید به زندگی میانسالان را تبیین می‌کند.
۰/۰۰۱	۵۰	۰/۰۱۴	۰/۵۲	۰/۷۲	سرمایه روان شناختی بطور غیر مستقیم با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی میزان امید به زندگی میانسالان را تبیین می‌کند.
۰/۰۰۱	۷۴	۰/۰۱۴	۰/۶۴	۰/۸۰	سرمایه روان شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی میزان امید به زندگی میانسالان را تبیین می‌کند.
۰/۰۰۱	۳۲	۰/۰۱۹	۰/۴۴	۰/۶۶	سرمایه روان شناختی با میانجی‌گری رضایت از زندگی میزان امید به زندگی میانسالان را تبیین می‌کند.

با توجه به نتایج جدول (۷) و مثبت بودن شاخص‌های  $Q_2$  همه متغیرهای جدول (۵)، می‌توان نتیجه گرفت که متغیر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی توانایی پیش‌بینی متغیر وابسته امید به زندگی را دارد. همان‌طوری که، نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد:

۱- متغیر سرمایه روان‌شناختی بطور مستقیم و غیر مستقیم با میانجی‌گری مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با میزان ضریب اثر کل ۰/۶۹ توانست ۰/۴۸ از کل واریانس (تغییرات) متغیر امید به زندگی میانسالان را پیش‌بینی کند ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

۲- متغیر سرمایه روان‌شناختی بطور مستقیم با ضریب اثر ۰/۱۱ توانست ۰/۰۱ از کل واریانس (تغییرات) متغیر امید به زندگی میانسالان را پیش‌بینی کند ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

<sup>۱</sup> - Bootstrapping

<sup>۲</sup> - Goodness of FIT

<sup>۳</sup> - Wezels et al.

۳- متغیر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با ضریب اثر غیر مستقیم  $0/72$  توانست  $0/52$  از کل واریانس متغیر امید به زندگی میانسالان را پیش‌بینی کند ( $p < 0/001$ ).

۴- متغیر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی با ضریب اثر غیر مستقیم  $0/80$  توانست  $0/64$  از کل واریانس متغیر امید به زندگی میانسالان را پیش‌بینی کند ( $p < 0/001$ ).

۵- متغیر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری رضایت از زندگی با ضریب اثر غیر مستقیم  $0/66$  توانست  $0/44$  از کل واریانس متغیر امید به زندگی میانسالان را پیش‌بینی کند ( $p < 0/001$ ).

بررسی اثرات کل (اثرات مستقیم و غیر مستقیم) متغیرهای برون‌زا بر متغیرهای درون‌زای مدل و در نهایت متغیر امید به زندگی طبق جدول (۶) نشان می‌دهد، که متغیر سرمایه روان‌شناختی بطور مستقیم با ضریب اثر مستقیم  $0/11$  توانست  $0/01$  از کل واریانس متغیر امید به زندگی را در حد ضعیفی پیش‌بینی نماید. از طرفی دیگر، بررسی میزان اثرات کل (مستقیم و غیر مستقیم) متغیر سرمایه روان‌شناختی بر امید زندگی توسط میانجی‌های مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با ضریب اثر  $0/69$  توانسته  $0/48$  تغییرات متغیر امید به زندگی را تبیین کند. به عبارت دیگر، بررسی نتایج بدست آمده در ( $p < 0/001$ ) نشان می‌دهد، اثرات کل متغیر سرمایه روان‌شناختی در حالت مستقیم و غیر مستقیم در حدود  $0/47$  بیشتر از حالت مستقیم ( $0/01$ ) در تبیین متغیر نهایی امید به زندگی تاثیر داشته است.

همچنین ضریب اثر غیر مستقیم متغیر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی به میزان  $0/72$  است، که نشان می‌دهد که  $0/52$  از تغییرات واریانس کل امید به زندگی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر، میزان تبیین امید به زندگی از طریق میانجی‌گیری متغیرهای رضایت از زندگی و مولفه‌های کیفیت زندگی در حدود  $0/04$  بیشتر از حالت مستقیم و غیرمستقیم و  $0/51$  بیشتر از حالت مستقیم ( $p < 0/001$ ) است. از طرفی، بررسی میزان ضریب اثر غیر مستقیم سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌های مولفه‌های کیفیت زندگی  $0/80$  است که  $0/64$  تغییرات متغیر امید به زندگی را تبیین می‌کند. همچنین میزان ضریب اثر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری رضایت از زندگی  $0/66$  است که  $0/44$  تغییرات متغیر امید به زندگی را تبیین می‌کند.

بنابراین، با توجه به نتایج بدست‌چنین استنباط می‌شود که تبیین اثر متغیر سرمایه روان‌شناختی از طریق متغیرهای میانجی به ترتیب: مولفه‌های کیفیت زندگی به تنهایی ( $0/64$ )، از طریق میانجی‌گری هر دو متغیر رضایت از زندگی و مولفه‌های کیفیت زندگی ( $0/52$ )، از طریق اثرات کل (مستقیم و غیر مستقیم) در حدود ( $0/48$ )، از طریق میانجی‌گری متغیر رضایت از زندگی ( $0/44$ ) و بطور مستقیم ( $0/01$ ) تغییرات متغیر نهایی امید به زندگی را تبیین می‌کنند. براین اساس، بطور کلی، میزان اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مدل بر روی متغیر نهایی امید به زندگی حاکی از آن است که  $0/86$  از تغییرات این متغیر توسط اثرات کل سرمایه روان‌شناختی تبیین می‌شود، یعنی به عبارت دیگر، در مجموع  $86$  درصد از تغییرات متغیر امید به زندگی مربوط به متغیرهای پیش‌بینی‌کننده آن در مدل تحقیق است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سرمایه روان شناختی بطور مستقیم و غیر مستقیم با میانجی‌گری مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت از زندگی، بر میزان امید به زندگی میانسالان تأثیر معنی دار دارد. براین اساس، در تبیین این یافته چنین می‌توان نوشت: با توجه به اینکه سرمایه روانشناختی یک سازه محوری چند بعدی است اعتبار همگرا و افتراقی بین چهار مولفه سرمایه روانشناختی نیز توسط تحقیقات مختلف حمایت شده است (لوتانز و آولیو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). علی‌رغم شباهت‌های مفهومی آشکار و همپوشی بین چهار مولفه سرمایه روان شناختی از قبیل: امیدواری، انعطاف‌پذیری، خوشبینی و خودکارآمدی، به طور مفهومی نشان داده اند که، خودکارآمدی و امیدواری قسمت‌هایی از انرژی و انگیزش درونی را یا انتظار مثبت موفقیت به دلیل باور فرد به توانایی فردی اش را با هم مشترک هستند. افراد بسیار کارآمد و امیدوار هم اهداف چالش‌انگیزی را برای خود در نظر می‌گیرند و هم با انگیزه و تلاش مستمری که برای موفقیت دارند برای وظایف چالش‌انگیز، خودگزینی می‌کنند. افراد امیدوار هرگز خالی از گزینه‌های جایگزین نیستند، آنها امیدشان را به موفقیت احتمالی حفظ می‌کنند، بنابراین امیدواری می‌تواند نیروی اضافی ای را برای بقاء و ادامه حیات فراهم کند، برای مثال، میتواند بررسی مسیرهای بیشتر را برای یک فرد کارآمد با انگیزه و انرژی و پشتکار فراهم کند (آولیو و لوتانز، ۲۰۰۶).

بنابراین، افراد با خودکارآمدی، امیدواری و خوشبینی همگی انتظارات مثبتی را در مورد آینده دارند. گرچه خوشبینی ممکن است ماهیت کلی تری داشته باشد و ممکن است دربردارنده انتظار مثبت کلی ای از موفقیت باشد، در حقیقت امیدواری و خودکارآمدی بیشتر مختص و ویژه یک هدف یا حیطة خاص هستند. بنابراین خوشبینی درباره آینده می‌تواند از حیطة‌هایی که کارآمدی یا امیدواری قبلا در آن شکل نگرفته است، استفاده کند. به علاوه بر خلاف خوشبینی و امیدواری که در آنها انتظارات مثبت درونی شده و به تلاش و انگیزه فرد استناد داده شده، یک سبک تبیینی خوشبین ممکن است از دیگر افراد یا عوامل موقعیتی به عنوان مراجع شونده، به ویژه هنگام رویدادهای منفی بیرونی استفاده کند (آولیو، بس<sup>۲</sup> و جونز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

براین اساس، سرمایه روانشناختی بعنوان یک منبع روانشناختی پیشرفت و عملکرد افراد را برای ادامه حیات آنها تقویت می‌کند. در نهایت در میزان امید به زندگی افراد تأثیر مثبتی می‌گذارد، چنانچه شواهدی در دست است که نشان می‌دهد سطوح بالای ظرفیت‌های سرمایه روانشناختی مثل امیدواری و خوشبینی با عث بوجود آمدن رضایت از زندگی می‌گردد (اشنایدر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). تحقیقات نشان داده اند که رضایت از زندگی به عنوان ضربه گیر<sup>۵</sup> عمل می‌کنند و پادزهری مفید برای مشکلات مربوط به استرس‌ها و بیماریها فراهم می‌سازند (توگد، فریدریکسون و بارت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). در نهایت رضایت از زندگی به افراد کمک می‌کند تا خودشان را به افراد خلاق تر، یکپارچه تر، انعطاف‌پذیر تر و در نهایت افرادی با کیفیت زندگی سالم تبدیل کنند (نلسون و گوپر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). بطوریکه نتایج تحقیقات همسو تایید کرده است که بین سرمایه روانشناختی با سلامت عمومی رابطه دارد و ممکن است به رشد و تسهیل آن از طریق دستیابی به سطوح بالای بهزیستی روانشناختی افراد کمک کند (آولیو و لوتانز، ۲۰۰۶).

1 - Avolio

2 Bass

3 - Jung

4 - Schneider

5 - Buffer

6 - Tugade, Fredrickson, & Barrett

7 - Nelson, Cooper



یافته دیگر تحقیق نشان می‌دهد، متغیر سرمایه روان شناختی بر میزان امید به زندگی تأثیر مستقیم دارد. با وجود اینکه، تاکنون هیچ تحقیقی در رابطه با تأثیر مستقیم سرمایه روان شناختی بر امید به زندگی انجام نگرفته است. اما نتایج بدست در این تحقیق، حاکی تأثیر مستقیم و ولی ضعیف سرمایه روان شناختی بر میزان امید به زندگی است. از طرفی، تحلیل داده‌ها نشان داد که متغیرهای رضایت از زندگی و مولفه‌های کیفیت زندگی، رابطه بین متغیر سرمایه روان شناختی و امید به زندگی را بطور اثربخشی میانجی‌گری می‌کنند. بطوریکه، از بررسی نتایج مختلف تحقیقات چنین استنباط می‌توان کرد، متغیر سرمایه روان شناختی از طریق میانجی‌گری متغیرهای رضایت از زندگی و مولفه‌های کیفیت زندگی بر متغیر امید به زندگی تأثیر معنی دار دارد ( بنسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ دولا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ پارک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ دینر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

همانطوریکه، بررسی فرضیه<sup>۴</sup> تحقیق و نتایج تحقیقات مختلف همسو چنین استنباط می‌شود، میزان امید به زندگی بدون توجه به چگونگی گذران آن، دارای اهمیت کمتری است. چنانچه بررسی‌هایی تاریخی نشان می‌دهند، از زمان‌های دور تاکنون به همراه شاخص امید به زندگی، کیفیت زندگی شاخص دیگر است که ذهن بسیاری از فلاسفه و پژوهشگران از لحاظ «چگونگی گذران آن» یا «بهترین شیوه زندگی» و یا «داشتن یک زندگی خوب» را به خود جلب کرده است. براین اساس، بسیاری از روان‌شناسان بالینی و متخصصان سلامت اخیراً نقش بالقوه نظریه و پژوهش کیفیت زندگی را در فعالیت بالینی و در مداخله‌های مربوط به گروه‌های غیربالینی در یافته‌اند (رجسکی و مهلکو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). به همین دلیل امروزه، کیفیت زندگی بعنوان یکی از شاخص‌های اساسی اثرگذار در کمیت زندگی انسان محسوب می‌شوند و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرند، توجه به آنها اهمیت خاصی دارد (کانجر و مور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

به همین رو، نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد کیفیت زندگی نه تنها بعنوان متغیر میانجی بر میزان امید به زندگی تأثیر معنی‌داری دارد. بلکه برحسب نتایج تحقیقات بنسون (۲۰۰۶)، دولا (۲۰۰۶)، پارک (۲۰۰۴)، دینر (۲۰۰۳)، بنیارد (۱۹۹۶)، بنت و مورفی (۱۹۹۷) چنین استنباط می‌شود، امروزه، مسئله ارتقای کیفیت زندگی افراد میانسال و فعال ماندن آن‌ها در سنین بالا، مسئله‌ای جدی تلقی می‌شود و دیگر به عنوان مفهومی تجملی مطرح نیست. با در نظر داشتن نیازهای خاص دوران میانسالی، توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده کیفیت زندگی و امید به زندگی در میانسالان نیز بسیار مهم است که عمدتاً از آن غفلت می‌شود.

در نهایت، تحلیل داده‌ها نشان داد رضایت از زندگی بعنوان متغیر میانجی بر میزان امید به زندگی تأثیر معنی‌داری دارد. بطوریکه، پژوهشگران تأکید کردند هرچه رضایت از زندگی یا احساس شادی بیشتر باشد، خطر مرگ زودرس کمتر است (علیزاده، ۱۳۸۵). عبارت دیگر افراد با روحیه شادتر و با میزان رضایت زندگی بیشتر نسبت به افراد با روحیه ضعیف و میزان رضایت از زندگی کمتر، عمر طولانی‌تر دارند.

بطورکلی، در تبیین تأثیر رضایت از زندگی بعنوان میانجی اثر بخش در ارتباط با سرمایه روان شناختی و امید به زندگی، این گونه می‌توان نوشت که رضایت از زندگی هدف برتر زندگی افراد بشر است که زمینه‌ای مناسب و مطمئن برای پیشرفت و

1 - Banson

2 - Dula.

3 - Park

4 - Diener

5 - Rejeski & Mihalko

6 - Conger & Moor

دستیابی به مراتب بالاتر فراهم می‌کند. به بیان دیگر، رضایت از زندگی عامل شکوفایی و موفقیت افراد است. که آن را به نوعی لذت از زندگی و با شادی مرتبط می‌دانند. رضایت از زندگی به عقیده عده‌ای، یعنی ایده‌آل بودن تمام شرایط مکانی و زمانی و فراهم بودن تمام امکانات برای زندگی سالم و بی‌دغدغه، در حالی که مفهوم حقیقی رضایت از زندگی، نگرش مثبت فرد نسبت به زندگی کنونی، با تمام مشکلات و سختی‌ها، تلخی‌ها و ناکامی‌ها و در کنار آن پیروزی‌ها و موفقیت‌ها، شادی‌ها و پرورش استعدادهاست. براین اساس، چنین می‌توان تبیین کرد که سرمایه روان شناختی نقش مهمی در رضایت از زندگی میان سالان ایفا می‌کنند. از سویی، رضایت از زندگی می‌تواند با احساسات و شناخت‌های مثبت نسبت به خود و آینده همراه باشد و از این طریق، میزان امید به زندگی را افزایش دهد.

در مجموع، از نتایج این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که یکی از عوامل موثر برای داشتن امید به زندگی طولانی و مفید، داشتن کیفیت از زندگی و رضایت از زندگی مطلوب است که متاثر از عواملی روان شناختی نظیر سرمایه روان شناختی است. بنابراین، عامل روان شناختی سرمایه روان شناختی، در افزایش میزان امید به زندگی میانسالان تاثیر دارد.

## منابع

احمدی، پریسا؛ و مزیدی، سیما (۱۳۹۳). رابطه امید به زندگی و کیفیت زندگی در بین فرهنگیان بازنشسته. **پایان نامه کارشناسی ارشد، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی استان آذربایجان غربی.**

آزاد، حسین. (۱۳۹۳). **روا شناسی رشد**. تهران، انتشارات دانش پرور.

آقا یوسفی، علیرضا؛ و شاهنده، مریم. (۱۳۹۱). رابطه علی خشم و سر سختی روان شناختی با کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری. **روانشناس سلامت**، ۳، ۳۴-۷۶.

برک، لورا. (۱۳۸۹). **روان شناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی**، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، ناشر ارسباران.

پور سردار، نوراله؛ پناهنده، عباس؛ سنگری، علی اکبر؛ و عبدی، زرین سهراب. (۱۳۹۱). تاثیر خوش بینی (تفکر مثبت) بر سلامت روانی و رضایت از زندگی: یک مدل روان شناختی از بهزیستی. **مجله پژوهشی حکیم**، ۱(۱۶): ۵۴-۸۷.

پور ملک، فرشاد؛ بولحسنی، فرید؛ مجد زاده، رضا؛ نقوی، محسن؛ هلاگوئی، و فتوحی، اکبر. (۱۳۸۶). برآورد امید زندگی سالم مردم ایران، **مجله پژوهشی حکیم**، ۱(۱۰): ۶۶-۷۶.

تقریبی، زهرا، تقریبی، لیلا، شریفی، خدیجه؛ وسوکی، زهرا. (۱۳۸۹). روان سنجی فرم پرسشنامه رضایت از زندگی سالمند ایرانی. **فصلنامه پایش**، ۱۱، ۷۱-۲۳. ثنائی، محمد؛ زردشتیان، شیرین؛ نوروزی سید حسینی، رسول. (۱۳۹۲). اثر فعالیت های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران. **فصلنامه مدیریت ورزش**، ۱۷، ۱۶۳-۱۵۸.

حاجی احمدی فومنی، هاجر؛ شمس اسفند آباد؛ حسن؛ و کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۳). اثر بخشی رفتار درمانی دیالتیکی براسترس ادراک شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان. **فصلنامه روان شناسی کاربردی**، ۱(۲۹): ۶۸-۴۷.

حسینی، حاتم. (۱۳۸۴). **مبانی جمعیت‌شناسی**. همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.

حمید، نجمه. (۱۳۸۹). رابطه میان سخت رویی روان شناختی، رضایت از زندگی و امید با عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی. **فصلنامه روان شناسی کاربردی**، ۴(۴): ۱۶-۱۱.

خدایی، ناصر. (۱۳۹۲). تعیین ارتباط بین استرس و میزان امید به زندگی در بین بزرگسالان. **پایان نامه کارشناسی ارشد، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی استان آذربایجان غربی**.

خلتبری، جواد؛ و بهاری، صونا. (۱۳۸۹). ارتباط بین تاب آوری و رضایت از زندگی. **فصلنامه روانشناسی تربیتی، فصلنامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن**، ۲(۱): ۹۴-۸۳.

دانش نیا، فریده؛ رزم آرا، اصغر؛ آقایی، اصغر؛ و مولوی، حسین. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش نرم افزار حافظه کاری بر میزان عزت نفس، خودپنداری و حافظه میانسالان. **مجله پزشکی هرمزگان**، ۴(۹): ۵۲-۴۵.

داوری، علی؛ و رضا زاده، آرشد. (۱۳۹۳). **مدل سازی معادلات ساختاری با نرم افزار pls**. تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی.

رضایی، اکبر. (۱۳۹۲). خوش بینی- بدبینی و سبک های پردازش اطلاعات به عنوان پیش بین های افسردگی و رضایت از زندگی. **مجله اصول بهداشت روانی**، ۱۳(۱۵): ۱۰۸-۹۳.

رفیعی بهابادی، مهدی؛ حاجیانی، ابراهیم. (۱۳۹۲). بررسی رضایت از زندگی و عوامل موثر بر آن، با استفاده از نتایج پیمایش ملی. **فصلنامه جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران**، ۵(۲): ۶۵-۳۴.

سارافینو، پ، ادوارد. (۱۳۸۷). **روان شناسی سلامت**، ترجمه الهه میرزایی و همکاران، تهران: رشد.

سعیدپور نقاش تهرانی، سید سعید؛ حبیبی، مجتبی؛ ایمانی، سعید. (۱۳۹۱). رابطه کیفیت زندگی و صفات شخصیت در افراد معتاد. **فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری**، ۳(۱۰): ۵۴-۲۳.

سلیمانی، عفت؛ و هوید، رضا. (۱۳۹۲). بررسی مفهوم خودکارآمدی در نظریه شناختی اجتماعی بندورا. **فصلنامه علوم اجتماعی**، ۶۳: ۹۱-۹۷.

سید عباسزاده، میرمحمد؛ جواد امانی، ساری بگلو؛ خضری آذر، هیمین؛ و پاشوری، قاسم. (۱۳۹۱). **مقدمه ای بر مدل یابی معادلات ساختاری به روش pls و کاربرد آن در علوم رفتاری**. ارومیه، انتشارات دانشگاه ارومیه.

شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ و مومنی جاوید، مهرآور. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. **فصلنامه بیماری های پستان ایران**، ۳-۴(۲): ۵۱-۴۳.

شیخی، منصوره؛ هومن، حیدرعلی؛ احدی، حسن؛ و سپاه منصور، مژگان. (۱۳۸۹). مشخصه های روان سنجی مقیاس رضایت از زندگی. **فصلنامه تازه های روان شناسی صنعتی، سازمانی**، ۴، ۲۵-۱۷.

عسگری، سعید؛ کهریزی، سمیه؛ و کهریزی، مریم. (۱۳۹۲). نقش خودکارآمدی و رضایت از زندگی در پیش بینی عملکرد دانش آموزان سال سوم متوسطه کرمانشاه. **مجله روان شناسی مدرسه**، ۲(۲): ۱۲۳-۱۰۷.

علی پور، احد. (۱۳۹۰). **مقدمات روان شناسی سلامت**. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

علیزاده، کیوان. (۱۳۸۵). شادی و طول عمر. **خبرنامه علمی، فرهنگی و پژوهشی آفتاب**، ۱، ۱۱.

کریمیان، حسن. (۱۳۹۴). روان رشد میان سالی. **فصلنامه پیام زن**، ۲۹۷: ۱۱-۱.

کورتیس، آنتونی. (۱۳۸۵). **روان‌شناسی سلامت** (ترجمه شهناز محمدی). تهران: نشر ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰).

کارگر، هاجر. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای تاب‌آوری، سازگاری روانی، کیفیت زندگی در معنادان در حال بهبودی و افراد مصرف‌کننده و افراد عادی. **پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد ارسنجان**.

گاجل، جی. رابرت، بام، آندرو، و کراتس، اس. دیوید. (۱۳۷۷). **زمینه روان‌شناسی تندرستی** (ترجمه غلامرضا خوی نژاد). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

گنجی، حمزه و حمزه زاده، مسعود (۱۳۹۳). **روان‌شناسی رشد**. ج ۲. تهران، ارسباران.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۶). **ارزشیابی شخصیت**. تهران، ارسباران.

مایلز، جرمی و مارک شولین. (۱۳۸۸). **رگرسیون و همبستگی کاربردی**، ترجمه علیرضا کیامنش و مسعود کبیری. تهران: جهاددانشگاهی.

محسنین، شهریار، و اسفندیاری، رحیم. (۱۳۹۳). **معادلات ساختاری مبتنی بر رویکرد حداقل مربعات جزئی**. تهران: کتاب مهریان.

نادی، محمدی، سجادیان، پریناز؛ و سجادیان، الناز. (۱۳۸۸). تحلیل مسیر الگوی اکتشافی معناداری زندگی با سازه‌های پیش‌بینی و پس‌بینی آن در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان. **همایش ملی معناداری زندگی دانشگاه اصفهان**.

نجات، سحرناز، منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش، محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHOQOL-Bref)، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. **مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی**، ۴ (۴): ۱۲-۱.

نصیری، بهاره؛ هاشمی فشارکی، مریم‌السادات، بدوی، فاطمه؛ بختیاری، آمنه. (۱۳۹۰). امید و رضایت از زندگی و سلامت روان در میان زنان در جمهوری ترکیه. **پژوهشنامه زنان**، ۴ (۲): ۱۵۵-۱۳۳.

نصیری، حبیب‌اله؛ و جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. **پژوهش زنان**، ۲ (۶): ۴۳-۶۵.

نوید ادهم، مهدی. (۱۳۹۱). **امید به زندگی**. دسترسی در ۹۱/۱۱/۲۳ از وب سایت: <http://www.csr.ir/center>.

هویدا، رضا؛ مختاری، حجت‌اله؛ و فروهر، محمد. (۱۳۹۱). رابطه مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های تعهد سازمانی. **مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری**، ۳ (۲): ۵۶-۴۳.

Austin; E.J.; Saklofske; D. H. Egan; V. (2006). Personality well being and health correlates of trait emotional. *Intelligence personality and individual Differences*; 38: 547- 558.

Bailey, T., Winnieeng, Frisch, M.B., & Snyder, C.R., (2007). Hope and Optimism as Related to Life Satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2, (3): 168-175.

Banson ,W.(2006). *The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication*. Unpublished mastres These . the department of educational sciences middle east technical university .

Banyard,P.(1996). *Applying psychological to health*.London:Holder and Stoughton.

Bennet ,P.and Murphy,S.(1997). *Psychology and health promotion* .Buckigham :Open University Press.

Bentham,J.(1789).*An introduction to the principles of morals and legislation* . New York .Hafner.

- Besier, T., Tim, G., Schmitz, B. & Goldbeck, L. (2009). Life satisfaction of adolescents and adults with cystic fibrosis: Impact of partnership and gender. *Journal of Cystic Fibrosis*, 8:104–109
- Blair, R.G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling*, 26:333-347.
- CIA. (2013). *The World Factbook*. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
- Conger, S., & Moor, K. D. (2002). Chronic illness and quality of life: The social workers role. TSAO foundation. p10.
- Diener, E. D. (2003). Subjective well-being. *J Psychological Bulletin*, 125 (2): 276-302.
- Luthans, F., & Avolio, B.J. (2003). *Authentic leadership: A positive developmental approach*. In
- Luthans, F. (2012). Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. *Human Resource Development Quarterly*, 23(1):1-8.
- Luthans, F., & Youssef, C.M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33:143–160.
- Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *J Subst Abuse Treat*, 5 (33):41-48.
- Markman, G. D., Robert, A., Baron, B., & David, B. (2005). Are Perseverance and Self-Efficacy Costless? Assessing Entrepreneurs' Regretful Thinking. *Journal of Organizational Behavior*, 26(1):1–19.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience Processes in development. *American Psychologist*, 56: 227-238.
- Morgan, P.D., Gaston, J. & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *Department of Nursing, Fayetteville State University*, 17(2):73-7.
- Moser, G. (2009). Quality of life and sustainability: Toward person–environment congruity. *Journal of Environmental Psychology* 29, (21): 351–357.
- Nasiri, H., Hashemi, L., & Hoseini, M. (2006). *Investigation quality of life in Shiraz University students based on world health organization quality of life scale*. Proceedings of the 3rd National Seminar of Student Mental Health Shiraz University; 2006 Jun 6-8; Shiraz, Iran : 365-8.
- Nasseri, H. (2006). *The study of Quality of life students of Shiraz university*. 3th congress mental health. 76-9.
- Nelson, D., & Cooper, C.L. (Eds). (2007). Positive organizational behavior. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200
- Ong, A.D., Edwards, L.M., & Bergeman, C.S., (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Journal of Personality and Individual Differences*, 41: 1263-1273.
- Park, J. (2004). *Health Services Principals*. Trans. Shojaee Tehrani H. Tehran: Samat Publication; p. 42.
- Rejeski, W, J. Mihalko, S, L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology series : A Biological sciences and medical sciences*, 56:23-35.
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., & et al. (2006). The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3): 291-298.
- Schneider, S.I. (2001). In search of realistic optimism. *American Psychologist*, 56: 250–263.

- Snyder, C .R., Cheavens ,J., &Simpson, S. C.(1997). Hope: an individual motive for social commerce. *Journal of Personality Assessment* ,57.(12): 149–161.
- Tugade,M.M.,Fredrickson,B.L.,&Barrett,L.F.(2004).psychological resilience and positive emotional granularity :Examining the bebfites of positive emotions on coping and health.*Journal of personality*,72(61):1161-1190.
- WHOQOL GROUP. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23 (3): 24-56.
- World Health Organization (2003) the world health report 2002: reduce risks, promoting healthy life. *World Health Organization*,15,(7):81- 97.

