

## پیش‌بینی بهزیستی روانی بر اساس عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی مقابله‌ای

مهرداد مظاهری<sup>۱\*</sup>، سیده حکیمه بهرامیان<sup>۲</sup>

۱- دانشیار روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران  
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، مدرس دانشگاه پیام‌نور دهدشت، کهگیلویه و بویر احمد، ایران

### چکیده

هدف از انجام پژوهش، پیش‌بینی بهزیستی بر اساس عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی مقابله‌ای در دانشجویان دانشگاه پیام نور دهدشت بود. نمونه شامل ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور دهدشت بودند که به شیوه تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس بهزیستی روانی ریف، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS) و خودکارآمدی مقابله‌ای (CES). از ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد که خودکارآمدی مقابله‌ای، عاطفه مثبت و عاطفه منفی به ترتیب بیشترین میزان واریانس مشترک بهزیستی روانی (۰/۸۲) را تبیین می‌کنند.

**واژه‌های کلیدی:** عاطفه مثبت، عاطفه منفی، خودکارآمدی مقابله‌ای و بهزیستی روانی.

## مقدمه

در جنبش جدید روانشناسی مثبت گرا<sup>۱</sup> در سالیان اخیر، رویکرد آسیب شناسانه به سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است؛ بر خلاف دیدگاه سنتی که سلامتی را به عنوان فقدان بیماری تعریف می‌کند، در دیدگاه‌های جدید فقدان علائم بیماری‌های روانی نشانه سلامتی نبوده بلکه وجود ویژگی‌های مثبتی مانند سازگاری، شادمانی و اعتماد به نفس نشانه سلامتی هستند و هدف اصلی فرد نیز شکوفا نمودن استعدادها<sup>۲</sup> خود است (ریف<sup>۳</sup>، سینگر<sup>۴</sup> و لاو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادهای توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارد. از این رو عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند (وازکوئیز<sup>۶</sup>، هرواس<sup>۷</sup>، راهونا<sup>۸</sup> و گومز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹). یکی از این سازه‌ها، بهزیستی روانشناختی<sup>۹</sup> است. مفهوم بهزیستی روانشناختی به عنوان واژه سلامت ذهنی عمومی در تحقیقات روانشناسی به کار می‌رود. افزایش ظرفیت حالت‌های مثبت و کاهش حالت‌های منفی به عنوان بهزیستی بهینه<sup>۱۰</sup> تعریف می‌شود (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲). بهزیستی روانشناختی یکی از حوزه‌های شایع در تحقیقات روانشناسی مثبت است و یک مفهوم چند مولفه‌ای و

شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (کمپداش، تیلور، کروجر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸، به نقل از درگاهی، محسن زاده و زهرا کار، ۱۳۹۴).

ریف (۱۹۸۹)، به نقل از رایان<sup>۱۲</sup> و دسی<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۱) با تأکید بر این که سلامت مثبت چیزی فراتر از فقدان بیماری است؛ معتقد است که برخی از جنبه‌های کنش‌وری بهینه، مانند تحقق هدف‌های فرد، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. او معتقد است که بهزیستی را نباید ساده انگارانه معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست، در عوض بهزیستی روانی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه فرد است. بهزیستی روانی شامل احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و نظیر این موارد است.

یکی از متغیرهای مهم در رابطه با بهزیستی روانی، هیجانات مثبت و منفی<sup>۱۴</sup> است. هیجانات مثبت نشان‌دهنده میزان شور و اشتیاق به زندگی و احساس فاعلیت و هوشیاری افراد است. در مقابل، هیجانات منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبانیت را شامل می‌شود (بشارت و همکاران، ۲۰۱۳، به نقل از اصغری، سعادت، عاطفی و جانعلی‌زاده کوکنه، ۱۳۹۳). بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند، هیجانات مثبت با ابعاد مختلف سلامت روانی، رابطه مثبت و معنی‌داری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی

<sup>1</sup> positive psychology

<sup>2</sup> Ryff

<sup>3</sup> Singer

<sup>4</sup> Love

<sup>5</sup> Vazquez

<sup>6</sup> Hervas

<sup>7</sup> Rahona

<sup>8</sup> Gomez

<sup>9</sup> psychological well-being

<sup>10</sup> Optimum well-being

<sup>11</sup> Kamp Dush, Taylor & Kroeger

<sup>12</sup> Ryan

<sup>13</sup> Deci

<sup>14</sup> positive and negative affect

صورت گسترده‌ای با سلامت روانشناختی و فیزیکی در ارتباط است.

از دیگر متغیرهای مهمی که با بهزیستی روانی رابطه دارد، خودکارآمدی مقابله‌ای<sup>۹</sup>، است. خودکارآمدی مقابله‌ای، اعتماد به نفس یک فرد یا خودکارآمدی ادراک شده در انجام رفتارهای مقابله به هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی و تهدیدها است (مابت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). مدیریت موقعیت‌های متغیر، مبهم، غیرقابل پیش‌بینی و استرس‌زا مستلزم داشتن باورهای خودکارآمدی مقابله‌ای است (تایلر و استانتون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). چسنی، نیلند، چامبر، تایلر و فولکمن<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۶) معتقدند درک انسان از کارآمدی مقابله‌ای خود، هنگام مواجهه با چالش و رویایی با تهدیدهای زندگی بر تفکر، انگیزش، رفتار و عملکرد فرد تأثیر شگرفی دارد و رفتار انسان در موقعیت‌هایی که به توانایی خود اطمینان دارد، متفاوت با رفتار در موقعیت‌هایی است که در آن‌ها احساس عدم‌امنیت و فقدان صلاحیت دارد. بندورا و آدامز<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۲) معتقدند که باور به خود، ضرورتاً پیش‌بینی‌کننده موفقیت نیست، اما باور نداشتن به خود مسلماً زمینه شکست را برای فرد فراهم خواهد کرد و عملکرد مؤثر در شرایط استرس‌زا هم به مهارت‌های خود فرد و هم به باورهای فرد به توانایی انجام این مهارت‌ها وابسته است. باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کند که فرد تا چه اندازه برای فعالیت‌های خود انرژی صرف کرده و در برابر موانع مقاومت می‌کند (زینلی‌پور، زارعی و زندی‌نیا، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش بهادری خسرو شاهی و هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۹۱) نیز

دارد (یوسفی، ۱۳۹۳). همچنین، هیجانانگیز منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم ناپهنجاری‌های روانی مؤثر است (بشارت، اعتمادی و فراهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). همچنین، بساک‌نژاد، اصفهانی اصل و محمودی قلعه نوی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به علاوه، شهنی‌یلاق، شجاعی، بهروزی و مکتبی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که مهارت‌های تنظیم هیجان و بهره برداری از هیجان‌ها، پیش‌بین‌های مناسبی برای بهزیستی روان شناختی دانشجویان می‌باشند. همچنین، نتایج پژوهش بشارت (۱۳۸۷) نشان داد که بین نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.

در همین راستا، کیلیان<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود هیجانانگیز را به عنوان یک عامل تأثیرگذار منحصر بفرد بر بهزیستی روانشناختی مطرح می‌کند. ناث<sup>۳</sup> و پرادان<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین عاطفه مثبت با بهزیستی روانشناختی و سلامت جسمانی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، دولویز<sup>۵</sup>، هیگنز<sup>۶</sup> و سلاویکی<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی نقش خود مدیریتی<sup>۸</sup> هیجانانگیز از قبیل استرس، اندوه و کیفیت پایین زندگی را بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که هیجانانگیز به

<sup>1</sup> Besharat, Etemadi Nia & Farahani

<sup>2</sup> Killian

<sup>3</sup> Nath

<sup>4</sup> Pradhan

<sup>5</sup> Dulewicz

<sup>6</sup> Higgs

<sup>7</sup> Slaski

<sup>8</sup> Self - regulation

<sup>9</sup> coping self - efficacy

<sup>10</sup> Mabet

<sup>11</sup> Taylor & Stanton

<sup>12</sup> Chesney, Neilands, Chambers, Taylor & Folkman

<sup>13</sup> Bandura & Adams

- ۱-۱. پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس خودکارآمدی مقابله‌ای
- ۲-۱. پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس عواطف مثبت
- ۳-۱. پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس عاطفه‌ی منفی

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه پیام نور دهدشت بود که در سال تحصیلی (۱۳۹۴-۱۳۹۵) مشغول به تحصیل بودند. نمونه آماری پژوهش عبارت بود از ۲۵۰ نفر از دانشجویان سال سوم رشته‌های مختلف دانشگاه پیام نور دهدشت که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند.

ابزار سنجش: مقیاس کوتاه شده عاطفه مثبت و منفی<sup>۶</sup> (PANAS): این مقیاس توسط واتسون، کلارگ، کلارگ، و تلگر (۱۹۸۸) ساخته شده است (مطلب‌زاده، ۱۳۸۶). مقیاس PANAS شامل ۲۰ ماده (۱۰ ماده عاطفه مثبت و ۱۰ ماده عاطفه منفی) است که به شکل خود گزارشی شدت عاطفه مثبت و منفی فرد را می‌سنجد. فرمت مقیاس به صورت لیکرت، از کاملاً موافقم (نمره پنج) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) می‌باشد. روایی پرسشنامه به روش محاسبه همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه رضایت از زندگی، به ترتیب برای عاطفه مثبت ۰/۲۷ و برای عاطفه منفی ۰/۳۶ - گزارش شده است (مطلب‌زاده، ۱۳۸۶). ضریب همابستگی درونی سوالات با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عاطفه‌ی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۲ به دست

نشان داد که بین خوشبینی و خودکارآمدی با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین، کوتو<sup>۱</sup>، کولر<sup>۲</sup> و نوو<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) رابطه‌ی بین رویدادهای استرس‌زا و بهزیستی روانشناختی افراد را مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که رابطه‌ی منفی معناداری بین رویدادهای استرس‌زا و بهزیستی شرکت‌کنندگان وجود دارد. آن‌ها دریافتند افرادی که استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، میزان بهزیستی آن‌ها کمتر است. کاپرا و استکا<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) نشان دادند که خودکارآمدی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی و با بهزیستی روانی و رضایتمندی از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. نتایج پژوهش لenz، الیزابت و شارتیج باجت لیلیا<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) نیز نشان داد که افراد دارای خودکارآمدی بالا در عملکرد خود کمتر دچار اضطراب و استرس می‌شوند و متعاقب آن، بهزیستی روانی بالاتری را تجربه می‌کنند. همچنین، نجفی و فولادچنگ (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان دادند که بین خودکارآمدی و سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌دار و بین خودکارآمدی و نشانگان مرضی رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.

با توجه به اهمیت و حساسیت موضوع، هدف اصلی از انجام پژوهش بررسی رابطه عواطف مثبت و منفی و خودکارآمدی مقابله‌ای با بهزیستی روانی دانشجویان دانشگاه پیام نور بود.

## فرضیه‌های پژوهش

۱. پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس خودکارآمدی مقابله‌ای و هیجان‌های مثبت و منفی

<sup>۱</sup> Couto

<sup>۲</sup> Koller

<sup>۳</sup> Novo

<sup>۴</sup> Caprara & Steca

<sup>۵</sup> Lenz, Elizabeth & Shortige Bagget Lillie

<sup>۶</sup> Postive Affect and Negative Affect Scales

افراشته و امیری (۱۳۹۵) نیز روایی مقیاس مذکور را با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی مطلوب گزارش نمودند. نتایج نشان داد که همه‌ی ماده‌های مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای بارهای عاملی مطلوب (در دامنه بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۱) داشتند. همچنین، شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (۰/۰۰۱) و شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با (۰/۹۰) به دست آمد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی: مقیاس بهزیستی روانشناختی توسط ریف در سال (۱۹۹۴) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۷۷ ماده است و ۶ خرده مقیاس (رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوش‌بینی، رشد و بلندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خودپروی) را در بر می‌گیرد (لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر نمره کل پرسشنامه منظور گردید). نمره‌گذاری این مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرتی (پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۱ و پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵) تنظیم شده است. کمترین و بیشترین نمره در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۷۷ و ۳۸۵ می‌باشد و ۲۳ ماده از این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. زنجانی طبسی (۱۳۸۳) پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی را با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون بهزیستی روانشناختی برابر ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۰ گزارش داده است. همچنین، پژوهش‌های متعددی از جمله دهقان (۱۳۸۷)، سهیلی (۱۳۸۸) و میکائیلی منبع (۱۳۸۹) روایی و پایایی مقیاس مذکور را مطلوب گزارش نمودند.

روش اجرا و تحلیل: به منظور تجزیه داده‌ها، جهت بیان شاخص‌های توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و به دلیل فاصله‌ای بودن متغیرها جهت بیان همبستگی و پیش‌بینی میزان سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک از روش‌های آمار استنباطی

آمد. همچنین، به منظور بررسی روایی مقیاس عاطفه مثبت و منفی در پژوهش از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. بارهای عاملی برای عاطفه مثبت در دامنه‌ی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۱، با شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب<sup>۱</sup> (۰/۰۵) بدست آمد.

خودکارآمدی مقابله‌ای: مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای<sup>۲</sup> توسط چسنی و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. این مقیاس، اطمینان یک فرد نسبت به توانایی‌های خویش را با توجه به رفتارهای مقابله‌ای مؤثر و اثربخش (مانند دریافت حمایت اجتماعی و استفاده از راهبردهای مسئله‌محور) به هنگام مواجهه با مشکلات و چالش‌ها اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین، نمرات این مقیاس نشان‌دهنده میزان اعتماد فرد برای مقابله مؤثر و مدیریت بحران‌ها و چالش‌های زندگی است. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای ۲۶ ماده را در بر می‌گیرد، خودگزارشی است و شیوه‌ی نمره‌گذاری مقیاس مذکور سه درجه‌ای لیکرتی است، بدین صورت که به گزینه‌های (اصلاً نمی‌توانم انجام دهم نمره بین یک تا پنج) و همیشه می‌توانم انجام دهم (نمره بین ۵ تا ده) داده می‌شود. این پرسشنامه، سه خرده مقیاس (توقف هیجان و افکار ناخوشایند<sup>۳</sup>، مقابله‌ی مسئله‌مدار<sup>۴</sup> و دریافت حمایت از خانواده و دوستان<sup>۵</sup>) را شامل می‌شود. چسنی و همکاران (۲۰۰۶) ضریب هم‌هانگی درونی سوالات را با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۹۱) گزارش نمودند. همچنین، روایی آن را به روش تحلیل عامل تأییدی مطلوب (RMSEA=0/05 و GFI=0/91) به دست آورده‌اند. بهرامیان، مروتی،

<sup>1</sup> Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)

<sup>2</sup> Coping Self-Efficacy Scale

<sup>3</sup> stop unpleasant emotions and thoughts

<sup>4</sup> use problem-focused coping

<sup>5</sup> get support from friends and family

(ماتریس همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام) با استفاده از نرم افزار ۲۱ spss استفاده شده است.

برخی از شاخص‌های توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول (۱) ارائه شده است.

### یافته‌ها:

یافته‌های حاصل از این مطالعه که با استفاده از روش همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در جداول (۱) تا (۴)، ارائه شده است.

**جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره) مربوط به متغیرهای پژوهش**

متغیر	شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
بهبودی روانی	۲۶۰/۸۰	۱۸/۵۴	۱۶۸	۳۳۴	
عاطفه مثبت	۳۴/۶۴	۶/۰۷	۱۵	۵۰	
عاطفه منفی	۲۱/۴۲	۶/۳۰	۱۰	۴۴	
خودکارآمدی مقابله‌ای	۱۴۷/۶۵	۱۱/۰۲	۵۶	۲۲۸	

با توجه به فرضیات ۱ و ۲، ضریب همبستگی پیرسون حاصل از بررسی رابطه بین خودکارآمدی مقابله‌ای (و مولفه‌های مربوطه) و عواطف مثبت و منفی و بهبودی روانی محاسبه و نتایج به شرح جدول (۲) ارائه شده است.

**جدول ۲. ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش**

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- بهبودی روانی	۱						
۲- خودکارآمدی مقابله‌ای	**۰/۷۵	۱					
۳- توقف افکار و هیجان ناخوشایند	*۰/۵۹	۰/۲۸	۱				
۴- حمایت عاطفی از خانواده و دوستان	**۰/۷۸	**۰/۴۱	**۰/۳۵	۱			
۵- راهبرد مسئله مدار	**۰/۸۶	**۰/۳۲	*۰/۴۸	**۰/۳۶	۱		
۶- عاطفه مثبت	**۰/۸۲	*۰/۳۷	*۰/۴۹	**۰/۵۶	**۰/۶۲	۱	
۷- عاطفه منفی	**۰/۷۳	**۰/۳۷	**۰/۶۵	**۰/۵۴	**۰/۶۱	**۰/۴۹	۱

چه اندازه پیش‌بینی‌کننده معنادار بهبودی روانی می‌باشند، از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده و نتایج به شرح جدول (۳) ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول (۲) نشان داده شده است، ضرایب همبستگی پیرسون بین کلیه متغیرهای پژوهش همگی در سطح اعتماد ۹۵ درصد معنادار می‌باشد.

به منظور آزمون فرضیه سوم و بررسی این موضوع که عواطف مثبت و منفی و خودکارآمدی مقابله‌ای تا

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه مربوط به سهم متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس بهزیستی روانی به روش ورود (Enter)

متغیر	شاخص آماری	همبستگی (R)	ضریب تعیین (R <sup>2</sup> )	B	B	نسبت F احتمال P	t	Sig
ابعاد خودکارآمدی مقابله‌ای	خودکارآمدی مقابله			۰/۷۸	۰/۳۹		۵/۸۷	۰/۰۰۱
	توقف افکار و هیجان ناخوشایند			۰/۹۷	۰/۴۸		۶/۶۵	۰/۰۰۱
	دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان	۰/۹۱	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۴۳	۷۴/۰۶ p=۰/۰۰۱	۵/۳۱	۰/۰۱
	راهبرد مسئله مدار			۰/۷۱	۰/۳۷		۴/۹۹	۰/۰۰۱
	عاطفه مثبت			۰/۵۴	۰/۲۱		۳/۲۴	۰/۰۰۲
	عاطفه منفی			-۰/۲۶	-۰/۱۱		-۲/۳۹	۰/۰۰۱

بنابراین فرضیه ۱-۱ مبنی بر پیش‌بینی بهزیستی روانی بر اساس خودکارآمدی مقابله‌ای (و مؤلفه‌های آن)، معنی‌دار می‌باشد و تأیید می‌شود. همچنین، ضرایب بتا و t برای مؤلفه‌های توقف افکار و هیجان ناخوشایند ( $\beta = 0/48$  و  $t = 6/65$ )، راهبرد مسئله مدار ( $\beta = 0/37$  و  $t = 4/99$ ) و دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان ( $\beta = 0/43$  و  $t = 5/31$ ) در سطح  $P = 0/001$  معنی‌دار می‌باشند، بنابراین فرضیه ۱-۱ مبنی بر پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس مؤلفه‌های خودکارآمدی مقابله‌ای، معنی‌دار می‌باشد و تأیید می‌شود. همچنین، ضرایب بتا و t برای عاطفه مثبت در سطح  $P = 0/002$  معنی‌دار می‌باشند ( $\beta = 0/21$  و  $t = 3/24$ )، بنابراین فرضیه ۱-۲ مبنی بر پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس عاطفه مثبت، معنی‌دار می‌باشد و تأیید می‌شود. در نهایت، ضرایب بتا و t برای عاطفه منفی نیز در سطح  $P = 0/001$  معنی‌دار می‌باشد ( $\beta = -0/11$  و  $t = -2/39$ )، بنابراین فرضیه ۱-۳ مبنی بر پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس عاطفه منفی، معنی‌دار می‌باشد و تأیید می‌شود.

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، براساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه و با روش ورود، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی خودکارآمدی مقابله‌ای (توقف افکار و احساس ناخوشایند، راهبرد مسئله‌مدار و دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان) و عاطفه مثبت و منفی با بهزیستی روانی برابر  $MR = 0/91$  و ضریب تعیین برابر  $RS = 0/82$  می‌باشد که در سطح  $p < 0/001$  معنی‌دار است. در واقع با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص شده است که حدود ۰/۸۲ درصد واریانس بهزیستی روانی توسط خودکارآمدی مقابله‌ای (توقف افکار و هیجان ناخوشایند، راهبرد مسئله‌مدار و دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان) و عاطفه مثبت و منفی تبیین می‌شود، بنابراین فرضیه ۱، مبنی بر پیش‌بینی بهزیستی روانی دانشجویان بر اساس خودکارآمدی مقابله‌ای و هیجان‌های مثبت و منفی، معنی‌دار می‌باشد و تأیید می‌شود. همچنین، مندرجات جدول (۳)، نشان می‌دهد که خودکارآمدی مقابله‌ای با بهزیستی روانی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد ( $\beta = 0/39$  و  $t = 5/87$  و  $\text{sig} = 0/001$ ).





برای پیش‌بینی بهزیستی روانی ارائه شده است. همان‌گونه که نشان داده شده است ضرایب بتا برای متغیرهای هیجانات مثبت و خودکارآمدی مقابله‌ای (توقف افکار و هیجان ناخوشایند، راهبرد مسئله‌مدار و دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان)، مثبت است و این نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی مقابله‌ای و عاطفه‌ی مثبت با بهزیستی روانی رابطه‌ی مثبت وجود دارد و با افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای (و مؤلفه‌های آن) و هیجانات مثبت، بهزیستی روانی نیز افزایش خواهد یافت. اما ضرایب بتا برای عاطفه‌ی منفی، منفی است و این نشان می‌دهد که بین عاطفه‌ی منفی و بهزیستی روانی رابطه معکوس وجود دارد، یعنی با افزایش عاطفه‌ی منفی، بهزیستی روانی دانشجویان کاهش پیدا می‌کند.

### بحث

نتایج حاصل از داده‌های مربوط به خودکارآمدی مقابله‌ای (و مؤلفه‌های آن) نشان داد که این متغیر با بهزیستی روانی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری داشته و می‌تواند، ۶۲ درصد از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین کند. نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش کوتو و همکاران (۲۰۱۱)، چسنی و همکاران (۲۰۱۱) کاپرا و استکا (۲۰۰۵)، بهادری خسرو شاهی و هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۹۱) و نجفی و فولادچنگ (۱۳۸۶) همخوان می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با خودکارآمدی بالا، معمولاً درک درست‌تری از ویژگی‌های روانی خود دارند، در برقراری ارتباط با دیگران راحت‌ترند، به آسانی می‌توانند عواطف منفی را کنترل کنند و از رضایتمندی بالاتری در زندگی برخوردارند. همچنین، احساس خودکارآمدی بالا، سلامت شخصی،

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، از شیوه‌ی رگرسیون گام به گام برای تحلیل رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی بهزیستی روانی بر اساس خودکارآمدی مقابله‌ای و مؤلفه‌های آن و عاطفه مثبت و منفی بهره گرفته شده است. در نخستین گام، متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای بیشترین تأثیر واریانس ( $R^2 \leq 0/62$ ) متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. با ورود متغیر عاطفه مثبت به معادله، میزان واریانس مشترک افزایش یافت ( $R^2 \leq 0/68$ ) که نشان می‌دهد متغیر عاطفه‌ی مثبت به تنهایی  $R^2 \leq 0/06$  از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. همچنین، در گام بعدی با ورود متغیر دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان به معادله، میزان واریانس مشترک افزایش یافت که نشان می‌دهد متغیر دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان به تنهایی  $R^2 \leq 0/05$  از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. همچنین، در گام بعدی با ورود مؤلفه‌ی راهبرد مسئله‌مدار به معادله، میزان واریانس مشترک به  $R^2 \leq 0/77$  افزایش یافت که نشان می‌دهد که مؤلفه‌ی راهبرد مسئله‌مدار به تنهایی  $R^2 \leq 0/04$  از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. به علاوه، در گام بعدی با ورود متغیر عاطفه منفی به معادله، میزان واریانس مشترک به  $R^2 \leq 0/81$  افزایش یافت که نشان می‌دهد که متغیر عاطفه منفی به تنهایی  $R^2 \leq 0/04$  از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. در گام بعدی با ورود مؤلفه‌ی توقف افکار و هیجان ناخوشایند به معادله، میزان واریانس مشترک به  $R^2 \leq 0/82$  افزایش یافت که نشان می‌دهد متغیر توقف افکار و احساس ناخوشایند نیز به تنهایی  $R^2 \leq 0/01$  از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. همچنین در جدول (۴)، ضرایب غیر استاندارد B و ضرایب استاندارد بتا

است. همچنین، افراد با عاطفه‌ی مثبت بالا، تجارب مهیج را دوست دارند، همراهی با دیگران را جستجو می‌کنند و از آن لذت می‌برند و کاملاً در تعاملات اجتماعی خود، از اعتماد و رضایت برخوردارند و هنگام مواجهه با مشکلات از حمایت اجتماعی بیشتر برخوردارند و بنابراین، بهزیستی روانی بیشتری را تجربه می‌کنند.

از سوی دیگر، افراد دارای عاطفه‌ی منفی، فاقد انرژی، اشتیاق و اعتماد هستند. آن‌ها منزوی و از لحاظ اجتماعی گوشه‌گیر هستند، از تجارب پرشور پرهیز می‌کنند و در کل نسبت به درگیر شدن فعالانه با محیط‌شان، تردید دارند (بخشی‌پور و دژکام، ۱۳۸۴). عاطفه‌ی منفی با تنیدگی و مقابله ضعیف، شکایت مربوط به سلامت، فراوانی رویدادهای ناخوشایند مرتبط می‌باشند و عامل مشترک افسردگی و اضطراب است و اگر بعد خصیصه‌ای آن نگریسته شود عامل زمینه‌ساز این دو اختلال می‌باشد (تلگن، ۱۹۸۵؛ به نقل از فلاح، ۱۳۹۲).

همچنین، افراد دارای عاطفه‌ی منفی بالا، به سمت ناراحتی و ناخرسندی گرایش دارند و دید منفی نسبت به خود دارند. بنابراین، در مواجهه با شرایط استرس‌زا، اعتماد چندانی به خود ندارند و به جای امتحان راه حل‌های مناسب جهت حل مسئله، معمولاً از آن پرهیز می‌کنند. همچنین، عاطفه‌ی منفی با احساس درماندگی، خشم، تحریک‌پذیری و روان‌آزردگی همراه است (تسائوتس، نیکلاو، سیرداریس و جادج<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷)، بنابراین، افراد دارای عاطفه‌ی منفی بالا، بهزیستی روانی پایین‌تری دارند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور دهدشت

توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق متعدد افزایش می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد، تکالیف مشکل را به عنوان چالشی در نظر بگیرند که باید بر آن مسلط شوند، آن‌ها اطمینان دارند که می‌توانند تهدیدهای بالقوه را تحت مهار خود درآورده و به خوبی با شرایط، سازگاری یافته و اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را تجربه کنند (راجی و همکاران، ۲۰۱۰، به نقل از نجد، مصاحبی و آتش‌پور، ۱۳۹۲).

همچنین، نتایج حاصل از داده‌های مربوط به عاطفه‌ی مثبت نشان داد که این متغیر با بهزیستی روانی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و به علاوه، ۶ درصد از واریانس متغیر بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش کیلیان (۲۰۱۱)، ناث و پرادان (۲۰۱۲)، دولویز و همکاران (۲۰۰۳)، بشارت و همکاران (۲۰۱۳)، یوسفی (۱۳۹۳)، بساک‌نژاد، و همکاران (۱۳۹۱) و شهنی ییلاق و همکاران (۱۳۹۰)، همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که عاطفه مثبت در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است. افراد دارای عاطفه مثبت بالا، فعالانه، توانمندانه، توأم با شور و نشاط و اعتماد، به زندگی نگاه می‌کنند. همچنین، افراد با عاطفه مثبت بالا، معمولاً امیدوارند و در هنگام مواجهه با چالش برای رسیدن به هدف خود، از راه حل‌های متفاوتی استفاده می‌کنند. این افراد هنگام مواجهه با بحران، با دیدی خوش بینانه به چالش‌های موجود می‌نگرند و در رویارویی با مشکلات، به جای دلسردی و یأس تلاش می‌کنند که مسائل را به نحو مناسب حل کنند، بنابر آنچه گفته شد، عاطفه‌ی مثبت با بهزیستی روانی همراه

<sup>1</sup> Tsousis., Nikolaou, Serdaris & Judge

بهبودی روانشناختی. فصلنامه روانشناسی تبریز، ۳ (۱۰)، ۲۴-۴۶.

بهداری خسروشاهی، ج. و هاشمی نصرت‌آباد، ت (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوشبینی و خودکارآمدی با بهزیستی روانی در دانشجویان. مجله علوم پزشکی ارومیه، ۲(۲۳)، ۱۱۵-۱۲۲.

بهرامیان، ح.، مروتی، ذ.، یوسفی افراشته، م. و امیری، م. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عامل تأییدی پرسشنامه خودکارآمدی مقابله‌ای. فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت (زیر چاپ). خدابخش، م. و کیانی، ف. (۱۳۹۲). بررسی نقش عفو در سلامت و بهزیستی روانشناختی دانشجویان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۹(۱۰)، ۱۰۶۱-۱۰۵۰.

دهقان، س. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت به شیوه خود تنظیمی بر بهزیستی روانشناختی و ارتباط زناشویی زوجین ناسازگار مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهرستان جهرم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

درگاهی، ش.، محسن‌زاده، ف. و زهراکار، ک. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی ادارک شده زنان ناباور. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۱(۳)، ۴۵-۵۸.

زنجان‌طیسی، ر. (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی آزمون بهزیستی روانشناختی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران.

زینلی‌پور، ح.، زراعی، ا. و زندی‌نیا، ز. (۱۳۸۸). خودکارآمدی عمومی و تحصیلی دانش‌آموزان و

انجام شده و تنها ابزار پژوهش پرسشنامه بوده است، بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. از آن جا که عواطف در تأثیرگذاری بر اعمال و افکار آدمی نقش تعیین کننده دارند و همچنین قابل آموزش می‌باشند، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی، در زمینه‌ی آموزش تنظیم عواطف و خودکارآمدی مقابله‌ای تمهیداتی بیندیشند. همچنین، ارتقای متغیرهای بهزیستی روانشناختی در دانشجویان به عنوان یکی از زیر ساخت‌های اساسی در امر آموزش قلمداد می‌شوند که می‌بایست به دانشجویان آموزش داده شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که دانشگاه‌ها دوره‌های آموزشی جهت خودباوری و رشد باورهای خودکارآمدی مقابله‌ای با توجه به تفاوت‌های فردی دانشجویان برگزار کنند.

## منابع

اصغری، ف.، سعادت، س.، عاطفی کرجوندانی، س. و جانعلی‌زاده کوکنه، س. (۱۳۹۳). رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی با بهزیستی روانشناختی، انسجام خانواده و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه خوارزمی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۷(۱۴)، ۵۹۳-۵۸۱.

بخشی‌پور، ع. و دزکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله‌ی روان‌شناسی، ۹(۴)، ۳۶۵-۳۵۱.

بساک‌نژاد، س.، اصفهانی اصل، م. و محمودی قلعه نوی، ن. (۱۳۹۱). رابطه هوش هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان در دانشجویان دختر. زن و فرهنگ، ۳(۱۱)، ۷۵-۸۸.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و

و حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجله‌ی اندیشه و رفتار*، ۸ (۳۰)، ۴۷-۵۶.

نجفی، م. و فولادچنگ، م. (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی دانش و رفتار*، ۱۴ (۲۲)، ۸۲-۶۹.

یوسفی، ج. (۱۳۹۳). رابطه راهبردهای تنظیم هیجانی و هیجان‌های مثبت و منفی با سلامت روانی دانشجویان. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۳ (۱)، ۶۶-۷۴.

Bandura, A., & Adams, N. E. (2002). Analysis of self-efficacy theory in behavior change, cognitive theory. *Therapy & Research*, 23(1), 287-310.

Besharat MA, Etemadi Nia M, Farahani H. (2013). Anger and Major Depressive Disorder: The Mediating Role of Emotion Regulation and Anger Rumination. *Asian J Psychiatr*, 6(1), 35-41.

Caprara GV, Steca P. (2005). Affective and social self regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 4, 275-86.

Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M., & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the Coping Self-Efficacy Scale. *British Journal of Psychology*, 11, 421-437.

Couto, M. C., Koller, S. H., & Novo, R (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. *Ageing International*, 36(4), 492-505.

Dulewicz, v., Higgs, M., & Slaski, M. (2003). Measuring emotional intelligence: Content, construct, and criterion related validit. *Journal of Managerial Psychology*, 18, 405-420.

Killian, K. D. (2011). Development and validation of the emotional self-awareness questionnaire: A measure of emotional intelligence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (3), 502-514.

Lenz, A., Elizabeth, R., Shortrige\_Bagget Lillie, M. (2002). *Self-efficacy in nursing:*

ارتباط آن با عملکرد تحصیلی. *پژوهشنامه‌ی مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۳ (۱۱)، ۲۸-۱۳.

سهیلی، م. (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی بین کارمندان متأهل، مطلقه، بیوه و مجرد اداره‌های دولتی شهرستان کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.

شهنی بیلاق، م.، شجاعی، آ.، بهروزی، ن. و مکتبی، غ. (۱۳۹۰). رابطه هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران. *دست‌آوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۴ (۱)، ۷۳-۹۲.

فلاح، ط. (۱۳۹۲). بررسی رابطه عواطف تحصیلی (عواطف مثبت و منفی، خوش‌بینی و بدبینی تحصیلی و ترس از شکست تحصیلی) با خود ناتوان‌سازی در دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان شهر اهواز. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز.

مطلب زاده، ا. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر شوخ طبعی بر سلامت روان و شادمانی روانی در دانش‌آموزان شیراز. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه شیراز.

میکائیلی منبع، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۵ (۸)، ۱۴۳-۱۶۷.

نجد، م.، مصاحبی، م. و آتش‌پور، ح. (۱۳۹۲). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق مولفه‌های خودکارآمدی سرسختی روان‌شناختی

- Ryff, C. D., Singer B. H. & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1383-1394.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Tsaousis, I., Nikolaou, I. Serdaris, S., & Judge, T. (2007). Do the core. Self- evaluation moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Personality and Individual Differences*, 42, 1444-1452.
- Vazquez C., Hervas G., Rahona J. J., & Gomez D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
- research and measurement perspectives*. New York: Spriner Publishing Company.
- Mabet, V. W. (2010). *Validation of a coping self-efficacy scale in an African context*. Mini-dissertation (article format) submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree Magister Artium (Research Psychology) at the North-West University, Potchefstroom Campus.
- Nath, P. & Pradhan, R. K. (2012). Influence of positive affect on physical health and psychological well-being: Examining the mediating role of psychological resilience. *Journal of Health Management*, 14(2), 161-174.
- Ryan, R. M. & Deci E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.



## **Prediction of Psychological Well-Being based on the Positive and Negative Affection and Coping Self – Efficacy**

**M. Mazaheri <sup>1\*</sup>, S. H. Bahramian <sup>2</sup>**

1- Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

2- Master of Educational Sciences, Payam Noor University of Dehdasht, Dehdasht, Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad, Iran

### **Abstract**

The aim of the study was to predict psychological well-being based on the positive and negative affection and coping self – efficacy among graduate students in Dehdasht University. The sample consisting of 250 graduate students were selected using multi-stage random sampling and were asked to complete Positive and Negative Affect Scale (PANAS), coping self-efficacy scale (CSE), and Psychological Well-being Scale, Ryff. After using Pearson correlation and multiple regression analysis, the results showed coping self-efficacy, positive and negative affect explain the most common variation (0/82) in psychological well-being respectively.

**Keywords:** positive affect, negative affect, coping self-efficacy, psychological well-being.

---

\* mazaheri@hamoon.usb.ac.ir