

پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس مولفه های کیفیت زندگی با نقش میانجیگری بنیان های اخلاقی

بهرام موحدزاده

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ایران.

نام نویسنده مسئول:

بهرام موحدزاده

چکیده

هدف این پژوهش تعیین پیش بینی بهزیستی روانشناختی دانشجویان متأهل بر اساس مولفه های کیفیت زندگی با نقش میانجیگری بنیان های اخلاقی بود. پژوهش حاضر یک طرح از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان متأهل (زن و مرد) دانشگاه پیام نور مرکز یاسوج که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. ۱۶۰ نفر از آن ها که با روش نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی (RSPWB-SF)، پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه بنیان های اخلاقی هایت و گراهام (۲۰۰۷) بودند. نتایج تحلیل های همبستگی پیرسون نشان داد عوامل بهزیستی روانشناختی با بنیان های اخلاقی و کیفیت از زندگی رابطه ای مستقیم در سطح متوسط تا قوی دارند. همچنین، مولفه های کیفیت زندگی با مولفه های بنیان های اخلاقی رابطه ای قوی دارند. همچنین، نتایج تحلیل های تحلیل مسیر مبنی بر رابطه بهزیستی روان شناختی و مولفه های کیفیت زندگی با میانجی گری بنیان های اخلاقی دارای برازش و معنی دار بود.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و بنیان های اخلاقی.

مقدمه

در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. ریف^۱ و سینگر^۲ معتقدند بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کند، رویکردهای جدید بر "خوب بودن" به جای "بد یا بیمار بودن" تأکید می کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه های بیماری های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست نشان دهنده ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت های خود است. نظریه هایی (مانند نظریه ی خودشکوفایی مازلو^۳، کارکرد کامل (راجرز) و انسان بالغ یا بالیدگی (آلپورت) در شکل بندی مفهوم سلامتی روانشناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته اند. به دنبال ظهور این نظریه ها و جنبش روانشناسی مثبت که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی های مثبت و رشد توانایی های فردی تأکید داشتند، گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی روانشناختی استفاده کرده اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می کند. در این راستا، مدل هایی مانند مدل جاهودا^۴، مدل بهزیستی ذهنی داینر^۵ و مدل ۶ عاملی بهزیستی روانشناختی^۶ ریفندوپین شده اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و ضعف بر توانایی ها و داشته های فرد متمرکز. ریف بهزیستی روانشناختی را "تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه ی واقعی فرد" می داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود. او و همکارانش تلاش کردند بر اساس مبانی فلسفی (کسانی مثل ارسطو و راسل) ملاک های زندگی مطلوب یا اصطلاحاً "زندگی خوب" را تعیین و دسته بندی کنند [۱]. بر این اساس، شش عامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت ها و ضعف های خود)، هدفمندی در زندگی (به معنای داشتن غایت ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (احساس این که استعدادها و توانایی های بالقوه ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، داشتن ارتباط مثبت با دیگران (به مفهوم داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره) و خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) را به عنوان مؤلفه های تشکیل دهنده ی بهزیستی روانشناختی تعیین کردند. بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالش های موجود زندگی است [۲]. اید^۵ و لارسون^۶ بر این باورند که رویکرد روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش های وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر تحول و پیشرفت انسانی تأکید دارد. بهزیستی روانشناختی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی که این خود ناشی از کیفیت زندگی^۷ است و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است [۳]. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است؛ که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود. بیسون^۸، دینر^۹، اویشی^{۱۰} و لوکاس^{۱۱} معتقدند است بهزیستی روان شناختی، مفهوم وسیعی است که به شرایط زندگی خوب یا رضایتبخش مربوط می شود، حالتی که با سلامتی، شادی و موفقیت مشخص می شود. این موضوع به عملکرد نوجوانان در سطح بالایی از سازگاری عاطفی و رفتاری باز می گردد. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آنها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است، ارزش گذاری می کنند [۴ و ۵].

از طرفی، اغلب افرادی که تشکیل خانواده می دهند، در آغاز زندگی دارای سطح بالایی از رضایت هستند، اما علاوه بر افت تدریجی که با گذشت زمان در رضایتمندی زندگی رخ می دهد، در همان هفته ها و ماههای اول تشکیل خانواده نیز مشکلات جدی رخ می دهد که اگر حل نشود میتواند رضایت و ثبات زندگی را تهدید کند. زوج هایی که از زندگی زناشویی ناراضی هستند به دلیل ساختار فرهنگی جامعه ما و تأکید اسلام بر قبح طلاق و پیامدهای طلاق به خصوص با وجود فرزندان در خانواده حاضر به جدایی نمی باشند [۶]. متخصصان رضایت مندی زندگی را به عنوان احساسات ذهنی خشنودی و رضایت و لذت تجربه شده توسط خانواده با در نظر گرفتن جنبه های مختلف زندگی تعریف می کنند. یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در رضایت از کیفیت زندگی زوجین، اخلاق است. در هر عرصه ای که انسان دست به رفتار و فعالیت می

1-Ryff

2-Singer

3-Mazlo

4-psychological well-being

5-Eid

6-Larson

7-quality of life

8-Basson

9-Diener

10-Oishi

11-Lucas

زند، بدون تردید اخلاق و ارزش های اخلاقی سهم قابل توجهی را در جهت دهی رفتار وی ایفا می کنند. از نگاه دیگر، هرگاه انسان در عرصه رفتار با تصمیم گیری مواجه می شود، معیارها و ارزش های اخلاقی می توانند تکیه گاه های نیرومندی برای تصمیمات نهایی اتخاذ شده باشند [۷]. همچنین، یاموگاچی^۱ معتقد است که حفظ یا تقویت شاخص های کیفیت زندگی از نظر سلامت و رفاه فردی و جمعی یک عامل اصلی شاخص های اجتماعی، از جمله سرمایه اجتماعی و وسیله ای برای کاهش استرس و نگرانی افراد و افزایش اعتماد آنها می باشد. همچنین، کیفیت زندگی به مفهوم ارزیابی ذهنی از جنبه های مثبت و منفی زندگی است، اگر چه سلامتی یک حوزه مهم از کیفیت زندگی است، اما مفاهیم دیگری نیز مانند فرهنگ، ارزش ها و معنویت نیز به عنوان ابعاد کیفیت زندگی در نظر گرفته می شود. سازمان بهداشت جهانی، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیار هر فرد را به عنوان کیفیت زندگی تعریف نموده است [۸]. بنابراین کیفیت زندگی از دیدگاه افراد، در موقعیت های مختلف و با توجه به ویژگی هایی نظیر سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، محیط اجتماعی و بیماری متفاوت می باشد. در سنجش کیفیت زندگی زیر مقیاس هایی همچون کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی و با ادغام آنها دو مقیاس کلی سلامت جسمی و سلامت روانی را در بر می گیرد. بر این باورند که کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی با اعتقاد به باورهای فردی در نظام سلامت فرد و جامعه تاثیر فراوانی دارند [۹ و ۱۰].

بوهنکه^۲ و کروداک^۳ در پژوهشی، به واسنجی بهزیستی، کیفیت زندگی و موارد رایج اختلالات روانشناختی در حوزه سلامت عمومی پرداختند. از پیامدهای این عدم تمایز (GHQ-12 و WEMWBS) برای سلامت روان و بهزیستی نیازمند توجه بیشتر درباره اولویت سلامت روان عمومی و ارزیابی آن است. ارزیابی روانشناختی در قالب پرسشنامه که توسط خود بیماران تکمیل می شود یک نقش اساسی در تحقیقات روانپزشکی و سلامت عمومی ایفا می کند [۱۱]. چاریف^۴ و دومیترو^۵ در پژوهش خود با تمرکز بر برجسته کردن تفاوت های بین زن و مرد، کیفیت زندگی و وضعیت رفاه را مورد بررسی قرار دادند. این بدان معناست که جنسیت مرد کنترل بیشتری بر اعمال خود نسبت به جنس زن برخوردار است. با توجه به متغیر رشد شخصی، مشاهده می کنیم که زن یک سطح بالاتری از میل به کمال رساندن در سبک زندگی خود نسبت به مردان دارا هستند [۱۲]. دیچیک^۶، کرام^۷ و بیمی^۸ به بررسی بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی در سالمندان پرداختند. آن ها بیان نمودند که به طور فزاینده ای از رویکرد (INAs) برای پشتیبانی از خانواده هایی که از افراد مسن مراقبت می کنند حمایت می شود. هدف این رویکرد تقویت توانایی خودمدریتی سالمندان قبل از استفاده از شبکه های پشتیبانی حرفه ای می باشد [۱۳]. لو^۹، لو و ونگ^{۱۰} در پژوهش خود به ارزیابی کیفیت زندگی و بهزیستی درونی در سالمندان پرداختند. نتایج نشان دادند که سالمندان در سطح پایینی از کیفیت زندگی و بهزیستی درونی قرار داشتند. بیماران در مراحل پیشرفته حتی نمرات پایین تری از کیفیت زندگی نسبت به بیماران در مراحل اولیه از خود نشان دادند. علاوه بر این، رفاه درونی آن ها با عملکرد فیزیکی، عملکرد نقش پذیری، عملکرد شناختی، عملکرد احساسی، عملکرد اجتماعی و وضعیت کلی سلامتی شان ارتباط مستقیم داشت. در نهایت کیفیت زندگی و بهزیستی درونی در سالمندان نسبتا ضعیف بود و این که دو پارامتر بهزیستی درونی و کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با هم دارند [۱۴]. در این راستا امروزه یکی از دغدغه های مهم در جامعه ما با وجود راه اندازی شبکه های مختلف اجتماعی و رسانه های متنوع جوامع می تواند بسترهایی برای ترویج سبک های مختلف زندگی با کیفیت های متعدد را بوجود آورد. این خود با وجود داشتن اعتقاد و باورهای دینی و مذهبی حاکم در کشور و نوع فرهنگ ایرانی و اسلامی ما، ممکن است اسباب های جدی را در روند ساماندهی بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی بوجود آورد. از طرفی یکی از کانون های اساسی و مهم در روند تربیت افراد در زندگی اجتماعی دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی هستند که با ایجاد بسترهای لازم به تربیت دانشجویان اقدام می کنند. لذا در این پژوهش به بررسی پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس مولفه های کیفیت زندگی با نقش میانجیگری بنیان های اخلاقی دانشجویان می پردازیم تا مشخص شود که این متغیرها چطور آنها را پیش بینی و چه رابطه ای با هم دارند. تا روند و چگونگی شکل گیری آنها در جامعه تحقیق تعیین گردد.

¹-Yamaguchi²-Bohnke³-Crodace⁴-Chraif⁵-Dumitu⁶-Dijk⁷-Cramm⁸-Bimie⁹- Luo¹⁰ - Wang

روش

پژوهش حاضر غیر آزمایشی و از نوع توصیفی و همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان متأهل (زن و مرد) دانشگاه پیام نور مرکز یاسوج که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند می باشد. ۱۶۰ نفر از آن ها با روش نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای اندازه گیری عبارتند از: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی فرم کوتاه ۱۸ سوالی (RSPWB-SF) که مشهورترین و پر استفاده ترین ابزار برای بهزیستی روانشناختی است. این ابزار از شش خرده مقیاس، استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود که توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته و ساخته شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF) که از هشت مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیطی تشکیل شده است. پرسشنامه بنیان های اخلاقی^۱: هایت و گراهام^۲ (۲۰۰۷) به ایجاد تئوری بنیان های اخلاقی (MFT) و پرسشنامه مبانی اخلاقی پرداختند که به اندازه گیری پنج بعد اخلاقی: آسیب / مراقبت، انصاف، وفاداری به گروه، احترام به مرجعیت و خلوص می پردازد.

یافته ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و بنیان های اخلاقی

متغیر	متغیر	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانشناختی	استقلال	۱۲/۰۸	۱/۹۸
	تسلط بر محیط	۱۰/۸۳	۲/۲۹
	رشد	۱۲/۸۲	۲/۵۳
	ارتباط	۱۳/۵۰	۱/۹۶
	هدف	۱۲/۳۱	۲/۲۷
	پذیرش	۱۲/۵۱	۲/۳۰
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۲۵/۷۵	۴/۱۰
	سلامت روان	۲۰/۷۱	۳/۴۴
	سلامت اجتماعی	۱۰/۶۷	۲/۰۴
	سلامت محیطی	۲۷/۴۵	۴/۵۴
بنیان های اخلاقی	مراقبت/آسیب	۲۳/۶۹	۵/۲۱
	انصاف (عدالت)	۲۳/۷۵	۴/۸۴
	وفاداری به گروه	۲۵	۴/۲۱
	احترام به مرجعیت	۲۰/۳۵	۴/۵۹
	خلوص و پاکی	۱۷/۳۴	۴/۱۶

همان طور که در جدول یک مشاهده می شود میانگین (و انحراف معیار) نمره های خرده مقیاس استقلال به ترتیب ۱۲/۰۸ (و ۱/۹۸)، تسلط بر محیط ۱۰/۸۳ (و ۲/۲۹)، رشد ۱۲/۸۲ (و ۲/۵۳)، ارتباط ۱۳/۵۰ (و ۱/۹۶)، هدف ۱۲/۳۱ (و ۲/۲۷)، پذیرش ۱۲/۵۱ (و ۲/۳۰) می باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره های خرده مقیاس سلامت جسمی ۲۵/۷۵ (و ۴/۱۰)، سلامت روان ۲۰/۷۱ (و ۳/۴۴)، سلامت اجتماعی ۱۰/۶۷ (و ۲/۰۴)، سلامت محیطی ۲۷/۴۵ (و ۴/۵۴) میباشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره های خرده مقیاس مراقبت ۲۳/۶۹ (و ۵/۲۱)، انصاف ۲۳/۷۵ (و ۴/۸۴)، وفاداری به گروه ۲۵ (و ۴/۲۱)، احترام به مرجعیت ۲۰/۳۵ (و ۴/۵۹) و خلوص و پاکی ۱۷/۳۴ (و ۴/۱۶) می باشد.

¹-Ethical foundation²-Hyatt&graha

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
استقلال	۱							
تسلط بر محیط	۰/۳۶**	۱						
رشد	۰/۶۲**	۰/۵۷**	۱					
ارتباط	۰/۶۶**	۰/۵۳**	۰/۴۷**	۱				
هدف	۰/۳۹**	۰/۴۶**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	۱			
پذیرش	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۱۶*	۰/۵۷**	۱		
سلامت جسمی	۰/۳۸**	۰/۶۹**	۰/۲۳**	۰/۵۰**	۰/۳۲**	۰/۴۰**	۱	
سلامت روان	۰/۲۲**	۰/۱۶*	۰/۱۷*	۰/۲۳**	۰/۴۸**	۰/۴۹**	۰/۷۳**	۱
سلامت اجتماعی	۰/۴۲**	۰/۱۸*	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۰/۳۷**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۰/۵۲**
سلامت محیطی	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۵۹**	۰/۶۱**
بنیان‌های اخلاقی	۰/۳۶**	۰/۳۳**	-۰/۱۵**	۰/۴۹**	۰/۵۶**	۰/۵۸**	۰/۶۹**	۰/۷۲**

**P<0/01

بر اساس جدول دو ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی و نمره کل بنیان‌های اخلاقی از نظر آماری معنادار بود ($P<0/05$).

بررسی مفروضه‌های مدل تحلیل مسیر

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی مدل مسیر را برآورده می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه مدل تحلیل مسیر شامل داده‌های گمشده، داده‌های پرت، نرمال بودن و هم‌خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند که به ترتیب بیان می‌شوند.

داده‌های گمشده

در مدل تحلیل مسیر، چنان‌چه برای تحلیل از داده‌های ورودی خام استفاده شود، این داده‌ها باید کامل و بدون مقادیر گمشده باشد. برای کار با داده‌های ناکامل، چندین راه‌حل پیش‌تجربی وجود دارد. حذف لیستی، که در آن همه نمره‌های مربوط به داده‌های گمشده حذف می‌شود. و حذف زوجی، که در آن همبستگی‌های دو متغیری فقط برای مواردی که داده‌های آن کامل و موجود است، محاسبه می‌شود. زوش پیش‌تجربی دیگر برای داده‌های گمشده، جایگزین ساختن این داده‌ها با میانگین متغیر است (هومن، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر از روش جایگزین داده‌ها با میانگین متغیر استفاده شد.

داده‌های پرت

داده‌های پرت^۱ نمره‌هایی هستند که در فاصله دورتری از سایر داده‌ها قرار می‌گیرند و از مقدار مورد انتظار بیشتر می‌باشند. دو نوع داده پرت وجود دارد. داده‌های پرت تک متغیری و داده‌های پرت چند متغیری. آزمودنی که دارای داده‌های پرت تک متغیری است در یک متغیر نمره‌های بالا یا پایین دارد و آزمودنی که دارای داده‌های پرت چند متغیری است در دو یا چند متغیر نمره‌های بالا یا پایین دارد و یا الگوی نمره‌های وی غیر عادی است. در واقع، در داده‌های پرت چند متغیری، آزمودنی از میانگین یک یا چند متغیر پیش‌بین، فاصله قابل توجهی دارد. در پژوهش حاضر، جهت بررسی داده‌های پرت تک متغیری از برنامه نرم‌افزاری SPSS و نمره‌های Z متغیرها استفاده شد. نتایج نشان داد که نمره‌های آزمودنی‌ها در فاصله ۳ انحراف معیار پایین‌تر و بالاتر از میانگین بود. همچنین، جهت بررسی داده‌های پرت چند متغیری، فاصله مالهالانوبیس^۲ برای متغیرهای پیش‌بین محاسبه شد. اگر بیشترین فاصله مالهالانوبیس بزرگ‌تر از ارزش‌خی دو بحرانی با درجات آزادی

^۱ outliers^۲ mahalanobis distance

معین (تعداد متغیرهای پیش‌بین) در سطح $\alpha=0/001$ باشد، مشکل داده‌های پرت چند متغیری وجود دارد. عدم وجود داده‌های پرت به کمک فاصله ماکس‌لایب با سطح آلفای سخت‌گیرانه $P<0/001$ مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد. هیچ یک از پرسشنامه‌های وارد شده در فایل داده‌ها جزء داده‌های پرت نبود و در تحلیل نهایی، تمامی پرسشنامه‌ها وارد تحلیل گردید.

نرمال بودن

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	کجی	انحراف معیار کجی	کشیدگی	انحراف معیار کشیدگی
استقلال	-۰/۷۴	۰/۱۸	۰/۷۹	۰/۳۷
تسلط بر محیط	۰/۰۴	۰/۱۸	-۰/۶۰	۰/۳۷
رشد	-۰/۴۷	۰/۱۸	۰/۵۵	۰/۳۷
ارتباط	۰/۱۴	۰/۱۸	-۰/۵۷	۰/۳۷
هدف	-۰/۰۱	۰/۱۸	-۰/۵۶	۰/۳۷
پذیرش	-۰/۰۹	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۳۷
سلامت جسمی	-۰/۸۶	۰/۱۸	۱/۹۱	۰/۳۷
سلامت روان	-۰/۳۸	۰/۱۸	۰/۶۱	۰/۳۷
سلامت اجتماعی	-۰/۹۳	۰/۱۸	۲/۳۴	۰/۳۷
سلامت محیطی	-۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۸۵	۰/۳۷
مراقبت/آسیب	-۰/۵۷	۰/۱۸	-۰/۵۷	۰/۳۷
انصاف (عدالت)	-۰/۲۳	۰/۱۸	-۰/۰۶	۰/۳۷
وفاداری به گروه	-۰/۴۰	۰/۱۸	-۰/۳۲	۰/۳۷
احترام به مرجعیت	-۰/۲۵	۰/۱۸	-۰/۷۳	۰/۳۷
خلوص و پاکی	-۰/۳۳	۰/۱۸	-۰/۰۱	۰/۳۷

ضرایب کجی و کشیدگی مربوط به توزیع نمرات متغیرهای پژوهشی نشان می‌دهد که با توجه به نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱ هستند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست. لذا می‌توان گفت که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد.

هم‌خطی چندگانه

جدول ۴. نتایج بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پژوهش (پیش‌بین)

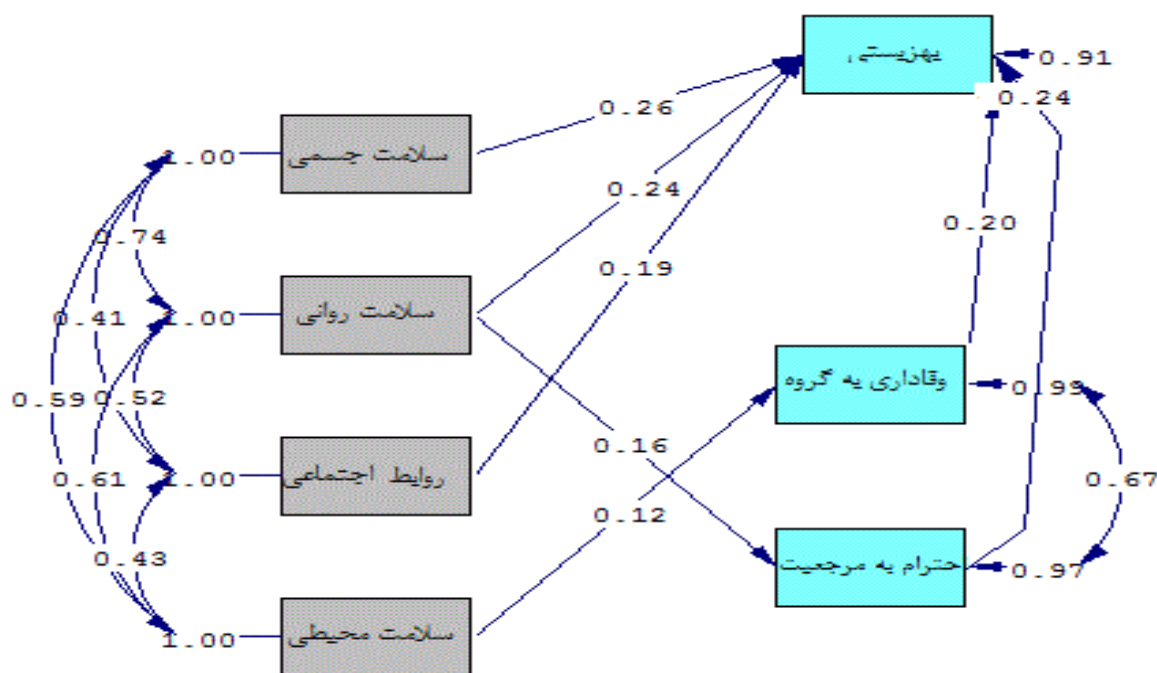
متغیرها	شاخص‌های هم‌خطی چندگانه	
	آماره تحمل	عامل تورم واریانس
سلامت جسمی	۰/۴۲	۲/۳۶
سلامت روان	۰/۳۷	۲/۷۰
سلامت اجتماعی	۰/۷۰	۱/۴۱
سلامت محیطی	۰/۵۶	۱/۷۸
مراقبت/آسیب	۰/۹۷	۱/۰۲
انصاف (عدالت)	۰/۵۲	۱/۸۹
وفاداری به گروه	۰/۵۱	۱/۹۳
احترام به مرجعیت	۰/۴۷	۲/۰۹
خلوص و پاکی	۰/۷۵	۱/۳۲

آماره‌های تحمل (و عامل تورم واریانس) مندرج در جدول چهار نشان می‌دهند که ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها، بالای ۰/۱۰ هستند و نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها می‌باشند. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها، هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

جدول ۵. ضرایب مستقیم استاندارد و غیر استاندارد مدل فرضی کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری بنیان اخلاقی

مسیرها	B	β	S.E	C.R	P
سلامت جسمی به بنیان اخلاقی	۰/۱۵	۰/۳۳	۰/۰۳	۴/۵۵	<۰/۰۰۱
سلامت روان به بنیان اخلاقی	۰/۴۶	۰/۵۴	۰/۰۴	۱۰/۶۰	<۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی به بنیان اخلاقی	۰/۲۳	۰/۳۰	۰/۰۵	۴/۲۰	<۰/۰۰۱
سلامت محیطی به بنیان اخلاقی	۰/۵۳	۰/۲۹	۰/۰۹	۵/۷۵	<۰/۰۰۱
بنیان اخلاقی به بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۹	۰/۲۴	۰/۴۸	۲/۱۰	<۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول پنج مشاهده می‌شود، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیر مستقیم مدل فرضی از سلامت جسمی به بهزیستی ($\beta=۰/۲۶$, $P<۰/۰۱$)، سلامت روان به بهزیستی ($\beta=۰/۲۴$, $P<۰/۰۱$)، سلامت اجتماعی به بهزیستی ($\beta=۰/۱۹$, $P<۰/۰۱$)، سلامت محیطی به بهزیستی ($\beta=۰/۱۲$, $P<۰/۰۰۱$) و مسیر سلامت روانی به احترام به مرجعیت ($\beta=۰/۱۶$, $P<۰/۰۱$) معنی‌دار شده است. همچنین مسیر وفاداری به گروه به بهزیستی ($\beta=۰/۲۰$, $P<۰/۰۰۱$) و مسیر احترام به مرجعیت به بهزیستی ($\beta=۰/۲۴$, $P<۰/۰۰۰۱$) معنی‌دار شده است.



Chi-Square=4.20, df=7, P-value=0.75703, RMSEA=0.000

شکل ۱- مدل نهایی اصلاح شده رابطه بین کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری بنیان اخلاقی

نتایج مدل نشان می‌دهد که بزرگترین ضریب مسیر مربوط به سلامت جسمی بر بهزیستی روان‌شناختی $\beta = 0.26$ و کوچکترین ضریب مسیر مربوط به تاثیر متغیر سلامت محیطی بر وفاداری به گروه $\beta = 0.12$ می‌باشد. علاوه بر آن ضریب مسیر برای متغیرهای سلامت روانی و روابط اجتماعی به ترتیب برابر با $\beta = 0.24$ و $\beta = 0.19$ می‌باشد. همچنین ضرایب متغیرهای مراقبت/آسیب، انصاف (عدالت) و خلوص (پاکی) بر بهزیستی معنادار نبودند و بنابراین به دلیل معنادار نبودن از نمودار حذف گردیدند. همچنین داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل فرضی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری بنیان‌های اخلاقی دارای برازش است.

جدول ۶. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی رابطه کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری بنیان اخلاقی

مدل	Chi square	Df	P-value	RMSEA	GFI	CFI	AGFI	TLI	NFI
مدل اصلاح شده	۴/۲۰	۷	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۹

نتایج آماره خی شش نشان داد که مقدار این آماره برابر با ۴/۲۰ است که با درجات آزادی ۷، مقدار سطح معنی‌داری آن ۰/۷۵ به دست آمد که بیان‌گر برازش مدل با داده‌ها می‌باشد. مقادیر (NFI) و (CFI) در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۹ و ۱/۰۰ است. براساس ملاک ۰/۹۵ و بالاتر، این مقادیر مدل را تعیین می‌کنند و مقدار (RMSEA) برای پژوهش حاضر ۰/۰۰۰۱ به دست آمد که بیان‌گر برازش خوب مدل با داده‌ها می‌باشد. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش مطلوبی با داده‌ها دارد. در نتیجه شاخص‌های TLI, AGFI, GFI, RMSEA و NFI بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس مولفه های کیفیت زندگی با نقش میانجیگری بنیان های اخلاقی بود. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد عوامل بهزیستی ریف با بنیان های اخلاقی و کیفیت از زندگی رابطه ای مستقیم در سطح متوسط تا قوی دارند. همچنین، مولفه های کیفیت زندگی با مولفه های بنیان های اخلاقی رابطه ای قوی دار ند. این یافته ها با نتایج بررسی یاموگاچی، ۲۰۱۵، بوهنکه و کروداک، ۲۰۱۵، چاریف و دومیترو، ۲۰۱۵، ویلسون، کترین، مارتین، آلن، هینرمن، ماری، چریل، ۲۰۱۶، تیسیر، میرم، ویرونیکو، ۲۰۱۷، بای^۱ و همکاران، ۲۰۱۵ و دیربای و همکاران، ۲۰۱۶ همسو می باشد [۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۹، ۸]. ریف و سینگر معتقدند، مولفه های بهزیستی روانشناختی با کنشوری مثبتی مثل رضایت از زندگی رابطه مثبت و با کنشوری منفی مثل افسردگی رابطه منفی دارد. همچنین، بر اساس مطالعات ویلنر^۲ در روانشناسی مثبت نگر رضایت از زندگی، رفاه و کیفیت بالای زندگی در رابطه دوسویه، معمولاً در افزایش بهداشت روانی و بهزیستی روانشناختی موثر در نظر گرفته شده است. کیفیت زندگی در هماهنگی روابط بین فردی، زندگی راحت، سلامت روانی و فردی، غلبه بر محدودیت ها و دستیابی به کنترل و کاهش درد و رنج با بهزیستی روانشناختی رابطه دارد [۱۸]. از سوی دیگر، هرچه میزان رضایت از زندگی در افراد بالاتر باشد فرد، مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است. بنابراین، بهزیستی و همچنین رضایت از زندگی بالا باعث می شود افراد هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و در نهایت این مسیر منجر به افزایش کیفیت زندگی میشود. بیسون [۴] معتقد است بهزیستی روان شناختی، مفهوم وسیعی است که به شرایط زندگی خوب یا رضایتبخش مربوط می شود، حالتی که با سلامتی، شادی و موفقیت مشخص می شود. این موضوع به عملکرد نوجوانان در سطح بالایی از سازگاری عاطفی و رفتاری باز می گردد. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آنها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است، ارزش گذاری می کنند. همچنین، در مورد یافته های ذکر شده می توان گفت، افراد برخوردار از مولفه های کیفیت زندگی بالا ویژگی هایی مانند سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت روان منجر به بهزیستی روانشناختی و تقویت بنیان های اخلاقی می شوند. از طرفی بهزیستی روانشناختی نیز عاملی است که زمینه مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی افراد در جامعه را فراهم می کند. وقتی بهزیستی روانشناختی در افراد کم شود، ممکن است فرد دچار مشکلات روحی و روانی مانند، عدم ارتباط، انزواطلبی، نداشتن هدف و برنامه در زندگی شود و این مسئله کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد. همچنین، افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالا دارای ارتباطات قوی، هدفمند، مسلط بر زندگی و دارای احساسات مثبت و قوی از خود می باشد، در حالیکه افراد دارای بهزیستی روانشناختی پایین حوادث زندگی و محیط اطراف زندگی را نامطلوب تلقی کرده و هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند [۱۹]. زمانی که فرد دارای بهزیستی روانشناختی بالایی است هیجانات مثبت را تجربه و این امر به نوبه خود موجب افزایش رضایت از زندگی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی در آنان می شود.

تشکر و سپاسگزاری

از مسئولان، اساتید و دانشجویان دانشگاه پیام نور به واسطه حمایت در اجرای این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارم.

¹-Bai

² -Wilner

منابع و مراجع

- [1] Ryff, C. D., & Singer., B.H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, (35), 1103-1119.
- [2] Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1).
- [3] Eid, M., Larson, R.J.(2008). *The Science of subjective wellbeing*. Second Edition New York: Guilford press.
- [4] Basson, N. (2008). *The influence of psychological Factors on the subjective well- being of adolescents*. Unpublished M.A dissertation in University of the Free State.
- [5] Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E.(2003). Personality, culture, subjective wellbeing Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54,403.
- [۶] اکبری، ا.، پورشریفی، ص.، عظیمی، ز.، فهیمی، ص.، (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل بر افزایش رضایتمندی، سازگاری، احساسات مثبت، و صمیمیت زوجهای دارای تجربه طلاق عاطفی، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲ (۴)، ۴۵۵
- [7] Macdonald, K. (2002). Early Experience, Relative Plasticity and Cognitive Development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 10,101 – 124.۴۸۴
- [8] Yamaguchi, A.(2015). "Influences of quality of life on health and well-being." *Social Indicators Research* 123, no. 1: 77-102.
- [9] Dyrbye, L. N., Daniel, S., & Tait, S. (2016). "Ability of a 9-item well-being index to identify distress and stratify quality of life in US workers." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 58, no. 8 810-817.
- [10] Walker, S. J., Yiyi, C., Kyungjeen, P., Brandy, M., Charles, R. T., & Arthur, Y. H. (2016). "The Relationships Between Spiritual Well-Being, Quality of Life, and Psychological Factors Before Radiotherapy for Prostate Cancer." *Journal of Religion and Health* , 1-10.
- [11] Böhnke, J., R. & Tim, J. C. (2015). "Calibrating well-being, quality of life and common mental disorder items: psychometric epidemiology in public mental health research." *The British Journal of Psychiatry* , bjp-bp.
- [12] Chraif, M., & Daniela., D.(2015). "Gender differences on Wellbeing and Quality of life at young students at psychology." *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 180: 1579-1583.
- [13] Dijk, M., Jane, M., Cramm, E. B., & Anna, P. (2016). Nieboer. "Effects of an integrated neighborhood approach on older people's (health-related) quality of life and well-being." *BMC Research Notes* 9, no. 1: 450.
- [14] Luo, S., Luo, J., Wang, S. (2016). "Quality of life and subjective well-being in elderly patients with prostate cancer" *Journal of Practical Oncology*, Editorial Board 31, no. 05 419-423.
- [15] Wilson, C. S., Martin, F., Allen, W., Heinemann, A., Marie, W., & Cheryl, M. (2016). "Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury." *Disability and rehabilitation* , 1-6.
- [16] Tessier, P., Myriam, B., & Véronique, S. (2017). "Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer patients." *Social Science & Medicine* 174, 96-103.
- [17] Bai, M., Mark, L., Sangchoon, J., Jane, D., & Ruth, M. (2015). "Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer." *Palliative and Supportive Care* 13, no. 04, 927-935.
- [18] Wilner, J. (2011). *How To Improve Psychological Well – Being*. *Adventures In Positive Psychology*. Psych Central.APA.
- [۱۹] درويزه، ز.، کهکی، ف.، (۱۳۸۷). بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی، مطالعات زنان، ۶ (۱)، ۹۴.