

August-September 2020, Volume 9, Issue 3

## Structural Relations between Physical-Mental Health and Flourishing with Respect to Mediating Role of Positive Affection in Nursing Students in 2019

Elham Yavari Barhaghtalab<sup>1</sup>, Mohammadreza Seirafi<sup>2\*</sup>, Maryam Kalhornia Golkar<sup>3</sup>

1- PhD Student, Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Assistant Professor, Department of psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Corresponding author:** Mohammadreza Seirafi, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.

**E-mail:** msf\_3@yahoo.com

Received: 14 May 2019

Accepted: 13 Sep 2020

### Abstract

**Introduction:** Nursing students, as future nurses, will be the largest health care group and will affect the productivity and progress of the organization more than any other group of hospital staff. One of the factors that can influence this is the attention to the physical and mental health of the nurses. Therefore, this study aimed to investigate the structural relations between physical-mental health and flourishing with respect to the mediating role of positive affection in nursing students.

**Methods:** This study was descriptive-correlational. To this end, a sample of 300 subjects (243 females and 57 males) was selected by stratified random sampling method among the nursing students of Fatemeh School of Nursing and Midwifery in Shiraz in 2019 and were evaluated using 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), positive and negative affection schedule (PANAS) and human flourishing questionnaire (HFQ). The data were evaluated using path analysis by statistical software SPSS-22 and AMOS-22.

**Results:** Findings showed that flourishing subscales including positive affection and relationships both directly and indirectly affect the physical and mental health of nursing students through positive affection ( $p < 0.05$ ). Also, according to the findings, the variable of meaning in the final model, only indirectly through positive affection, causes a change in the level of physical and mental health of undergraduate nursing students. The pathway of positive affection to physical-mental health ( $\beta = 0.23$ ) and the pathway of optimism to physical-mental health ( $\beta = 0.25$ ) are statistically significant and indicate that they can have physical health. Explain the psychology of nursing students. In other words, 23% of physical-mental health is directly affected by positive affection and 25% of optimism.

**Conclusions:** According to the findings, since flourishing and positive affection had a positive effect on physical and mental health, it seems that flourishing and positive affection act as an effective mechanism to correct beliefs and with their growth and improvement can be used to prevent psychosomatic diseases as well as psychological problems of nursing students.

**Keywords:** Physical and mental health, Nursing student, Flourishing, Positive affection.

## روابط ساختاری بین سلامت جسمی-روانی و شکوفایی با میانجی‌گری عاطفه مثبت در دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال تحصیلی ۹۸-۹۷

الهام یآوری برحق طلب<sup>۱</sup>، محمدرضا صیرفی<sup>۲\*</sup>، مریم کلهرنیا گل کار<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران .  
 ۲- استادیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.  
 ۳- استادیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران .  
 نویسنده مسئول: محمدرضا صیرفی، استادیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران.  
 ایمیل: msf\_3@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** دانشجویان پرستاری به عنوان پرستاران آینده، بزرگترین گروه بهداشتی و درمانی را تشکیل خواهند داد و بیش از هر گروه دیگری از کارکنان بیمارستان، بهره‌وری و پیشرفت سازمان را تحت تأثیر قرار خواهند داد. یکی از مواردی که می‌تواند در این امر اثرگذار باشد، توجه به سلامت جسمی-روانی پرستاران است. لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی روابط ساختاری بین سلامت جسمی-روانی و شکوفایی با میانجی‌گری عاطفه مثبت در دانشجویان پرستاری بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی بود. بدین منظور از بین دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز در سال تحصیلی ۹۸-۹۷، تعداد ۳۰۰ نفر (۲۴۳ دختر و ۵۷ پسر) به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و با استفاده از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶-سوآلی زمینه‌یابی سلامت (SF-۳۶)، پرسشنامه شکوفایی (HFQ) و مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل مسیر با نرم‌افزارهای SPSS-۲۲ و AMOS-۲۲، مورد ارزیابی آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد خرده‌مقیاس‌های شکوفایی شامل هیجانات مثبت و روابط هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق عاطفه مثبت بر سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری تأثیر می‌گذارند. ( $p < 0/05$ ). همچنین بر طبق یافته‌ها، متغیر معنا در مدل نهایی فقط به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق عاطفه مثبت، موجب تغییر در میزان سلامت جسمی-روانی دانشجویان کارشناسی پرستاری می‌شود. ضریب مسیر عاطفه مثبت به سلامت جسمی-روانی ( $\beta = 0/23$ ) و ضریب مسیر خوش‌بینی به سلامت جسمی-روانی ( $\beta = 0/25$ ) از لحاظ آماری معنی‌دار و بیانگر آن هستند که می‌توانند سلامت جسمی-روانی دانشجویان رشته پرستاری را تبیین کنند. به بیان دیگر، سلامت جسمی-روانی به میزان ۲۳ درصد تحت تأثیر مستقیم عاطفه مثبت و ۲۵ درصد از خوش‌بینی قرار دارد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های به دست آمده از آن‌جا که شکوفایی و عاطفه مثبت بر سلامت جسمی-روانی تأثیر مثبت داشتند، به نظر می‌رسد شکوفایی و عاطفه مثبت از طریق پاسخ مثبت و سازگاران به شرایط، به عنوان یک سازوکار تأثیرگذار بر اصلاح باورها عمل می‌کنند و با رشد و بهبود آن‌ها می‌توان برای پیشگیری از بیماری‌های روان‌تنی و همچنین مشکلات روانی دانشجویان رشته پرستاری بهره برد.

**کلید واژه‌ها:** دانشجویان پرستاری، سلامت جسمی-روانی، شکوفایی، عاطفه مثبت.

### مقدمه

و همچنین بهره‌وری پرستاران در نهایت به تصمیم‌گیری بهتری در برنامه‌ریزی ارائه خدمات و مراقبت‌ها منجر می‌شود [۱]. یکی از مواردی که می‌تواند در این امر اثرگذار باشد، توجه به سلامت جسمی-روانی پرستاران است. به طوری که سلامت جسمی-روانی پرستاران عامل

پرستاران بزرگترین گروه بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند و بیش از هر گروه دیگری از کارکنان بیمارستان، بهره‌وری و پیشرفت سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند

تعیین کننده در کاهش کمی و کیفی بازده کاری بوده که شیفت‌های کاری با عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران در ارتباط است [۱]. بنابراین شناخت راه‌های تأثیرگذار بر میزان سلامت جسمی-روانی در بین دانشجویان رشته پرستاری که شغل آینده آنان به واسطه این که با درمان انسان در ارتباط است، جهت برنامه‌ریزی برای کاهش اثرات نامطلوب آن بسیار مهم می‌باشد.

سلامت سازه‌ای چندبعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را حالت مطلوب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند [۳]. منظور از سلامت جسمی حالتی است که تمام اعضا و ارگان‌های بدن عملکرد فیزیکی طبیعی داشته باشند و توسط بیماری‌های مختلف مورد تهدید قرار نگرفته باشند. به عبارت دیگر، به نبودن بیماری جسمی و نقص عضو، سلامت جسمی گفته می‌شود [۴]. سلامت روان که یکی دیگر از ابعاد مهم سلامت است، نقش مهم و اساسی در بهزیستی افراد و توانایی آنان برای عملکرد مؤثر در جامعه دارد [۵]. سازمان جهانی بهداشت نیز سلامت روان را یکی از محورهای مهم ارزیابی سلامت جوامع مختلف برشمرده و آن را به صورت وضعیتی از سلامت هر فرد که باعث تحقق استعدادهای بالقوه، کنار آمدن با تنش‌های معمول زندگی، انجام کار مفید، احساس ثمربخش بودن و توان مشارکت با اجتماع می‌شود، تعریف می‌کند.

نتایج پژوهش‌ها در سال‌های گذشته نشان می‌دهد که از بعد عوامل فردی، سلامت با رفتارهایی مانند فعالیت جسمانی و تفریحی، وزن مطلوب و متناسب با قد و انجام آزمایش‌های پزشکی و پیشگیریانه ارتباط مثبت و با رفتارهایی مانند مصرف سیگار و تیدگی رابطه منفی دارد [۷ و ۸]. با این حال، اغلب متخصصین بهداشت روانی، جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند. تلاش‌هایی که در جهت گذر از الگوی سنتی سلامتی صورت گرفته، گرچه زمینه‌ی لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته، کافی نیست [۹]. برخی از الگوهای سلامت همچنان به طور عمده بر ویژگی‌های منفی تأکید دارند و در آن‌ها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت با مشکلات بدنی (درد، خستگی)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب)، و مشکلات اجتماعی (مشکلات زناشویی) سر و کار دارد [۱۰]. علی‌رغم چنین دیدگاهی در مورد سلامت و با گسترش مباحث مربوط به روان‌شناسی مثبت، تمایل به

مطالعه‌ی جنبه‌های مثبت سلامت به موازات قسمت‌های منفی آن در حال افزایش است [۱۱]. روان‌شناسی جدید سعی دارد توجه خود را صرفاً به مشکلات روانی معطوف نسازد و بیشتر بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید کند [۱۲].

شکوفایی یکی از عناصر روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به نظر می‌رسد در بروز نشانه‌های سلامت جسمی-روانی تأثیر دارد. در این راستا اعتقاد بر این است که درک و ترغیب در شکوفایی انسان مهمترین سهم روان‌شناسی مثبت‌نگر است [۱۳]. شکوفایی، یعنی زندگی کردن با سلامت فیزیکی بیشتر، خلاقیت بیشتر در کار، آرامش بیشتر و کامیابی است که از طریق پیروی از چارچوب PERMA که از سرواژه کلمات هیجانات مثبت (Positive emotion)، مجذوبیت (Engagement)، روابط (Relationships)، معنا (Meaning) و موفقیت (Accomplishments) الهام گرفته شده است، حاصل می‌گردد [۱۴]. Keyes شکوفایی را در سه مؤلفه تعریف می‌کند: ۱) بهزیستی هیجانی یا وجود احساسات مثبت در مورد «خود» و زندگی؛ ۲) بهزیستی اجتماعی، که به معنای داشتن احساس مرتبط بودن با دیگران و ارزشمند شناخته شدن توسط اجتماع است؛ و ۳) بهزیستی روان‌شناختی که بر کارکرد مناسب تأکید می‌کند [۱۵]. افراد با سطح بالایی از شکوفایی، نشاط و سرزندگی هیجانی، عملکرد مثبتی در زندگی شخصی و زندگی اجتماعی خود دارند و از هرگونه بیماری روانی نیز به دور هستند [۱۶]. این افراد خواهان توسعه، بهبود و گسترش توانایی‌های بالقوه خود به عنوان یک فرد هستند و قادرند روابط گرم و توأم با اعتماد با دیگران برقرار کنند [۱۷]. افراد شکوفا، برای لذت بردن از روابط اجتماعی بهتر، با محدودیت‌های کمتری در فعالیتهای روزانه خود مواجهه هستند [۱۸]. علاوه بر این، افراد شکوفا، هم هیجان‌های منفی (مثل خشم، ترس و آزدگی) و هم هیجان‌های مثبت (مثل امیدواری و خوش‌بینی) را تجربه می‌کنند و راهبردهای مقابله‌ای انطباقی بیشتری نسبت به افراد افسرده و غمگین دارند [۱۹]. مطالعات نشان داده‌اند که شکوفایی با شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی همبستگی دارد؛ به عنوان مثال، شکوفایی با واکنش‌پذیری هیجانی مثبت و ذهن‌آگاهی ارتباط دارد [۲۰]. شکوفایی با کنترل محیطی بیشتر، برقراری ارتباطات مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی نیز ارتباط دارد [۲۱]. همچنین فهمیدن پتانسیل‌ها و ظرفیت‌ها در جنبه‌های مختلف زندگی و تلاش

## الهام یاوری برحق طلب و همکاران

سطوح پایین تر IL-6 - که یکی از انواع سایتوکاین‌های پیش‌التهابی (proinflammatory cytokines) است همراه است. آنان همچنین به این نتیجه دست یافتند که ظرفیت عواطف مثبت در پیشبرد بهبود هر چه سریع‌تر از تئیدگی و کمک به قوی‌تر شدن ارتباطات اجتماعی، اشاره به سازوکارهایی دارد که در نهایت منجر به سلامتی بیشتر و کاهش فعالیت التهابی می‌گردد [۳۱]. Moons و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که عواطف منفی منجر به پیامد سلامت ضعیف‌تر از طریق افزایش التهاب (پاسخ نظام ایمنی) می‌گردد [۳۲]. Helle و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین عاطفه مثبت و سلامت جسمی-روانی رابطه وجود دارد [۳۳].

از سوی دیگر، دانشجویان رشته پرستاری، ضمن داشتن مشکلات سایر دانشجویان، مشکلات خاص خود از جمله فشارهای روحی و روانی محیط بیمارستان و اورژانس و برخورد با مسائل و مشکلات بیماران را نیز دارند و به نظر می‌رسد دانشجویان رشته پرستاری بیش از سایر دانشجویان در خطر از دست دادن سلامت روانی هستند و با مشکلات عاطفی و روانی بیشتری درگیر می‌شوند. در این زمینه برخی از مطالعات، شیوع دردهای مربوط به کمر، شانه، دست و دردهای خفیف عضلانی را در بین پرستاران مورد بررسی قرار داده و شیوعی در محدوده‌ی ۱۸/۶ درصد تا ۸۷/۵ درصد گزارش کرده‌اند [۳۴-۳۷]. به همین دلیل به نظر می‌رسد مفهوم سلامت جسمی-روانی در حرفه پرستاری و افزایش بهره‌وری عملکرد پرستاران و همچنین دانشجویان پرستاری که پرستاران آینده‌ی نه چندان دور هستند، اهمیت خاصی می‌یابد. لذا در این زمینه به نظر می‌رسد شکوفایی و عاطفه مثبت از متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی باشند. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بدین قرار است که رابطه‌ی مستقیم و غیرمستقیم بین شکوفایی و سلامت جسمی-روانی دانشجویان کارشناسی رشته پرستاری را با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گری عاطفه مثبت مورد بررسی قرار دهد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی و از نوع مقطعی بود که جامعه‌ی آن شامل تمامی دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز در سال تحصیلی ۹۸-۹۷، بود که بنابر

برای رسیدن به آن‌ها [۲۲]، درک کردن این که زندگی به خوبی سپری می‌شود [۲۳] و امید به زندگی بهتر و داشتن اهداف در زندگی [۱۸] با سطوح بالای شکوفایی ارتباط دارد. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که شکوفایی با پذیرش خود، خودمختاری و تجربه تنهایی [۱۷] و افسردگی [۲۴] در پایین‌ترین سطح نیز ارتباط دارد.

از عوامل تأثیرگذار دیگری که می‌تواند با سلامت جسمی-روانی مرتبط باشد، عاطفه مثبت است. عاطفه مثبت حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش می‌باشد و در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است [۲۵]. عاطفه مثبت الگوهای تفکر و رفتاری که انعطاف‌پذیر، مبتکرانه و خلاق نسبت به اطلاعات و موقعیت‌های جدید هستند را تولید می‌کند و راهبردهای انطباقی را به وسیله افزایش منابع شخصی فرد ارتقاء می‌دهد [۲۶]. در واقع عاطفه مثبت بالا با سطوح آشفته‌گی پایینی، نشانگان افسردگی کمتر، فعالیت‌های روزانه بالاتر و سطوح بالای سلامت روانی و جسمی درک شده مرتبط با کیفیت زندگی همراه است [۲۷]. افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند، پرانرژی و با روحیه هستند و از زندگی لذت می‌برند. در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم‌انرژی هستند. شواهد پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری‌رسانی، دقت، تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری بالا است و در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی‌های مقابله پایین با فشار و استرس و اضطراب صفت ارتباط دارد [۲۸]. در پژوهشی نشان داده شده است که عواطف مثبت برای بالا بردن ادراک سلامتی خیلی مهم هستند [۲۹].

Appelqvist-Schmidlechner و همکاران در پژوهشی به بررسی عوامل موثر بر شکوفایی جوانان مبتلا به اختلالات روانپزشکی پرداختند. ۳۵ درصد از آزمودنی‌ها در این مطالعه مبتلا به اختلال خلقی، اضطراب یا اختلال استرس بودند. یافته‌ها حاکی از آن بود که شکوفایی بیشتر با میزان بیشتر فعالیت بدنی همراه بود. علاوه بر این، شکوفایی با سطح بالایی از مقررات روابط اجتماعی، شایستگی اجتماعی و همچنین قابلیت عملکرد عمومی همراه بود [۳۰]. Stellar و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که عاطفه مثبت بیشتر با سلامت بیشتر و

استعلام از اداره آموزش دانشکده تعداد ۱۲۰۰ نفر (۹۷۰ دختر معادل ۸۱ درصد و ۲۳۰ پسر معادل ۱۹ درصد) بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱- آزمودنی تا حداقل ۶ ماه قبل از انجام پژوهش تویبخ نشده یا پرونده انضباطی در حال بررسی نداشته باشد (استرس و اضطراب ناشی از تویبخ می‌تواند به صورت یک متغیر مداخله‌گر بر روی نتایج تأثیر بگذارد)؛ ۲- آزمودنی بیماری مزمن خاص که بر میزان رضایت و سلامت جسمی و روانی وی تأثیر می‌گذارد، مانند سردردهای میگرنی، کمردرد شدید، دیابت، بیماری‌های قلبی و کلیوی، نازایی، نداشته باشد (بیماری‌های مذکور توسط خوداظهاری شخص آزمودنی مشخص شد)؛ ۳- زندگی آزمودنی از ۶ ماه قبل از انجام پژوهش دارای روند معمولی بوده و اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی آن‌ها باشد مانند مرگ یک عزیز، بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده، تغییر محل زندگی، رخ نداده باشد؛ ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بود از: وجود سابقه اختلالات اضطرابی، افسردگی تأییدشده و یا مصرف داروهای مؤثر بر روان. حجم نمونه مورد بررسی شامل ۳۰۰ نفر از دانشجویان جامعه فوق بود که از این تعداد ۲۴۳ نفر، دانشجوی دختر و ۵۷ نفر، دانشجوی پسر بودند که به ترتیب ۸۱ درصد و ۱۹ درصد از حجم نمونه می‌باشند.

Wolf و همکاران با روش شبیه‌سازی مونت کارلو (Monte Carlo simulation) نشان دادند که در مدل‌سازی معادلات ساختاری تعداد نمونه‌ها بین ۳۰ تا ۴۶۰ نفر می‌تواند باشد [۳۸]. لذا در پژوهش حاضر نیز با توجه به نتایج مطالعه مذکور و همچنین حجم جامعه مورد پژوهش، تعداد ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد که این تعداد، تقریباً مطابق با تمام گزارش‌ها در مورد حجم نمونه در معادلات ساختاری بود. نمونه‌گیری به شیوه‌ی تصادفی طبقه‌ای انجام شد. طبقه‌ها شامل جنسیت دانشجویان بود و با توجه به درصد فراوانی دانشجویان دختر و پسر (به ترتیب ۸۱ درصد و ۱۹ درصد)، از هر طبقه به تناسب حجم هر طبقه، حجم نمونه در آن طبقه تعیین گردید. نمونه‌گیری بدین صورت انجام شد که از بین دانشجویان در هر کلاس تعدادی به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه عبارت بودند از:

(۱) پرسشنامه شکوفایی انسانی (Human Flourishing Questionnaire): این پرسشنامه توسط سلیمانی و

همکاران و بر مبنای مدل پنج عاملی Seligman (هیجان‌های مثبت، روابط، معنا، پیشرفت، مجذوبیت) ساخته شد. این پرسشنامه ۲۸ گویه داشت و ۴ خرده‌مقیاس شامل «هیجان‌های مثبت»، «روابط»، «معنا» و «پیشرفت» را مورد اندازه‌گیری قرار داد. گویه‌های ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱ و ۲۵ مربوط به خرده‌مقیاس هیجان‌های مثبت، گویه‌های ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲ و ۲۶ مربوط به خرده‌مقیاس روابط، گویه‌های ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳ و ۲۷ مربوط به خرده‌مقیاس معنا و گویه‌های ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴ و ۲۸ مربوط به خرده‌مقیاس پیشرفت بود. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ تا ۶ بود که برای پاسخ «کاملاً مخالفم» نمره ۱، «مخالفم» نمره ۲، «تاحدودی مخالفم» نمره ۳، «تاحدودی موافقم» نمره ۴، «موافقم» نمره ۵ و «کاملاً موافقم» نمره ۶ در نظر گرفته شد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۸ تا ۱۶۸ بود و با توجه به این که تعداد سوالات همه خرده‌مقیاس‌ها یکسان بود لذا دامنه نمرات همه خرده‌مقیاس‌ها بین ۷ تا ۴۲ بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر بود، نشان دهنده میزان بیشتر شکوفایی بود و بالعکس. سازندگان این پرسشنامه ضمن گزارش روایی این پرسشنامه پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ، رضایت‌بخش گزارش کردند. مقادیر پایایی برای عوامل هیجان‌های مثبت، روابط، معنا، پیشرفت و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۹۵ گزارش شد [۳۹]. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه مورد پژوهش انجام شد و برای خرده‌مقیاس‌های هیجان‌های مثبت، روابط، معنا و پیشرفت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد. این افراد در ادامه از پژوهش کنار گذاشته شدند.

(۲) مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی (The Positive and Negative Affect Schedule): این پرسشنامه توسط Watson و همکاران و برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی «عاطفه‌ی منفی» و «عاطفه‌ی مثبت» طراحی شده [۴۰] و توسط بخشی‌پور و دژکام به فارسی ترجمه شد [۴۱]. هر خرده‌مقیاس ۱۰ گویه داشت که روی یک مقیاس پنج درجه‌ای قرار دارند و به صورت (۱= به هیچ وجه، ۲= کمی، ۳= متوسط، ۴= زیاد، ۵= بسیار زیاد) نمره‌گذاری شدند. در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس عاطفه مثبت استفاده شد که شامل سوالات ۱، ۳، ۵، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶،

## الهام یآوری برحق طلب و همکاران

تعداد سولات و نوع پاسخ‌های آن دامنه نمرات بین ۲۹ و ۱۴۱ به دست می‌آید. در این پرسشنامه، نوع پاسخ‌ها، متفاوت طراحی شده است به گونه‌ای که سوال ۱ دارای گزینه‌های عالی، خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف است که به ترتیب از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری شدند؛ سوال‌های ۳ تا ۱۲ دارای گزینه‌های مشکل دارم، کمی مشکل دارم، اصلاً مشکل ندارم هستند که به ترتیب از ۱ تا ۳ نمره‌گذاری شدند؛ سوال‌های ۱۳ تا ۱۹ دارای گزینه‌های خیر، بلی بود که به گزینه خیر نمره صفر و به گزینه بلی نمره ۱ داده شد؛ سوال ۲۰ دارای گزینه‌های هیچ، به طور جزئی، نسبتاً متوسط، مقداری، فوق‌العاده زیاد بود که به ترتیب از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری شد؛ سوال ۲۱ دارای گزینه‌های هیچ، خیلی خفیف، خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید بود که به ترتیب از ۶ تا ۱ نمره‌گذاری شدند؛ سوال ۲۲ دارای گزینه‌های اصلاً مانع نشده، کمی، به طور متوسط، تقریباً تا حدی، فوق‌العاده زیاد بود که به ترتیب از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری شد؛ سوال‌های ۲۳ تا ۳۲ دارای گزینه‌های همه اوقات، بیشتر اوقات، مقدار زیادی از اوقات، گاهی اوقات، مقدار کمی از اوقات، هیچ وقت بود که همه به جز سوال ۳۲ به ترتیب از ۶ تا ۱ نمره‌گذاری شدند و سوال ۳۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری شد؛ سوال‌های ۳۳ تا ۳۶ دارای گزینه‌های کاملاً درست، بیشتر درست، نمی‌دانم، بیشتر نادرست، کاملاً نادرست بود که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شد. هر چه نمره بیشتر باشد وضعیت سلامتی بهتر بود. میانگین دامنه نمرات این پرسشنامه ۸۵ بود که از آن می‌توان به عنوان نقطه برش استفاده شد و افرادی که نمرات آنان بالاتر از این مقدار بودند در مجموع دارای سلامت جسمی-روانی محسوب شدند. در پژوهش‌های مختلف ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه توسط اصغری و همکاران به زبان فارسی ترجمه شد [۴۵]. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شد [۴۵، ۴۶]. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه مورد پژوهش انجام شد و برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی به ترتیب برابر با ۰/۷۴ و ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

۱۷ و ۱۹ بود. سازندگان پرسشنامه، ویژگی‌های روان‌سنجی آن را مطلوب ارزیابی کردند. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ و اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی، ۰/۷۱ گزارش شد [۴۰]. در پژوهش Gruenwald و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ هر دو مقیاس عاطفه مثبت و منفی برابر با ۰/۸۶ و ۰/۹۱ به دست آمد [۴۲]. بخشی و همکاران همسانی درونی این دو مقیاس را در یک نمونه دانشجویی ۰/۸۵ به دست آوردند که از اعتبار مطلوبی برخوردار بود [۴۳]. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه مورد پژوهش انجام شد و برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت ۰/۷۹ به دست آمد.

۳ پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ گویه‌ای زمینه‌یابی سلامت (۳۶-SF Item Short Form Health Survey) این پرسشنامه توسط Ware و Sherbourne ساخته شده و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش متأثر از مشکلات جسمی، ایفای نقش متأثر از مشکلات عاطفی، سلامت روانی، شادابی و نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار داد [۴۴]. گذشته از این، SF-36 دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم کرده بود: نمره اختصاری مولفه جسمانی (Physical Component Summary Score (PCS)) که بعد جسمانی سلامت را با جمع نمرات حاصل از سولات ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶ مورد سنجش قرار می‌داد و شامل حیطه‌های عملکرد جسمی، محدودیت ایفای نقش متأثر از مشکلات جسمی، سلامت عمومی، درد بدنی بود. نمره اختصاری مولفه روانی (Mental Component Summary Score (MCS)) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را با جمع نمرات حاصل از سولات ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲ ارزشیابی نمود و شامل حیطه‌های شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش متأثر از مشکلات عاطفی، سلامت روانی بود. لازم به ذکر است که سوال ۲ در هیچ زیرمقیاسی مورد استفاده قرار نگرفت همچنین این پرسشنامه قادر بود تا در تمام شاخص‌ها با تعیین نمره برش مناسب، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید [۴۵]. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه از مقیاس لیکرت استفاده شد که در آن با توجه

ملاحظات اخلاقی این پژوهش بدین شرح بود: نخست گرفتن کد اخلاق و بعد از کسب مجوزات قانونی و اخذ رضایت نامه کتبی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بدون نام انجام گرفت و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که داده‌های به دست آمده از هر نفر، به صورت محرمانه خواهد ماند. همچنین به آزمودنی‌ها گوشزد شد که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بوده و حق ترک پژوهش را دارند. به منظور گردآوری داده‌ها، در این پژوهش از نرم افزار های زیر استفاده شد: به منظور توصیف، تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم‌افزار SPSS-22 و به منظور تعیین برازش مدل مورد مطالعه از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS-22 برای تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده‌پذیر بهره‌گیری به عمل آمد.

## یافته‌ها

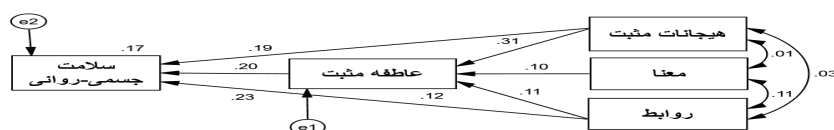
تعداد کل آزمودنی‌ها ۳۰۰ نفر بود که از این تعداد ۲۴۳ نفر زن و ۵۷ نفر مرد بودند که به ترتیب ۸۱ درصد و ۱۹ درصد از کل نمونه‌ها را شامل شدند. همچنین میانگین سنی کل آزمودنی‌های مورد پژوهش ۲۱/۸۸ سال، میانگین سنی دانشجویان پرستاری زن ۲۱/۶۵ سال و میانگین سنی دانشجویان پرستاری مرد ۲۲/۸۵ سال بود. متغیرهای پژوهش (شکوفایی، عاطفه مثبت، خوش بینی و سلامت جسمی-روانی) ارائه شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد میانگین و انحراف استاندارد نمره شکوفایی برابر با  $(۱۲۷/۶۴ \pm ۵/۳۰)$  و میانگین و انحراف استاندارد نمرات خرده‌مقیاس‌های هیجانات مثبت برابر با  $(۳۰/۷۷ \pm ۳/۵۲)$ ، روابط برابر با  $(۳۱/۹۵ \pm ۲/۲۵)$ ، معنا برابر

با  $(۳۳/۲۷ \pm ۱/۹۹)$  می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات عاطفه مثبت برابر با  $(۵/۸۱ \pm ۳۳/۷۳)$  می‌باشد. بر طبق یافته‌ها میانگین و انحراف استاندارد نمرات خوش بینی برابر با  $(۲/۳۳ \pm ۱۵/۷۹)$  و میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت جسمی-روانی برابر با  $(۱۴/۴۸ \pm ۱۰۹/۴۷)$  می‌باشد. در مورد خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه شکوفایی میانگین دامنه نمرات ۲۴/۵ بود که میانگین‌های آزمودنی‌ها بالاتر از این مقدار بود و این نشان‌گر این بود که آزمودنی‌ها از میزان شکوفایی مطلوبی برخوردار بودند. همچنین میانگین نمرات پرسشنامه عاطفه مثبت برابر با ۳۰ بود که میانگین نمرات آزمودنی‌ها هم اندکی از این مقدار بالاتر به دست آمد. همچنین میانگین دامنه نمرات پرسشنامه سلامت جسمی-روانی برابر ۸۵ بود که میانگین نمرات آزمودنی‌ها برابر با  $(۱۰۹/۴۷)$  بود که نشان‌دهنده سلامت جسمی-روانی نسبتاً بالای آنان بود.

در (جدول ۱) میانگین ضرایب همبستگی سلامت جسمی-روانی با سایر متغیرهای پژوهش به جز خرده‌مقیاس معنا، معنادار بود  $(p < ۰/۰۵)$ . سلامت جسمی-روانی بیشترین همبستگی را با عاطفه مثبت  $(۰/۲۹)$  و کمترین همبستگی را با خرده‌مقیاس معنا  $(۰/۱۰)$  داشت. همچنین ضرایب همبستگی متغیر عاطفه مثبت با خرده‌مقیاس هیجانات مثبت  $(۰/۳۱)$ ، با خرده‌مقیاس روابط  $(۰/۱۳)$  و با خرده‌مقیاس معنا  $(۰/۱۲)$  از لحاظ آماری معنادار بود اما ضریب همبستگی آن متغیر با خرده‌مقیاس پیشرفت از لحاظ آماری معنادار نبود. لذا همبستگی و روابط دوتایی بین برخی از متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود و همین مساله مجوزی برای انجام تحلیل مسیر در مرحله‌ی بعدی بود.

جدول ۱: ماتریس همبستگی مشاهده شده بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	mean	SD
۱- هیجانات مثبت (شکوفایی)	۱						۳۰/۷۷	۳/۵۲
۲- روابط (شکوفایی)	-۰/۰۳	۱					۳۱/۹۵	۲/۲۵
۳- معنا (شکوفایی)	-۰/۰۱	-۰/۱۱	۱				۳۳/۲۷	۱/۹۹
۴- پیشرفت (شکوفایی)	-۰/۰۷	-۰/۰۴	-۰/۱۰	۱			۳۱/۶۶	۱/۷۴
۵- عاطفه مثبت	۰/۳۱**	۰/۱۳*	۰/۱۲*	۰/۱۰	۱		۳۳/۷۳	۵/۸۱
۶- سلامت جسمی-روانی	۰/۲۶**	۰/۲۶**	-۰/۱۰	۰/۱۶**	۰/۲۹**	۱	۱۰۹/۴۷	۱۴/۴۸



شکل ۱: مدل مسیر اثر زیرمقیاس‌های شکوفایی بر سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری با میانجی‌گری عاطفه مثبت (مدل نهایی) \*  
\* e1 و e2 نشان دهنده‌ی واریانس خطا (باقیمانده) است.

روابط در مدل نهایی هم به گونه‌ی مستقیم ( $\beta=0/23$ ) و هم به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیر عاطفه مثبت ( $\beta=0/02$ )، موجب تغییر در میزان سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش روابط، میزان متغیر عاطفه مثبت دانشجویان پرستاری افزایش یافته و در نتیجه سلامت جسمی-روانی آنان افزایش می‌یابد. همچنین مسیر تأثیر متغیر معنا بر سلامت جسمی-روانی در مدل نهایی فقط به گونه‌ی غیرمستقیم و از طریق متغیر عاطفه مثبت صورت می‌گیرد. بدین ترتیب که با افزایش متغیر معنا، میزان متغیر عاطفه مثبت دانشجویان پرستاری افزایش یافته و در نتیجه سلامت جسمی-روانی آنان افزایش می‌یابد.

چنان‌که در (شکل ۱) و (جدول ۲) دیده می‌شود متغیرهای برونزا (خرده‌مقیاس‌های هیجانان مثبت، معنا و روابط) یا به صورت مستقیم و یا از طریق متغیر میانجی می‌توانند سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری را تبیین کنند. بدین ترتیب هر چه میزان هیجانان مثبت، معنا و روابط شکوفایی، بیشتر باشد، سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری نیز بیشتر خواهد بود. متغیر هیجانان مثبت در مدل نهایی هم به گونه‌ی مستقیم ( $\beta=0/19$ ) و هم به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیر عاطفه مثبت ( $\beta=0/06$ )، موجب تغییر در میزان سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش هیجانان مثبت، میزان متغیر عاطفه مثبت دانشجویان پرستاری افزایش یافته و در نتیجه سلامت جسمی-روانی آنان افزایش می‌یابد. متغیر

جدول ۲: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنی‌دار برای مدل نهایی پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
به سلامت جسمی-روانی: از هیجانان مثبت	0/19	0/06	0/25
از روابط	0/23	0/02	0/25
از عاطفه مثبت	0/20	-	0/20
از معنا	-	0/02	0/02
به عاطفه مثبت: از هیجانان مثبت	0/31	-	0/31
از معنا	0/11	-	0/11
از روابط	0/11	-	0/11

داده‌ها مدل نظری پژوهش را تا حد زیادی حمایت می‌کنند، در نتیجه این شاخص‌ها دلالت بر قابل قبول بودن

مطابق داده‌های (جدول ۳)، شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل مسیر در مجموع بیانگر این است که برآزش داده به مدل در وضعیت قابل قبولی دارد، به عبارت دیگر با مدنظر قرار دادن دامنه مطلوب برای این شاخص‌های می‌توان گفت



جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

HOELTRE		CFI	NFI	RMSEA	AGFI	GFI	CMIN/df	شاخص آماره*
۰/۰۱	۰/۰۵							
≥۲۰۰	≥۲۰۰	≥۰/۹	≥۰/۹	≤۰/۰۸	≥۰/۹	≥۰/۹	≤۲	دامنه پذیرش
۱۹۹۹	۱۱۵۸	۱	۰/۹۹۰	۰/۰۰۵	۰/۹۸۰	۰/۹۹۹	۰/۹۹۳	مقدار محاسبه شده

\*CMIN/df = مجذور کای نسبت به درجه آزادی (مجذور کای نسبی)؛ GFI=شاخص نیکویی برازش؛ AGFI=شاخص نیکویی برازش تعدیل شده؛ RMSEA=شاخص ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات؛ CFI=شاخص برازش تطبیق؛ NFI=شاخص برازش هنجار شده؛ HOELTRE=شاخص هولتر

## بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی روابط ساختاری بین سلامت جسمی-روانی و شکوفایی با میانجی‌گری عاطفه مثبت در دانشجویان پرستاری بود. یافته‌ها نشان داد که عاطفه مثبت تأثیر مستقیم بر سلامت جسمی-روانی دانشجویان داشت. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر برخی پژوهش‌ها تأثیر مستقیم عاطفه مثبت بر سلامت جسمی-روانی را گزارش کرده‌اند [۳۱-۳، ۴۷-۴۹]. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نتایج برخی از پژوهش‌ها حکایت از آن دارد که عواطف مثبت با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد [۵۱-۵۲].

در تبیین رابطه بین عاطفه مثبت و سلامت جسمی-روانی می‌توان گفت افراد با بروز عواطف مثبت بالا به شرایط و اتفاقات به شیوه‌های مثبت‌تر و سازگارانه‌تر پاسخ می‌دهند، از سطح استرس کمتری برخوردار هستند، انتظارات مثبت بیشتری دارند و خوش‌بین‌تر هستند. عاطفه مثبت، همچنین در برگزیده‌ی طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است. افراد با عاطفه مثبت بالا، در هنگام مواجهه با چالش برای رسیدن به هدف خود، از راه‌حل‌های متفاوتی استفاده می‌کنند. مجموعه این عوامل سبب می‌شود این افراد، سطوح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی و پایین‌تری از درماندگی روان‌شناختی را نشان دهند. از دیگر سو، بروز و حضور عواطف منفی همچون ناامیدی، یأس، غم و اندوه سبب می‌شود فرد احساس عدم کنترل بر شرایط داشته باشد، از راهبردهای مواجهه‌ای ناکارآمدتر استفاده کند، نسبت به توانمندی خود در مواجهه با امور زندگی احساس شایستگی کمتری داشته باشد و همین امر موجب می‌شود نوعی از درماندگی مستمر را در خود احساس کند. در نتیجه بروز عواطف منفی، سبب

کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش بروز پریشانی‌های روانی می‌گردد [۵۳]. بنابراین افراد با عاطفه مثبت بالا سلامت جسمی-روانی بهتری خواهند داشت.

همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر نشان داد ترکیبی خطی از خرده‌مقیاس‌های هیجانات مثبت، معنا و روابط و عاطفه مثبت، سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی می‌نمایند که در این میان خرده‌مقیاس‌های هیجانات مثبت و روابط بر سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری هم اثر مستقیم مثبت و هم اثر غیرمستقیم مثبت از طریق عاطفه مثبت داشته‌اند. همچنین خرده‌مقیاس معنا بر سلامت جسمی-روانی دانشجویان پرستاری اثر غیرمستقیم مثبت از طریق عاطفه مثبت داشته است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های دیگران همسو می‌باشد همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، در مطالعات مقطعی، طولی و آزمایشی، نشان داده شد که سطوح بالای شکوفایی با دامنه‌ای از نتایج مثبت شامل سطح بالای بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی، سرزندگی و نیرومندی، خودتعیین‌گری، رشد شخصی مداوم، روابط نزدیک و زندگی معنادار و هدفمند [۵۶]. بهبود عملکرد سیستم ایمنی، بهبود سیستم قلبی-عروقی و کاهش عاطفه منفی رابطه دارد [۵۷]. همچنین نشان داده شد که شکوفایی با واکنش‌پذیری هیجانی مثبت و ذهن‌آگاهی [۲۰]. کنترل محیطی بیشتر، برقراری ارتباطات مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی [۲۱]. امید به زندگی بهتر و داشتن اهداف در زندگی [۱۸]. ارتباط دارد. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که شکوفایی با پذیرش خود، خودمختاری و تجربه تنهایی [۱۷] و افسردگی [۲۴] در پایین‌ترین سطح نیز ارتباط دارد.

در تبیین تأثیر عواطف مثبت بر سلامت جسمی-روانی مطالعات حاکی از آن است که عاطفه مثبت از طریق تقویت سیستم ایمنی در بهبود سلامت جسمانی نقش

## الهام یآوری برحق طلب و همکاران

از استرس و بیماری‌های قلبی را سرعت ببخشند [۷۰]. عواطف مثبت می‌تواند طول عمر طولانی‌تر را برای افراد پیش‌بینی کنند [۷۱، ۷۲، ۷۳]. عواطف مثبت، شناخت افراد را وسعت می‌بخشند و کمک می‌کنند که افراد تنوع وسیع رفتارها را بپذیرند افزایش عواطف مثبت بر سطح بهزیستی افراد تأثیر معنی‌داری دارد [۷۰]. مدل Fredrickson نشان می‌دهد، عواطف مثبت میزان آمادگی فرد برای مبارزه‌های آتی را بالا می‌برد [۷۴]. به عبارت دیگر، انسانی که عواطف مثبت را تجربه می‌کند، فارغ از هر گونه اضطراب و نگرانی و در روند جستجوی هدف‌های جدید، از فرصت‌ها نهایت استفاده را می‌کند [۷۵]. ویژگی‌های مرتبط با عواطف مثبت، در برگیرنده مواردی از این دست است: اطمینان؛ خوش بینی و خودکارآمدی؛ قابلیت دوست داشتن و برداشت مثبت از دیگران؛ مردم‌آمیزی؛ فعالیت و انرژی؛ رفتار مثبت اجتماعی؛ ایمنی و سلامت جسمی؛ برخورد موثر در هنگام چالش‌ها و فشار عصبی؛ و انعطاف پذیری. وجه مشترک تمامی این صفت‌ها، تشویق به درگیری فعال در محیط و همچنین پیگیری هدف‌هاست. عواطف مثبت تمایل به تقرب و نه اجتناب را ایجاد می‌کند، به این معنی که فرد را به سمت جستجو و پذیرش اهداف جدید سوق می‌دهد. بنابراین، می‌توان گفت که موقعیت انسان‌های شاد، نتیجه دو عامل اصلی است: نخست، از آن‌جایی که انسان‌های شاد به طور مکرر عواطف مثبت را تجربه می‌کنند، ضمن تجربه این حالات، تمایل بیشتری به حرکت فعال به سمت اهداف جدید دارند. دوم این‌که، افراد شاد از منابع و مهارت‌هایی برخوردارند که ضمن حالات مثبت گذشته خویش ساخته‌اند [۷۵]. بنا بر موارد مذکور تأثیر عواطف مثبت بر سلامت جسمی-روانی قابل توجیه است.

ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها و عدم استفاده از مصاحبه‌های روان‌شناختی ساختاریافته از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد برای ارتقا سطح بهداشت روانی و جسمی دانشجویان پرستاری و پرستاران از فنون روان‌شناسی مثبت‌گرا به ویژه بهبود شکوفایی استفاده گردد و در باب محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جامعه‌ی آماری پژوهش اشاره کرد و این‌که پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شده است، پژوهش را با محدودیت‌هایی در زمینه‌ی تعمیم یافته‌ها مواجه می‌کند. با توجه به این‌که در پژوهش‌های همبستگی نمی‌توان رابطه‌ی علی را پیدا کرد،

دارد. در زمینه بهداشت روان مطالعات نشان داده‌اند که عاطفه مثبت می‌تواند ابطال‌کننده عواطف منفی و خنثی‌کننده اثرات مخرب آن‌ها باشد [۵۸]. در برخی از مطالعات رابطه‌ی عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی تأیید شده است [۵۹]. برامت و همکاران در پژوهشی عاطفه‌ی مثبت را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی فعالیت کرونری قلب و ناراحتی و خشم و فعالیت‌های منفی و نوری‌نفرین و سطح الگوی روزانه کورتیزول بزاقی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که عاطفه مثبت با فشارخون سیستولیک و دیاستولیک مرتبط بوده ولی با ضربان قلب ارتباطی نداشت. عاطفه مثبت با دوره بازخوانی خشم ارتباطی نداشت. عاطفه مثبت با کاهش سطح کورتیزول رابطه معکوس داشت. به این ترتیب پژوهش‌وی نشان داد که عواطف ممکن است با سلامتی در ارتباط باشند [۶۰]. Ong و همکاران نشان دادند که وجود عواطف مثبت روزانه به عنوان تعدیل‌کننده‌ی واکنش به استرس و یک میانجی کاهش استرس هستند [۶۱]. سطح بالاتر صفت تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده‌ی ضعیف‌تر ارتباط بین هیجان‌های منفی است. به خصوص در روزهایی که مشخصه‌ی آن‌ها وجود استرس بالا می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که در طول زمان تجربه هیجان‌های مثبت باعث افزایش صفت تاب‌آوری بیشتر و در نتیجه باعث توانایی بهبود ثرات روزانه استرس می‌باشند. سطوح بالای عاطفه منفی با افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری [۶۲، ۶۳] و سطوح بالای عاطفه مثبت با رضایت زندگی و رضایت شغلی رابطه دارد [۶۴].

در تبیین نقش میانجی‌گری عاطفه مثبت در رابطه بین شکوفایی و سلامت روانی و جسمی می‌توان مطابق با نتایج پژوهش میرزاخانی و همکاران [۶۵]، عنوان کرد که شکوفایی باعث ایجاد عاطفه مثبت می‌شود. Chida و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که عواطف مثبت نقش مهمی برای بالا بردن ادراک سلامتی در افراد بازی می‌کنند [۲۹]. همچنین کاپنز و همکاران در پژوهشی نشان دادند که عواطف مثبت به طور مثبت و عواطف منفی به طور منفی با رضایت از زندگی رابطه دارند [۶۶]. افزایش عاطفه مثبت برای افراد مزایای فیزیکی، هوشی، اجتماعی و روان‌شناختی فراوانی ایجاد می‌کند [۶۷]. عاطفه مثبت چه بسا تأثیرات عواطف منفی را خنثی کنند [۶۸] و تاب‌آوری فرد را افزایش دهند [۲۶]. انواع عواطف مثبت می‌توانند از ابتلا به بیماری پیشگیری کنند [۶۹] و روند بهبودی در بیماری‌های ناشی

روانی دانشجویان رشته پرستاری در نظر گرفته شود. با توجه به تأثیر عاطفه مثبت بر سلامت جسمی-روانی، ضرورت آموزش عاطفه مثبت به منظور ارتقای سطح بهداشت روانی و سلامت جسمی دانشجویان پرستاری و پرستاران بیشتر احساس می‌شود.

### سیاسگزاری

این مقاله برگرفته شده از یک پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش می باشد، لذا نویسندگان مقاله بر خود واجب می دانند تا از معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش و همچنین آزمودنی های پژوهش که در اجرای این تحقیق ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی نمایند. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان مورخ ۹۹/۲/۳۰ به کد اخلاق شماره IR.HUMS.REC.1399.116 می باشد.

### تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

لذا پژوهش حاضر در این خصوص محدودیت هایی را در زمینه ی تفسیرها و اسنادهای علت شناختی رابطه بین متغیرهای مورد بررسی مطرح می کنند که باید در نظر گرفته شوند. همچنین، ماهیت خودگزارش دهی پرسشنامه ها و عدم استفاده از مصاحبه های روان شناختی ساختاریافته از جمله محدودیت های دیگر این مطالعه بود.

### نتیجه گیری

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان رشته پرستاری با میزان شکوفایی پایین و همچنین با میزان عاطفه مثبت پایین در ناملایمات، فشارها و استرس های زندگی دچار عواقب بیشتری نسبت به هم تایان با شکوفایی و عاطفه مثبت بالا می شوند. بنابراین با توجه به نقش و جایگاه مهم سلامت جسمی-روانی در بین دانشجویان و به ویژه دانشجویان رشته پرستاری که شغل آینده آنان به واسطه این که با درمان انسان در ارتباط است، به نظر می رسد محیط های آموزش پرستاری باید به دنبال کاهش هیجان های منفی در دانشجویان خود باشند. لذا مطابق با یافته های پژوهش حاضر انتظار می رود آموزش شکوفایی و همچنین برنامه های بهبود عواطف مثبت و استفاده از فنون روان شناسی مثبت گرا به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر اصلاح باورها عمل کرده و می تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری های روان تنی و همچنین مشکلات

### References

1. Farzadmehr M, Hosseini M, Noorabadi Z, Alamdarloo A. Relationship between happiness and productivity among nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2016; 5(2): 59-65. [Persian]. 10.29252/ijnv.5.2.59 <https://doi.org/10.29252/ijnv.5.2.59>
2. Ohaida T, Kammal A, Sone T, Uchiyama M, Minow M, Nozaki S. Night shift work related problems in young female nurses in Japan. J Occup Health. 2001; 43(3): 150-156. 10.1539/joh.43.150 <https://doi.org/10.1539/joh.43.150>
3. Abasi F, Kimiaei S, Safarian-toosi M, Abedi M. Psychometric properties of the Persian version of physical health questionnaire. Research in Medicine. 2017; 41(4):275-281. [Persian]. 10.15296/ijwhr.2019.09
4. Islami M. The relationship between spiritual intelligence and mental health with academic burnout in undergraduate students of allameh Tabatabai University. M.Sc., Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran. 2012. [in Persian].
5. Pua PK, Lai CS, Foong M, Ibrahim C. The relationship between mental health and academic Achievement among university students - a literature review. 2nd International conference on Global Trends in Academic Research. 2015; 2: 755-764. DOI: 10.18869/acadpub.jnms.4.1.8 <https://doi.org/10.18869/acadpub.jnms.4.1.8>
6. Dehghan-Ardekani Z, Mostafavirad F. Predicting mental health based on the personality characteristics and body image of high school female adults students. Journal of Woman & Society. 2019; 10(1): 331-364. [Persian]
7. Matthews RJ, Jagger C, Hancock RM. Does socio-economic advantage lead to a longer, healthier old age?. Social Science Medicine. 2006; 62(10): 2489-2499.
8. Davidson R, Kitlinger J, Hunt K. The wealthy get healthy; the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. Social

- Science Medicine. 2006; 62(9): 2171-2182. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.010> PMID:16300870
9. Mortazavi N, Yarolahi N. Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015; 17(3): 103-108. [in Persian]. 10.22038/JFMH.2015.4309
  10. Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28. 2249-3379. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1)
  11. Robbins BD. What is the good life? positivism and Renaissance of humanistic psychology. *humanistic psychologist*. 2008; 36: 96-112. <https://doi.org/10.1080/08873260802110988>
  12. Poursardar N, Poursardar F, Panahandeh A, Sangari A, Abdi Zarrin S. Effect of optimism on mental health and life satisfaction: a psychological model of well-being. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2013; 16(1): 42-49. [in Persian].
  13. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000; 55(1): 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5> PMID:11392865
  14. Seligman MEP. Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being. Atria Books; Reprint edition. 2012.
  15. Keyes CLM. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002; 43(2): 207-222. 10.2307/3090197 <https://doi.org/10.2307/3090197> PMID:12096700
  16. Michalec B, Keyes CLM, Nalkur S. Flourishing. Chichester, England: Wiley-Blackwell. 2009.
  17. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi DW, Oishi S, Biswas-Diener R. New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicator Research*. 2010; 97(2): 143-156. 10.1007/s11205-009-9493-y <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
  18. Huppert FA. Psychological wellbeing: Evidence regarding its causes and consequences. *applied psychology: health and wellbeing*. 2009; 1(2): 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
  19. Faulk KE, Gloria CT, Steinhardt MA. Coping profiles characterize individual flourishing, languishing, and depression. *Anxiety, Stress & Coping. An International Journal*. 2013; 26(4): 378-390. <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.708736> PMID:22853921
  20. Catalino LI, Fredrickson BL. A Tuesday in the life of flourisher: The role of positive emotional reactivity in optimal mental health. *Emotion*. 2011; 11: 938-950. <https://doi.org/10.1037/a0024889> PMID:21859208 PMID:PMC3160725
  21. Telef BB. The validity and reliability of the turkish version of the psychological Well-being Scale. Paper presented at the 11th National Congress of Counseling and Guidance, Izmir, Turkey. 2011.
  22. Gokcen N, Hefferon K, Attree E. University students constructions of flourishing in british higher education: an inductive content analysis. *International Journal of Wellbeing*. 2012; 2(1): 1-21. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i1.1>
  23. Huppert FA, So TTC. What percentage of people in europe are flourishing and what characterizes them? measuring subjective well-being: an opportunity for NGOs? OECD/ISQOLS Conference, Florence, Italy. 2009; 23-24 July.
  24. Keyes CLM. Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2005;73: 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539> PMID:15982151
  25. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*. 1985; 98: 219-235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219> PMID:3901060
  26. Tugade MM, Fredrickson BL, Feldman BL. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*. 2004; 72(1): 161-190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x> PMID:15509280 PMID:PMC1201429
  27. Hu J, Gruber KJ. Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008; 29: 895-911. <https://doi.org/10.1080/01612840802182938> PMID:18649214
  28. Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. *J Psychosom Res*. 2009; 67(1): 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsyres.2008.12.001>

- [doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.003)  
PMid:19539819
29. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med.* 2008; 70: 741-756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>  
PMid:18725425
  30. Appelqvist-Schmidlechner K, Lämsä R, Annamari TH. Flourishing: factors associated with positive mental health among young adults with neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry.* 2017; 41: 732-733. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1340>
  31. Stellar JE, John-Henderson N, Anderson CL, Gordon AM, McNeil GD, Keltner D. Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion.* 2015; 15: 129-135. <https://doi.org/10.1037/emo0000033>  
PMid:25603133
  32. Moons WG, Eisenberger NI, Taylor SE. Anger and fear responses to stress have different biological profiles. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2010; 24: 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.08.009>  
PMid:19732822
  33. Helle S, Johan D, Charlotte K, Susanne SP. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the danish global mood scale. *Journal of Psychosomatic Research.* 2009; 67: 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.003>  
PMid:19539819
  34. Byrns G, Reeder G, Jin G, Pachis K. Risk factors for work-related low back pain in registered nurses, and potential obstacles in using mechanical lifting devices. *J Occup Environ Hyg.* 2004; 1(1): 11-21. <https://doi.org/10.1080/15459620490249992>  
PMid:15202152
  35. Karahan A, Bayraktar N. Determination of the usage of body mechanics in clinical settings and the occurrence of low back pain in nurses. *Int J Nurs Stud.* 2004; 41(1): 67-75. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00083-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00083-X)
  36. Jhun HJ, Cho SI, Park JT. Changes in job stress, musculoskeletal symptoms, and complaints of unfavorable working conditions among nurses after the adoption of a computerized order communication system. *Int Arch Occup Environ Health.* 2004; 77(5): 363-367. <https://doi.org/10.1007/s00420-004-0509-2>  
PMid:15108000
  37. Smith DR, Choe MA, Jeon MY, Chae YR, An GJ, Jeong JS. Epidemiology of musculoskeletal symptoms among Korean hospital nurses. *Int J Occup Saf Ergon.* 2005; 11(4): 431-40. <https://doi.org/10.1080/10803548.2005.11076663>  
PMid:16329786
  38. Wolf EJ, Harrington KM, Clark SL, Miller MW. Sample size requirements for structural equation models: an evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educ Psychol Meas.* 2013; 76(6): 913-934. <https://doi.org/10.1177/0013164413495237>  
PMid:25705052 PMCid:PMC4334479
  39. Soleimani S, Rezaei A, Kianersi F, Hojabrian H, Khalili-Paji K. Development and validation of flourishing questionnaire based on seligman's model among Iranian university students. *Journal of Research & Health.* 2015; 5(1): 3-12. [in Persian], 10.29252/nirp.jpcp.6.2.129
  40. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1988; 54: 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>  
PMid:3397865
  41. Bakhshiporodsari A, Dezhkam M. Confirmatory factor analysis positive and negative affect schedule. *Journal of Psychology.* 2005; 9(4): 351-356. [in Persian], 10.1590/S0102-79722013000400007
  42. Gruenewald TL, Ryff CD, Mroczek DK, Singer BH. Diverse pathways to positive and negative affect in adulthood and later life: An integrative approach using recursive partitioning. *Development Psychology.* 2008; 44(2): 330-343. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.2.330>  
PMid:18331126
  43. Bakhshi A, Daemi F, Ajilchi B. Psychometric properties of the positive and negative affect scales in an iranian sample. *Developmental Psychology.* 2010; 5(20): 343-350. [in Persian] 10.32598/ijpcp.25.4.7
  44. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (sf-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30: 473-483. 10.1007/BF03260127 <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>  
PMid:1593914
  45. Asghari-Moghaddam M, Faghehi S. Validity of the sf-36 health survey questionnaire in two iranian samples. *CPAP.* 2003; 1(1): 1-10. [in Persian]. 10.1007/s11136-004-1014-5
  46. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS. Translation, reliability and validation

- using the standard SF-36 method. Payesh. 2006; 5(1): 882-875. [in Persian]. Doi.org/<https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5> PMID:16022079
47. Mohammadi L, Besharat M, Rezazadeh M, Gholamali Lavasani M. The mediating role of positive and negative emotions in the relationship between meaning of life and mental health. *Journal of Psychology*. 2019; 22(2): 157-171. [in Persian].
  48. Moradi M, Bagherpour M, Hasanvand M, Rezapour M, Shahabzadeh S. The mediating role of self-Esteem and positive & negative affects in relationship of resilience and psychological well-Being. *Developmental Psychology*. 2016; 12(47): 289-305. [in Persian].
  49. Mazaheri M, Bahramian SH. Prediction of psychological well-being based on the positive and negative affection and coping self – efficacy. *Positive psychology*; 1(4): 1-14. [in Persian].
  50. Steptoe A, O'Donnell K, Badrick E, Kumari M, Marmot M. Neuroendocrine and inflammatory factors associated with positive affect in healthy men and women the Whitehall II Study. *American Journal of Epidemiology*. 2008; 167: 96-102. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm252> PMID:17916595
  51. Southwick SM, Gilmartin R, McDonough P, Morrissey P. Logo therapy as an adjunctive treatment for chronic combat-related PTSD: A meaning-based intervention. *American Journal of Psychotherapy*. 2006; 60: 161-174. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.2.161> PMID:16892952
  52. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*. 2005; 9: 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
  53. Tsaousis I, Nikolaou I, Serdaris S, Judge T. Do the core. Self-evaluation moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Personality and Individual Differences*. 2007; 42: 1444-1452. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.025>
  54. Kim TE, Jang C-Y. The relationship between children's flourishing and being overweight. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 2018; 14(4): 598-605. <https://doi.org/10.12965/jer.1836208.104> PMID:30276180 PMID:PMC6165987
  55. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med*. 2009; 37(3): 239-256. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x> PMID:19711142 PMID:PMC2941870
  56. Siang-Yang T. Applied positive psychology: putting positive psychology into practice. *Journal of Psychology & Christianity*. 2006; 25(1): 68-73. 10.1002/9781118996874.ch14
  57. Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*. 60(7): 2005; 678-686. 10.1037/0003-066X.60.7.678 <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678> PMID:16221001 PMID:PMC3126111
  58. Ashby FG, Valentin VV, Turken AU. The effects of positive affect and arousal and working memory and executive attention: Neurobiology and computational models. In S. C. Moore & M. Oaksford (Eds.), *Advances in Consciousness Research*, Vol. 44. Emotional cognition: From brain to behaviour (pp. 245-287). Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing Company. 2002. <https://doi.org/10.1075/aicr.44.11ash>
  59. Zakiei A, Karami J. Relationship of alexithymia, positive affect and negative affect with mental disorders. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service*. 2013; 35(4): 38-45. [in Persian].
  60. Brummett BH, Boyle SH, Siegler IC, Williams RB, Mark DB, Barefoot JC. Ratings of positive and depressive emotion as predictors of mortality in coronary patients. *International Journal of Cardiology*. 2005; 100(2): 213-216. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2004.06.016> PMID:15823627
  61. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*. 2006; 91 (4): 730-749. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730> PMID:17014296
  62. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000; 109(3): 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504> PMID:11016119
  63. Trapnell PD, Campbell JD. Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 76: 284-304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284> PMID:10074710

64. Zanon C, Bastianello MR, Pacico JC, Hutz CS. Relationships between positive and negative affect and the five factors of personality in a Brazilian sample. *Paidéia*. 2013; 23(56): 285-292. <https://doi.org/10.1590/1982-43272356201302>
65. Mirzakhani P, Rezaei A, Aminbeidokhti A, Najafi M, Rahimian Bougar E. Examining the effectiveness of educating flourishing on positive emotions, relationships, sense of meaning, achievement and engagements among young researchers and elites. *The Journal of Research in Educational Systems*. 2017; 11(36): 209-230. [in Persian]
66. Kuppens P, Realo A, Diener E. The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008; 95: 66-75. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.66> PMID:18605852
67. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84(2): 365-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365> PMID:12585810 PMCID:PMC2755263
68. Garland EL, Fredrickson B, Kring AM, Johnson DP, Meyer PS, Penn DL. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(7): 849-864. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.002> PMID:20363063 PMCID:PMC2908186
69. Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, Alper CM, Skoner DP. Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*. 2003; 65(4): 652-657. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA> PMID:12883117
70. Licinio J. PERMA: positive emotion, engagement, relationships, meaning and accomplishment optimism, physical activity, nutrition and sleep. Australia: South Australian Health & Medical Research Institute(SAHMRI). 2016. 10.3390/nu10101428
71. Danner DD, Snowdon DA, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001; 80(5): 804-813. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.5.804> PMID:11374751
72. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 83(2): 261-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261> PMID:12150226
73. Xu J, Roberts RE. The power of positive emotions: It's a matter of life or death-Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*. 2010; 29(1): 9-19. <https://doi.org/10.1037/a0016767> PMID:20063931
74. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*. 2001; 56(3): 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218> PMID:11315248
75. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychol Bull*. 2005; 131(6): 803-55. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803> PMID:16351326