

## رابطه ی تفکر خلاف واقع و کیفیت زندگی در بین دانشجویان

دکتر محمدباقر کجباف<sup>۱</sup> و مهدیه سادات خشوعی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸۰۷۰۸  
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸۱۷۰۱

در پژوهش حاضر، رابطه ی ابعاد تفکر خلاف واقع با کیفیت زندگی در دانشجویان، مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور، ۱۸۳ دانشجو با روش تصادفی خوشه ای از دانشگاه اصفهان، انتخاب و با مقیاس تفکر خلاف واقع برای حوادث منفی و پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج، نشان داد که تفکر رو به بالا خود ارجاع با سلامت جسمانی، رابطه ی مثبت؛ تفکر رو به پایین بدون ارجاع با سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط، رابطه ی منفی و تفکر رو به بالا دیگر ارجاع و تفکر رو به بالا بدون ارجاع با سلامت جسمانی، سلامت روانی روابط اجتماعی و سلامت محیط، همبستگی منفی دارند. تحلیل رگرسیون نشان داد که تفکر رو به بالا خود ارجاع، توان پیش بینی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط؛ تفکر رو به بالا خود ارجاع، توان پیش بینی سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط و تفکر رو به پایین بدون ارجاع، توان پیش بینی سلامت محیط را دارند.

### واژه های کلیدی: تفکر خلاف واقع، کیفیت زندگی

#### مقدمه

انسان ها در مواجهه با حوادث منفی و غیره منتظره مانند بیماری، تصادفات و غیره به روش های مختلفی واکنش نشان می دهند. آنها ممکن است بی درنگ پس از جان به در بردن از بلایی ناگهانی احساس خوش شانسی کنند و آنگاه که به بلایی دچار شدند این فکر آن ها را عذاب دهد که چقدر راحت می توانستند از وقوع آن بلا پیشگیری کنند. رخدادها و حوادث بسیاری سبب می شود که ما به این گونه پیامدهای غیر واقعی برسیم؛ یعنی پیامدهایی برخلاف آنچه به واقع اتفاق افتاده است آنچه می توانسته یا ممکن بوده یا باید به وقوع می پیوسته اما چنین نشده است (کاندا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

۱. دانشیار دانشگاه اصفهان

۲. دانشجوی دکتری رشته ی روان شناسی دانشگاه اصفهان khoshouei\_mahdieh@yahoo.com

این نوع تفکر که با نام تفکر خلاف واقع (یا واقعیت گریز) شناخته می شود به توانایی انسان ها در تصور سایر جنبه ها برای اتفاقات واقعی اشاره دارد (روس و اولسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰)؛ به عبارت دیگر انسان ها اتفاقات و رویدادها را نه تنها بر اساس آنچه عملاً اتفاق افتاده، مورد ارزیابی قرار می دهند بلکه به این فکر می کنند که آن حادثه چگونه می توانست به طور متفاوتی رخ دهد (میلر و تورنیبول<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ شرمز و مک کونل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). این تفکر می تواند دارای ابعاد مختلفی مانند جهت، ساختار و معیار ارجاع باشد (روس و اولسون، ۱۹۹۵) که با یکدیگر در تعامل اند. از بعد جهت، تفکر خلاف واقع به دو نوع جهت رو به بالا<sup>۴</sup> (تصور پیامدهایی بهتر و مطلوب تر از آنچه اتفاق افتاده است مانند "من باید شغلی با حقوق بالاتر داشته باشم") و جهت رو به پایین<sup>۵</sup> (تصور پیامدهایی بدتر از آنچه اتفاق افتاده است مانند با این که سال گذشته تصادف شدیدی کردم اما از این بدتر نیز می توانست رخ دهد) تقسیم می شود.

ساختار تفکر خلاف واقع نیز به دو نوع افزایشی<sup>۶</sup> (اضافه کردن عناصر جدید به موقعیت و ساختن واقعیت ها از نو، مانند "اگر ترمز گرفته بودم می توانستم جلوی تصادف را بگیرم") و کاهش<sup>۷</sup> (حذف عناصر از موقعیت، ساختن واقعیت ها از نو مانند "اگر کمر بند ایمنی را نبسته بودم، کشته می شدم") تقسیم می شود. از نظر ارجاع، موضوع را یا به فعالیت ها و اعمال خود ارجاع می دهیم که خودارجاعی<sup>۸</sup> می گویند (برای نمونه: هنگام رانندگی باید آهسته تر رانندگی کنم) یا آن را به فعالیت و اعمال دیگران نسبت می دهیم که به آن دیگر ارجاع<sup>۹</sup> می گویند (برای نمونه: رانندگان دیگر باید هنگام رانندگی توجه بیشتری کنند) و یا به خود یا فرد خاصی ارجاع نمی دهیم که به آن بدون ارجاع<sup>۱۰</sup> می گویند (برای نمونه: اگرچه شرایط بدی اتفاق افتاده است اما قطعاً می توانست بدتر از این باشد) (اپستود<sup>۱۱</sup> و روس، ۲۰۰۸؛ ری، کاهون و دفتری<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸).

اگر چه تفکر خلاف واقع، پیوسته در زندگی ما رخ می دهد اما کمتر مورد توجه قرار گرفته است (پارکر و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲). اخیراً این تفکر به علت تاثیرات متعدد آن بر عواطف (روس، ۱۹۹۴؛ سانا<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۹) عزت نفس (روس و اولسون، ۱۹۹۳) خوش بینی (سانا، ۱۹۹۶) اضطراب اجتماعی (کووسکی، اندلر و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵) افسوس (گیلوویچ و مدوک<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵) و احساس گناه (روس

1. Roese, &amp; Olson

2. Miller, &amp; Turnbull

3. Sherman &amp; McConnell

4. upward

5. downward

6. additive

7. subtractive

8. self-referent

9. other-referent

10. nonreferent

11. Epstude

12. Rye, Cahoon &amp; Daftary

13. Parker

14. Sanna

15. Kocovski, Endler

16. Gilovich &amp; Medvec

و اولسون، ۱۹۹۰؛ نیدنثال، تنگنی و گاوانسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴؛ شرمن و مک کونل، ۱۹۹۵) مورد توجه قرار گرفته است؛ بنابراین همان طور که مشخص است، تفکر خلاف واقع در اکثر جنبه های وجودی انسان، تاثیرگذار است اما اگر بخواهیم این تاثیر و تاثرات را در یک عبارت خلاصه کنیم می توانیم بگوییم که تفکر خلاف واقع، بر کیفیت زندگی افراد، نقش به سزایی دارد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۲). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به معنی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی، هدفها، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است این موضوع فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی شان استوار است (بونومی، پاتریک، باشنل و مارتین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰).

نکته ی مهم در مورد تفکر خلاف واقع این است که هر یک می تواند تاثیری متفاوت از نوع دیگر داشته باشد. برای مثال تحقیقات نشان داده است که بین تفکر خلاف واقع و عواطف، یک رابطه ی دو سویه وجود دارد. همان طور که عواطف منفی می تواند تفکر خلاف واقع را راه اندازی کند تفکرات خلاف واقع نیز می تواند باعث عواطف منفی شود (روس، ۱۹۹۷). بویژه این که تفکر خلاف واقع رو به بالا، عواطف منفی (دیویس، لهن، ورثمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵) و تفکر خلاف واقع رو به پایین عواطف مثبت را راه اندازی می کند (روس، ۱۹۹۴). به بیان دقیق تر تفکر رو به بالا منجر به افسوس خوردن، غمگینی و ناامیدی می شود (همیلتون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). در همین رابطه تحقیقات نشان داده است افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند در مقایسه با افرادی که اضطراب اجتماعی پایین دارند به احتمال بیشتری به تفکر خلاف واقع رو به بالا می اندیشند (کووسکی و همکاران، ۲۰۰۵).

تفکر رو به پایین، به دلیل آن که بر پیامدهایی بدتر از آنچه اتفاق افتاده متمرکز است، باعث احساس آرامش، راحتی و رفاه می شود. همچنین تفکر رو به بالا، باعث یادگیری و افزایش آمادگی در فرد برای مقابله با شرایط ناگوار در آینده و تفکر رو به پایین، باعث سازگاری فرد با موقعیت خطرناک می شود (همیلتون، ۲۰۰۴). تفکر خلاف واقع با دیدگاهمان نسبت به خود نیز مرتبط است. برای نمونه روس و اولسون (۱۹۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد با عزت نفس بالا در مقایسه با آنهایی که عزت نفس پایین دارند، بیشتر به تفکر خلاف واقع می پردازند در صورتی که افرادی با عزت نفس پایین در مقایسه با افرادی با عزت نفس بالا به احتمال بیشتری بعد از شکست به تفکر

1. Niedenthal, Tangney & Gavanski  
2. Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin

3. Davis, Lehman, Wortman, Silver  
4. Hamilton

خلاف واقع می پردازند. سانا، تیورلی-ایمز و میر<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) دریافتند که خلق، ارتباط بین عزت نفس و تفکر خلاف واقع را تعدیل می کند. از نظر آنها وقتی خلق خوب باشد فرد چه عزت نفس بالا و چه عزت نفس پایین داشته باشد در هر دو صورت، با احتمال بیشتری به تفکر خلاف واقع رو به پایین می پردازد در صورتی که در خلق بد، افرادی که عزت نفس بالایی دارند بیشتر تفکر خلاف واقع رو به پایین و افرادی که عزت نفس پایینی دارند بیشتر تفکر خلاف واقع رو به بالا دارند.

تفکر خلاف واقع، با دیدگاه فرد نسبت به جهان نیز مرتبط است. برای نمونه خوشبین ها در مقایسه با بدبین های دفاعی به احتمال بیشتری در پاسخ به خلق منفی و حوادث چالش برانگیز تفکر خلاف واقع رو به پایین تولید می کنند (سانا، ۱۹۹۶). سانا، چانگ، کارتر و اسمال<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) پیشنهاد کردند که خوشبین ها (همانند مردمی با عزت نفس بالا) ممکن است به وسیله ی اسناد های خدمت به خود و تفکرات خلاف واقع رو به پایین با نگاه به گذشته دیدگاه مثبتی را از خود بازبایی کنند بنابراین خوشبین ها در مقایسه با بدبین ها بیشتر از شکست های خود فاصله می گیرند.

ری و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که تفکر رو به بالای خودارجاع، به طور مثبت با افسردگی تفکر و بدبینی و به طور منفی با عزت نفس و خوشبینی مرتبط است. تفکر رو به بالا بدون ارجاع نیز به طور مثبت با افسردگی، تفکر و بدبینی و به طور منفی با عزت نفس مرتبط است؛ علاوه بر این تحقیقات، به نقش تفکر خلاف واقع در استفاده از راهبردهای مقابله ای پرداخته است (دیویس و همکاران، ۱۹۹۵) اما یکی از راهبردهای مقابله ای، تحلیل منطقی است (مانند فکر کردن به راه حل های جدید برای مواجهه با مشکلات) تفکر رو به بالا خودارجاع، رو به بالا بدون ارجاع و رو به بالا دیگر ارجاع به طور مثبت با این نوع راهبرد نیز مرتبط است (ری و همکاران، ۲۰۰۸). در این پژوهش به بررسی رابطه ی ابعاد تفکر خلاف واقع و ابعاد کیفیت زندگی پرداخته ایم.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، شامل دانشجویان دانشگاه اصفهان بود که در ترم اول سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸ در یکی از دانشکده های دانشگاه اصفهان مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه به شیوه ی نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، ابتدا از میان دانشکده های دانشگاه اصفهان دانشکده

1. Turley-Ames & Meier

2. Chang, Carter & Small

های ادبیات و علوم انسانی، زبان های خارجی، فنی و مهندسی و اقتصاد انتخاب و در مرحله ی بعد از این دانشکده ها چهار کلاس به تصادف برگزیده شده و پرسشنامه ها نیز به تصادف در میان افراد آن کلاس توزیع شد. در مجموع تعداد ۱۸۳ نفر (۹۷ مرد، ۸۶ زن) با دامنه ی سنی ۱۹ تا ۳۳ سال و میانگین سنی ۲۱/۶۸ سال انتخاب شدند.

### ابزار

مقیاس تفکر خلاف واقع برای حوادث منفی<sup>۱</sup> (CTNES)، برای سنجش تفکر خلاف واقع، از پرسشنامه ی CTNES استفاده شد. CTNES یک پرسشنامه ی ۱۶ سوالی است که توسط ری کاهون آلی و دفتری در سال ۲۰۰۸ ساخته شد. در این پرسشنامه، از پاسخ دهندگان درخواست می شود تا با یادآوری حادثه یا اتفاقی منفی که اخیراً برایشان پیش آمده در مورد آن افکاری که به دنبال این حادثه به ذهنشان می رسد فکر کنند و پاسخی را که بیش از پاسخهای دیگر با انکار آنها مشابهت دارد در دامنه ای از (۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=برخی مخالف، ۴=اغلب اوقات و ۵=همیشه) انتخاب نمایند. این پرسشنامه از چهار خرده مقیاس تشکیل شده که هر کدام دارای چهار سوال است. این خرده مقیاس ها عبارتند از: رو به بالا خود ارجاع<sup>۲</sup> (مانند دوست داشتم ماشین زمانی داشتم تا حرفها و کارهایی که انجام داده بودم را تغییر می دادم) رو به پایین بدون ارجاع<sup>۳</sup> (مانند اگرچه شرایط بدی اتفاق افتاده است اما قطعاً می توانست بدتر از این باشد) رو به بالا دیگر ارجاع<sup>۴</sup> (مانند اگر مردم این قدر خودخواه نبودند، این همه گرفتاری وجود نداشت) رو به بالا بدون ارجاع<sup>۵</sup> (مانند نمی توانم کارهایی را که آرزو داشتم انجام بدهم). آلفای کرونباخ برای عوامل رو به پایین بدون ارجاع، رو به بالا دیگر ارجاع، رو به بالا خود ارجاع و رو به بالا بدون ارجاع به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ بدست آمد که حاکی از پایا بودن این مقیاس است. برای استفاده از این پرسشنامه در ایران، نخست مقاله به فارسی ترجمه و سپس توسط متخصص زبان انگلیسی به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از اطمینان از هماهنگی بین نسخه ی اصلی پرسشنامه و نسخه ی ترجمه شده ی آن روی ۲۶۵ دانشجو اجرا شد، نتایج با استفاده از تحلیل مولفه های اصلی با چرخش واریماکس، چهار عامل تفکر رو به بالا خودارجاع، رو به پایین بدون ارجاع، رو به بالا دیگر ارجاع و رو به بالا

1. Counterfactual Thinking for Negative Events Scale (CTNES)

2. self-referent upward

3. nonreferent downward

4. other-referent upward

5. nonreferent upward

بدون ارجاع را مورد تایید قرار داد. پایایی این پرسشنامه، ۰/۸۲ و خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۲، ۰/۶۵ و ۰/۷۵ بدست آمد.

پرسشنامه ی کیفیت زندگی<sup>۱</sup> (WHOQOL-BREF): پرسشنامه ی کیفیت زندگی، یک پرسشنامه ی ۲۶ سوالی است که چهار حیطه ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را ارزیابی می کند؛ همچنین این پرسشنامه، دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد. لازم به ذکر است که حیطه ی سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، ظرفیت کاری و انرژی درد و خواب می پردازد. حیطه ی سلامت روان، تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و وضعیت روانی، حیطه ی روابط اجتماعی ارتباطات شخصی و حمایت اجتماعی و حیطه ی سلامت محیط نیز مانند منابع مالی امنیت فیزیکی محیط فیزیکی و محل سکونت را مورد سوال قرار می دهد. در هر حیطه، امتیازی به تفکیک معادل ۴ تا ۲۰ به دست می آید که در آن ۴، نشانه ی بدترین و ۲۰ نشانه ی بهترین وضعیت کیفیت زندگی در حیطه ی مورد نظر است. این پرسشنامه در بیش از چهل کشور جهان ترجمه و مورد اعتبارسنجی قرار گرفته است (نجات<sup>۲</sup>، منتظری، هلاکویی، محمد، مجدزاده، ۱۳۸۷). پایایی این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۷) در تمامی حیطه ها، بالای ۰/۷ و در حیطه ی روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۵۵ گزارش شده است.

### یافته ها

جدول ۱ مولفه های آماری آزمودنی ها را برحسب نمره های ابعاد تفکر خلاف واقع و کیفیت زندگی به تفکیک دانشجویان دختر و پسر و مقایسه ی میانگین نمرات آنها را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، در هیچ یک از متغیرها تفاوت معنی داری بین نمره ی دخترها و پسرهای دانشجو مشاهده نشد. با توجه به یافته های جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش برای آزمودنی های دختر و پسر محاسبه شد. نتایج همبستگی پیرسون برای متغیرهای مورد نظر در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس داده های جدول ۲، تفکر رو به بالا خودارجاع با سلامت جسمانی، همبستگی مثبت معنی دار؛ تفکر رو به پایین بدون ارجاع با سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت

1. World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-BREF)

2. Nejat

محیط، همبستگی منفی معنی دار؛ تفکر رو به بالا دیگر ارجاع و تفکر رو به بالا بدون ارجاع، هر دو با تمامی ابعاد کیفیت زندگی؛ یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط همبستگی منفی معنی دار دارند.

**جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و مقایسه ی نمره های دانشجویان در متغیرهای تفکر خلاف واقع و کیفیت زندگی**

t	کل		پسر		دختر		
	sd	میانگین	sd	میانگین	sd	میانگین	
۰/۷۰	۳/۴۶	۱۲/۸۰	۳/۵۵	۱۲/۶۳	۳/۳۸	۱۳/۰۰	رو به بالا خودارجاع
۰/۶۴	۳/۲۸	۱۲/۴۹	۳/۰۳	۱۲/۳۵	۳/۵۵	۱۲/۶۶	رو به پایین بدون ارجاع
۰/۴۸	۳/۳۵	۱۲/۲۸	۳/۶۸	۱۲/۱۷	۲/۹۴	۱۲/۴۱	رو به بالادیگر ارجاع
-۰/۲۸	۳/۵۸	۱۳/۲۷	۳/۷۳	۱۳/۳۵	۳/۴۲	۱۳/۱۹	رو به بالا بدون ارجاع
-۰/۱۶	۲/۵۱	۱۴/۳۱	۲/۶۶	۱۴/۳۴	۲/۳۴	۱۴/۲۷	سلامت جسمانی
-۰/۵۳	۳/۰۴	۱۳/۱۸	۱۳/۰۱	۱۳/۲۹	۳/۰۸	۱۳/۰۵	سلامت روانی
۰/۵۶	۳/۰۳	۱۴/۷۲	۳/۱۹	۱۴/۶۰	۲/۸۴	۱۴/۸۶	روابط اجتماعی
۰/۷۲	۲/۶۱	۱۳/۵۱	۲/۸۱	۱۳/۳۸	۲/۳۷	۱۳/۶۶	سلامت محیط

**جدول ۲: ضرایب همبستگی پیروسون بین ابعاد تفکر خلاف واقع و ابعاد کیفیت زندگی**

متغیر	سلامت جسمانی	سلامت روانی	روابط اجتماعی	سلامت محیط
رو به بالا خودارجاع	۰/۱۹ <sup>**</sup>	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۰۹
رو به پایین بدون ارجاع	-۰/۱۵ <sup>°</sup>	-۰/۲۶ <sup>**</sup>	-۰/۱۴	-۰/۲۱ <sup>**</sup>
رو به بالادیگر ارجاع	-۰/۲۰ <sup>**</sup>	-۰/۲۹ <sup>**</sup>	-۰/۲۷ <sup>**</sup>	-۰/۱۹ <sup>**</sup>
رو به بالا بدون ارجاع	-۰/۲۶ <sup>**</sup>	-۰/۳۷ <sup>**</sup>	-۰/۲۲ <sup>**</sup>	-۰/۲۸ <sup>**</sup>

(two-tailed) ۰/۰۵ p < \* (two-tailed) ۰/۰۱ p < \*\*

در ادامه، رابطه ی تمامی ابعاد تفکر خلاف واقع به عنوان متغیرهای پیش بین و ابعاد کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای ملاک در معادله ی رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج در جداول ۳ تا ۶ نشان داده شده است. بر اساس جدول ۳ میزان F مشاهده شده معنی دار است (P < ۰/۰۰۱) و ۱۶ درصد واریانس مربوط به سلامت جسمانی به وسیله ی ابعاد تفکر خلاف واقع تبیین می شود (R < ۰/۱۶). ضرایب متغیرهای پیش بین نشان می دهد که ابعاد چهارگانه ی تفکر خلاف واقع می تواند واریانس

سلامت جسمانی را به صورت معنی داری تبیین کند. ضرایب استاندارد تفکر رو به بالا خود ارجاع ( $\beta=0/31$ ) و رو به بالا بدون ارجاع ( $\beta=-0/23$ ) با توجه به آماره های t نشان می دهد که این دو متغیر با اطمینان، توان پیش بینی معنی داری برای سلامت جسمانی داشته اند.

جدول ۳: همبستگی چند گانه و نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش بینی سلامت جسمانی

شاخص	SS	df	MS	F	sig	R	R	SE
رگرسیون	۱۸۵/۶۱	۴	۴۶/۴۰	۸/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰	۰/۱۶	۲/۳۲
باقیمانده	۹۳۶/۶۳	۱۷۸	۵/۴۱					
متغیر	شاخص	B	SEB	Beta	t	sig		
رو به بالا خودارجاع	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۳۱	۴/۲۳	۰/۰۰۰			
رو به پایین بدون ارجاع	۰/۱۱	۰/۰۶	-۰/۱۴	-۱/۸۴	۰/۰۶۶			
رو به بالادیگر ارجاع	-۰/۰۶	۰/۰۶	-۰/۰۸	-۰/۹۲	۰/۳۵۸			
رو به بالا بدون ارجاع	-۰/۱۶	۰/۰۵	-۰/۲۳	-۲/۸۶	۰/۰۰۵			

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، میزان F مشاهده شده معنی دار است ( $P<0/001$ ) و ۲۰ درصد واریانس مربوط به سلامت روانی به وسیله ی ابعاد تفکر خلاف واقع تبیین می شود ( $R^2<0/20$ ). ضرایب متغیرهای پیش بین، نشان می دهد که ابعاد چهارگانه ی تفکر خلاف واقع می تواند واریانس سلامت روانی را به صورت معنی داری تبیین کند. ضرایب استاندارد تفکر رو به بالا خود ارجاع ( $\beta=0/21$ ) و رو به بالا بدون ارجاع ( $\beta=-0/32$ ) با توجه به آماره های t نشان می دهد که این دو متغیر با اطمینان توان پیش بینی معنی داری برای سلامت روانی داشته اند.

جدول ۴: ضریب همبستگی چند گانه و نتایج رگرسیون به روش همزمان

برای پیش بینی سلامت روانی

شاخص	SS	df	MS	F	sig	R	R	SE
رگرسیون	۳۴۹/۱۰	۴	۸۷/۲۷	۱۱/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۰/۲۰	۲/۷۴
باقیمانده	۱۳۳۶/۵۷	۱۷۸	۷/۵۰					
متغیر	شاخص	B	SEB	Beta	t	sig		
رو به بالا خودارجاع	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۲۱	۲/۹۵	۰/۰۰۴			
رو به پایین بدون ارجاع	-۰/۱۸	۰/۰۷	-۰/۱۹	-۲/۵۸	۰/۰۱۱			
رو به بالادیگر ارجاع	-۰/۰۶	۰/۰۷	-۰/۰۷	-۰/۸۳	۰/۴۰۵			
رو به بالا بدون ارجاع	-۰/۲۷	۰/۰۶	-۰/۳۲	-۴/۰۰	۰/۰۰۰			

بر اساس جدول ۵ میزان F مشاهده شده معنی دار است ( $P < 0/001$ ) و ۱۲ درصد واریانس مربوط به روابط اجتماعی به وسیله ی ابعاد تفکر خلاف واقع تبیین می شود ( $R < 0/12$ ). ضرایب متغیرهای پیش بین نشان می دهد که ابعاد چهارگانه ی تفکر خلاف واقع می تواند واریانس روابط اجتماعی را به صورت معنی داری تبیین کند. ضرایب استاندارد تفکر رو به بالا خود ارجاع ( $\beta = 0/21$ ) با توجه به آماره های t نشان می دهد که این یک متغیر، با اطمینان، توان پیش بینی معنی داری برای روابط اجتماعی داشته است.

جدول ۵: نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش بینی روابط اجتماعی

شاخص	SS	Df	MS	F	sig	R	R	SE
رگرسیون	۹۲/۲۰۴	۴	۵۱/۲۳	۶/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۵	۰/۱۲	۲/۸۷
باقیمانده	۴۱/۱۴۶۷	۱۷۸	۸/۲۴					
متغیر شاخص	B	SEB	Beta	t	sig			
رو به بالا خودارجاع	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۲۱	۲/۸۰	۰/۰۰۶			
رو به پایین بدون ارجاع	-۰/۰۶	۰/۰۷	-۰/۰۷	-۰/۸۹	۰/۳۷۱			
رو به بالادیگر ارجاع	-۰/۲۰	۰/۰۸	-۰/۲۲	-۲/۴۴	۰/۰۱۵			
رو به بالا بدون ارجاع	-۰/۱۰	۰/۰۷	-۰/۱۲	-۱/۴۷	۰/۱۴۳			

بر اساس جدول ۶، میزان F مشاهده شده معنی دار است ( $P < 0/001$ ) و ۱۴ درصد واریانس مربوط به سلامت محیط به وسیله ی ابعاد تفکر خلاف واقع تبیین می شود ( $R < 0/14$ ).

جدول ۶: همبستگی چند گانه و نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش بینی سلامت محیط

شاخص	SS	df	MS	F	sig	R	R	SE
رگرسیون	۱۸۲/۲۹	۴	۴۵/۵۷	۷/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۱۴	۲/۴۴
باقیمانده	۱۰۶۳/۴۲	۱۷۸	۵/۹۷					
متغیر شاخص	B	SEB	Beta	t	sig			
رو به بالا خودارجاع	۰/۱۶	۰/۰۵	۰/۲۲	۳/۰۲	۰/۰۰۳			
رو به پایین بدون ارجاع	-۰/۱۶	۰/۰۶	-۰/۲۱	-۲/۶۲	۰/۰۰۹			
رو به بالادیگر ارجاع	۰/۰۰	۰/۰۷	-۰/۰۰	۰/۰۷	۰/۹۴۳			
رو به بالا بدون ارجاع	-۰/۲۰	۰/۰۶	-۰/۲۷	-۳/۳۱	۰/۰۰۱			

ضرایب متغیرهای پیش بین نشان می دهد که ابعاد چهارگانه ی تفکر خلاف واقع می تواند واریانس سلامت محیط را به صورت معنی داری تبیین کند. ضرایب استاندارد تفکر رو به بالا خود ارجاع ( $\beta=0/22$ ) رو به پایین بدون ارجاع ( $\beta=-0/21$ ) و رو به بالا بدون ارجاع ( $\beta=-0/27$ ) با توجه به آماره های t نشان می دهد که این سه متغیر با اطمینان توان پیش بینی معنی داری برای سلامت محیط داشته اند.

### بحث و نتیجه گیری

همان طور که در جدول ۲ مشاهده شد، تفکر رو به بالا خودارجاع با سلامت جسمانی همبستگی مثبت معنی دار دارد. تفکر رو به پایین بدون ارجاع با سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط، همبستگی منفی معنی دار دارد. تفکر رو به بالا دیگر ارجاع و تفکر رو به بالا بدون ارجاع هر دو با تمامی ابعاد کیفیت زندگی؛ یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط، همبستگی منفی معنی دار دارد.

در زمینه ی ارتباط بین این نوع تفکر با سلامت روانی، این تحقیق در راستای تحقیقات قبلی (روس ۱۹۹۴؛ دیویس و همکاران، ۱۹۹۵) است. مسلماً علت این نتیجه در ماهیت، متفاوت با تفکر رو به بالا و رو به پایین است. به بیان دقیق تر، از آنجایی که تفکر رو به بالا بر پیامدهایی بهتر از آنچه اتفاق افتاده متمرکز است منجر به بروز احساساتی مانند افسوس خوردن، غمگینی و ناامیدی می شود اما تفکر رو به پایین به دلیل آن که بر پیامدهایی بدتر از آنچه اتفاق افتاده متمرکز اند، باعث احساس آرامش، راحتی و رفاه می شوند (همیلتون، ۲۰۰۴). علاوه بر این، نتایج به دست آمده با پژوهش ری و همکاران (۲۰۰۸) در مواردی (مانند ارتباط مثبت بین تفکر رو به بالا بدون ارجاع با افسردگی بدینی و ارتباط منفی آن با عزت نفس) همسو و در مواردی (مانند عدم ارتباط بین تفکر رو به بالا خودارجاع با سلامت روانی) ناهماهنگ است. شاید علت این مساله در این نکته نهفته باشد که این محققین در پژوهش خود به بررسی رابطه ی این نوع تفکر با ابعاد سلامت روانی و عدم آن پرداختند.

در زمینه ی ارتباط بین این نوع تفکر با روابط اجتماعی نیز، تحقیقات نشان داده است افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند در مقایسه با افرادی که اضطراب اجتماعی پایینی دارند به احتمال بیشتری به تفکر خلاف واقع رو به بالا می اندیشند (کووسکی و همکاران، ۲۰۰۵). این نتیجه با نتایج تحقیق حاضر تا حدی هماهنگ است زیرا در این پژوهش نیز تفکر رو به بالا دیگر ارجاع و تفکر رو

به بالا بدون ارجاع با روابط اجتماعی همبستگی منفی دارد. همان طور که در جدول ۵ تا ۷ نشان داده شده است تمامی ابعاد تفکر خلاف واقع توانستند درصدی از واریانس ابعاد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را تبیین کنند. این یافته ها نشانگر آن است که مسلماً طرز تفکر انسان و بالاخص نوع تفکر خلاف واقع بر جنبه های مختلف او اعم از جسمانی، روانی و اجتماعی تاثیر گذار است. در این راستا نیز روس (۱۹۹۷) در تحقیقات خود نشان داد که نه تنها عواطف منفی می تواند تفکر خلاف واقع را راه اندازی کند بلکه تفکر خلاف واقع نیز می تواند باعث عواطف منفی شود.

به طور خلاصه این پژوهش همسو با یافته های روس (۱۹۹۴) همیلتون (۲۰۰۴) و ری و همکاران (۲۰۰۸) است که نشان می دهد همه ی افکار خلاف واقع همیشه دارای مقاصد سودمندی نیستند. برای مثال چه فایده ای دارد که کسی به این مساله بیانديشد که "ای کاش شغل بهتری را انتخاب کرده بودم" در حالی که مدت هاست بازنشسته شده است، اگر چه تنها فایده ی متصور در این فکر این است که شخص دیگری آن ها را بشنود و از آن ها پند بگیرد، (کاندا، ۲۰۰۶) اما با این وجود آن ها در افکار ما ایجاد شده و نه تنها باعث بهبود پیامدهای شخصی در آینده می شوند بلکه باعث افزایش توانایی ما برای مواجه شدن با موقعیت های استرس آور و منفی می گردند (همیلتون ۲۰۰۴).

### منابع

- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the "World Health Organization Quality of Life" (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1-12.
- Davis, C. G., Lehman, D. R., Wortman, C. B., Silver, R. C., & Thompson, S. C. (1995). The undoing of traumatic life events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 109-124.
- Epstude, K., & Roes, N. J. (2008). The functional theory of counterfactual thinking. *Personality and Social Psychology Review*, 12(2), 168-192.
- Gilovich, T., & Medvec, V. H. (1995). Some counterfactual determinants of satisfaction and regret. In N. Roes & J. Olson (Eds.), *The Psychology of Counterfactual Thinking*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hamilton, D. (2004). *Social Cognition*. Psychology Press.
- Kocovski, N. L., Endler, N. S., Rector, N. A., & Flett, G. L. (2005). Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43(8), 971-84.

- Kunda, Z. (2006). *Social Cognition: Making sense of people*. Translated by Hossein Kaviani. Tehran: Mehr Kavian.
- Miller, D., & Turnbull, W. (1992). The counterfactual fallacy: Confusing what might have been with what ought to have been. In Lerner, M. (Ed.), *Life Crises and Experiences of Loss*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 179–193.
- Nejat, S. N., Montazeri, A., Holakouei Naeini, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. R. (2007). Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim*, 10(3), 1-8.
- Niedenthal, P., Tangney, J., & Gavanski, I. (1994). "If only I weren't" versus "If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 585–595.
- Parker, P. A., Middleton, M. S. & Kulik, J. A. (2002). Counterfactual thinking and quality of life among women with silicone breast implants. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 317-335.
- Roese, N., & Olson, J. (1990). Counterfactual thinking: A critical overview. In Olson, J. (Ed.), *What might have been: The Social Psychology of Counterfactual Thinking*, Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 199-232.
- Rye, M. S., Cahoon, M. B., Ali, R. S., & Daftary, A. T. (2008). Development and validation of the counterfactual thinking for negative events scale. *Journal of Personality Assessment*, 30 (3), 261-269.
- Sanna, L. J, Chang, E. C., Carter, S. E, & Small, E. M. (2006). The future is now: Prospective temporal self-appraisals among defensive pessimists and optimists. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 727-739.
- Sanna, L. J. (1996). Defensive pessimism, optimism, and simulating alternatives: Some ups and downs of prefectoral and counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1020-1036.
- Sanna, L. J., Turley-Ames, K. J., & Meier, S. (1999). Mood, self-esteem, and simulated alternatives: Thought-provoking affective influences on counterfactual direction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 285-303.
- Sherman, S., & McConnell, A. (1995). Dysfunctional implications of counterfactual thinking: When alternatives to reality fail us. In Olson, J. (Ed.), *What might have been: The Social Psychology of Counterfactual Thinking*, Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 199-232.