

# بررسی رابطه رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری

دکتر ابوالفضل کرمی<sup>۱</sup>

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش را دانش آموزان پسر دبیرستانی منطقه ۱۰ آموزش و پرورش شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۲۲۵ نفر بود که از پایه اول ۷۵ نفر و در پایه‌های دوم و سوم رشته‌های نظری از هر رشته در هر پایه ۲۵ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های رضایت از زندگی داینر ( $\alpha = 0/85$ ) و سلامت عمومی GHQ 28 ( $\alpha = 0/92$ ) و پرسشنامه سازگاری سینگ و سینا ( $\alpha = 0/94$ ) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سه متغیر مورد مطالعه رابطه بالایی وجود دارد، آزمون آماری تحلیل واریانس مؤید این بود که بین متغیرها در پایه‌های مختلف فقط در متغیر سازگاری بین دو پایه اول و دوم تفاوت معنا دار است. همچنین تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی رضایت از زندگی نشان داد که علائم جسمانی مهمترین پیش بنی کننده سازگاری اجتماعی و عاطفی است و این سه متغیر روی هم رفته می‌تواند ۸۵ درصد رضایت از زندگی را پیش بینی کنند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که هر چه میزان سلامت جسمانی، سازگاری اجتماعی و عاطفی دانش آموزان بیشتر باشد رضایت از زندگی بیشتری را تجربه خواهند کرد.

**کلید واژه‌ها:** رضایت از زندگی، سلامت عمومی، سازگاری.

## مقدمه

امروزه در سایه پیشرفت علم و تکنولوژی و فراهم شدن وسایل رفاهی و

۱. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی.

راحتی، افراد بسیاری هستند که از امکانات زیادی برخوردارند ولی از زندگی خود رضایت ندارند (نوری، سقایی بی ریا، ۱۳۸۸ به نقل از کهریزی، ۱۳۸۹). یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی میزان رضایت از زندگی<sup>۱</sup> است. مراد از رضایت از زندگی، نگرش فرد، ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خود، همچون زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است (داینر<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از زکی، ۱۳۸۵).

سلیگمن<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۹ می‌گوید هدف‌های روانشناسی مثبت باعث قدرتمند شدن انسان و اجتماعی شدن ارزش‌ها شده است. سلیگمن پیشنهاد کرد که زمینه‌های روانشناسی به تعادل بهتر ما با تمرکز بر گسترش شکوفائی مثبت نگری نیاز دارد. رضایت از زندگی یکی از قدرتمندی‌ها و در برگیرنده سرفصل روانشناسی مثبت است که به سلامت شخصیت و سلامت روابط منجر می‌شود (یادگاری، ۱۳۸۴).

روانشناسی مثبت نگر به عنوان رویکرد تازه‌ای در روانشناسی بر فهم و تشریح شادمانی و احساس ذهنی بهزیستی و همچنین پیش بینی دقیق عواملی که بر آنها موثرند، تمرکز دارد. این رویکرد از منظری مثبت گرایانه با ارتقای احساس ذهنی بهزیستی و شادمانی، جایگزین درمان نواقص و اختلالات شده است. بنابراین، روانشناسی مثبت نگر مکمل روانشناسی سنتی بالینی است. فهم، درک و شفاف سازی شادمانی و احساس ذهنی بهزیستی، موضوعات محوری روانشناسی مثبت نگر است (سلیگمن، ۲۰۰۵).

شادمانی ذهنی مفهوم وسیعی است که تجربه هیجان‌های مطلوب، سطوح پائین هیجان‌های منفی و رضایت از زندگی را در بر می‌گیرد. هیجان‌های شادمانی

---

1. life satisfaction.

2. Diner, E.

3. Seligman, M.E.P.

ذهنی شامل دو مؤلفه شادمانی و رضایت از زندگی است (کار، ۲۰۰۳). رضایت از زندگی به عنوان سطحی از آگاهی فردی و یا به عبارت بهتر، ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده که ممکن است یک ارزیابی کلی و جامع را به همان خوبی یک ارزیابی در حوزه‌های اختصاصی (خانواده، خانه و ...) منعکس نماید. نتایج مطالعات متنوعی حاکی از ارتباط گسترده رضایت از زندگی با تعدادی از رفتارها و حالات روانشناختی مهم از جمله افسردگی، لوینسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱، عزت نفس، اریندل<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹ و امید، چانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳ مرتبط است. بعلاوه، رضایت از زندگی به عنوان نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت آمیز فرد با تغییر در موقعیت‌های گوناگون زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد. به همین دلیل است که سازگاری روانشناختی در رویکرد مثبت نگر دو مؤلفه مثبت و منفی را در بر می‌گیرد. داشتن رضایت از زندگی و فقدان بیماری‌های روانشناختی (چانگ، ۱۹۹۸، به نقل از گیلمان و همکاران، ۲۰۰۵).

رضایت از زندگی عاملی از ساختار بزرگ تر بهزیستی است، نظریه و پژوهش در زمینه توانبخشی نشان داده است که بهزیستی دارای سه مؤلفه، ارزیابی عواطف مثبت، منفی و رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی به دلیل اینکه بیشتر شناختی است از ارزیابی عواطف متمایز است (کورینگان، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای جانسون و کروگر (۲۰۰۶) به بررسی تأثیر توانائی مالی و سطح درآمد روی فرایندهای محیطی و رضایت از زندگی و شادمانی پرداختند، آنان دریافتند بر خورداری مالی و میزان درآمد فعلی با میزان رضایت از زندگی و شادمانی رابطه مثبت معنا داری دارد.

رضایت از زندگی نتیجه رضایت فرد در زمینه‌های مختلف زندگی از جمله مادی و معنوی است، به عنوان مثال درآمد مناسب، مسکن، شغل،

---

1. Levinson, B.M.  
2. Ereandel,.  
3. chung, ch.

فعالیت‌های اوقات فراغت، شرایط زندگی خانواده، سلامت عمومی، توانایی ایجاد روابط، سازگاری با دیگران، رضایت و موفقیت، همه زمینه ساز رضایت از زندگی هستند. رضایت، حالتی هیجانی است که با رسیدن به یک هدف پدید می‌آید، به طور کلی رضایت داشتن احساسی خوش آیند از حسن انجام امور پس از ارزیابی از نتایج فعالیت‌ها و کارهای انجام شده است (سلیمانی درجه، ۱۳۷۳).

مزلو<sup>۱</sup> معتقد است رضایت آدمی بر پایه رفع نیازهای او استوار است. دیدگاه او بر دو فرضیه اساسی مبتنی است: ۱- رفتار هر شخص در جهت ارضای نیازهای او است. به عبارتی دیگر نیازها یکی از عوامل تعیین کننده رفتار هستند. ۲- نیازهای فرد به صورت سلسله مراتب هستند که ابتدا نیازهای سطح پائین (جسمانی) و سپس نیازهای سطح بالا ارضاء می‌شوند (شهبایان، ۱۳۸۷، به نقل از کهریزی، ۱۳۸۹). دیدگاه‌های رضایت از زندگی را می‌توان به دو گروه، دیدگاه‌های درونی یا محتوایی مانند دیدگاه مزلو و دیگری فرایندی که به عوامل بیرونی مانند سطح درآمد، سن، جنس، و غیره تاکید می‌ورزند، تقسیم کرد. معتمدی و همکاران (۱۳۸۱)، در پژوهشی تحت عنوان «بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال» نشان دادند که بین حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی همبستگی معناداری وجود دارد.

سلامت جسمانی و بهزیستی همواره مورد توجه دانشمندان در دو حیطه پزشکی و روانشناسی بوده است. به نظر می‌رسد که از وحدت مفاهیم سلامت جسمانی و بهزیستی، مفهوم مهمتری به عنوان «سلامت عمومی» به وجود می‌آید. کارسون، بوچر و کلمن (۱۹۸۸) نشان دادند که در طول تاریخ، میزان توجه به هر

1. Maslow.

یک از مفاهیم سلامت جسمانی و بهزیستی و یا هر دو آنها (سلامت عمومی) به چالش‌های فکری موجود در خصوص ارتباط تن و روان و یا برتری یکی بر دیگری بستگی داشته است.

در هر صورت هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روانشناسی و پزشکی به حد اکثر رساندن احساس سلامت در افراد است. در این راستا ساراسون و ساراسون<sup>۱</sup>، نشان دادند که سلامتی یک «ادراک شخصی» است و زیر عوامل جسمانی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد. آگاهی از نشانه‌های جسمانی به فرایند روانشناختی خاصی بستگی دارد. به عبارت دیگر، تابع ادراک و جنبه‌های شناختی شخصیت فرد است که در پردازش محرک‌های درونی و بیرونی تاثیر دارد (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان، ۱۳۸۱).

بدگر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۲ سلامت عمومی را نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روانشناختی تعریف کرده است. بنابراین، چنین ادراکی از نشانه‌ها تعیین کننده وجود مشکل جسمانی و یا روانشناختی است (محمدی، ۱۳۸۳). نویدی در سال (۱۳۸۵) به مطالعه تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سازگاری و سلامت عمومی دانش آموزان دبیرستانی پرداخت و نتایج نشان داد که آموزش مدیریت خشم سبب ارتقاء رفتارهای سازگارانه و بهبود سلامت عمومی می‌شود. وی در تعریف سازگاری به پذیرش و انجام رفتار و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات محیطی اشاره می‌کند و اظهار می‌دارد معمولاً صفت سازگاری با موصوف خود به کار می‌رود. در ادبیات مکتوب و محاوره‌ای عمومی از مفاهیم سازگاری شغلی، زناشویی، تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و زندگی استفاده می‌شود.

کیت و همکاران (۲۰۰۷) جهت بررسی رابطه سلامت و رضایت از زندگی ۲۸۸ بزرگسال شاغل در تجارت آزاد در شمال غرب اوهایو را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشانگر رابطه مثبت و معنادار بین رضایت از زندگی و هر یک از

---

1. sarason, I. G.

2. Bedger.

ابعاد سلامت (جسمانی، معنوی، شغلی، روانی و اجتماعی) بود. در ضمن رضایت از زندگی با کل سلامت نیز رابطه داشت. تحلیل رگرسیون نشان داد که سلامت اجتماعی و روانشناختی قوی‌ترین پیش‌بین رضایت از زندگی بودند. کرد و کهریزی در سال (۲۰۱۰) در پژوهشی سلامت عمومی و رضایت از زندگی دانش‌آموزان را در خانواده‌های چندهمسری و تک‌همسری مورد بررسی و مقایسه قرار دادند. نمونه مورد مطالعه ۱۲۸ دانش‌آموز بود (۳۲ نفر پسر و ۳۲ نفر دختر از خانواده‌های چندهمسری و ۳۲ نفر پسر و ۳۲ نفر دختر از خانواده‌های تک‌همسری) که به صورت تصادفی انتخاب شدند. نتیجه مطالعه نشان داد که بین رضایت از زندگی با کل سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن یعنی علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنادار منفی وجود داشت.

لاویس و همکاران در مطالعه‌ای پرسشنامه رضایت از زندگی، خودارزیابی سلامت، استرس‌های بازنشستگی، سازگاری بازنشستگی و جنبه‌های به‌خاطر آوردن پیش‌بازنشستگی شغلی را روی ۱۲۱ نفر از مردان و زنان بازنشسته (بامیانگین سنی ۷۵/۸ و انحراف معیار ۷/۱) اجرا کردند. تحلیل نتایج همبستگی مثبت معناداری را بین نمرات رضایت از زندگی، خودارزیابی سلامت و سازگاری بازنشستگی (همه بالای  $P < 0/001$ ) نشان داد (لاویس و همکاران، ۲۰۱۱).

هدف کلی پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی روابط متغیرهای رضایت از زندگی، سلامت عمومی و سازگاری با یکدیگر و نقش آنها در پیش‌بینی رضایت از زندگی و رابطه متغیرها در پایه‌های مختلف تحصیلی. با توجه به این اهداف فرضیه‌های زیر تنظیم شد:

۱. بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد.
۲. بین رضایت از زندگی و سازگاری تفاوت معنادار وجود دارد.

۳. بین سازگاری و سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد.
۴. بین پایه‌های مختلف تحصیلی در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنادار وجود دارد.
۵. بین پایه‌های مختلف تحصیلی در متغیر سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد.
۶. بین پایه‌های مختلف تحصیلی در متغیر سازگاری تفاوت معنادار وجود دارد.
۷. تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی.

### روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی (غیر آزمایشی) و طرح از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه منطقه ۱۰ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه ۲۲۵ نفر بود. برای انتخاب نمونه ابتدا به روش خوشه‌ای سه دبیرستان که یکی دارای رشته علوم انسانی، دیگری تجربی و سومی رشته ریاضی بود، انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده از سه دبیرستان در هر پایه ۲۵ نفر گزینش (۲۲۵ =  $3 \times 3 \times 25$ ) شدند. برای گردآوری داده‌ها در این پژوهش از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد.

۱- مقیاس رضایت از زندگی<sup>۱</sup> داینر (SWLS): این مقیاس پنج گویه‌ای توسط داینر و همکارانش (۱۹۸۵) جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. داینر و همکاران، روایی (به شیوه روایی سازه همگرا و افتراقی) و پایایی (به روش آلفای کرونباخ  $\alpha = 0.85$ ) مطلوبی برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. این مقیاس به صورت پنج گزینه‌ای لیکرتی است که به گزینه کاملاً ناراضی (۰) و

---

1. Satisfaction With Life Scale (SWLS).

به گزینه کاملاً راضی عدد (۴) تعلق می‌گیرد. ویژگی روان‌سنجی آن در ایران توسط خیر و سامانی در سال ۱۳۸۳ مورد انطباق قرار گرفته و مطلوب گزارش شده است (به نقل از جوکار، ۱۳۸۵). این مقیاس در سال ۱۳۸۵ در ایران توسط جوکار بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی هنجار شده است. پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ و روایی آن به شیوه تحلیل عاملی تأیید شده است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس بود که می‌توانست ۵۴٪ از واریانس کل را تبیین کند (نصیری و جوکار، ۱۳۸۶).

۲- پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (GHQ): گلدنبرگ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۲ اولین بار پرسشنامه سلامت عمومی را تنظیم نمود. گلدنبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹، فرم ۲۸ سوالی آن را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی کردند (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. این پرسشنامه از چهار مؤلفه، علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است که هر کدام از آنها هفت ماده دارد. این مقیاس چهار گزینه‌ای است که به صورت ۰، ۱، ۲، و ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۸۴ می‌باشد و دامنه نمرات هر یک از خرده‌مقیاس‌ها بین صفر تا ۲۱ است. پایایی مقیاس از طریق همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل و هر یک از مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ به دست آمده است و بیانگر آن است که این مقیاس دارای پایایی بالا و معنادار ( $p < 0/00$ ) است (رفیعی نیا، رسول زاده طباطبائی و آزاد فلاح، ۱۳۸۵). پایایی بازآزمایی این مقیاس در فاصله ۳ تا ۴ هفته برای

1. General Health Questionnaire (GHQ).

2. Goldberg, D. P.



کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد که همگی در سطح ( $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. برای محاسبه روایی مقیاس از سه روش روایی ملاکی همزمان، تحلیل عاملی و همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با آزمون اصلی استفاده شد، و در هر سه مورد روایی مقیاس تأیید گردید (تقوی، ۱۳۸۰).

۳- پرسشنامه سازگاری<sup>۱</sup> سینگ و سینا<sup>۲</sup>: این پرسشنامه در سال ۱۳۷۷ توسط کرمی به فارسی ترجمه شده است. این پرسشنامه سازگاری دانش آموزان دبیرستانی را در سه حوزه عاطفی، اجتماعی و آموزشی می‌سنجد. پرسشنامه روی ۱۹۵۰ نفر از دانش آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم دبیرستان هنجار شده است. پایایی آن به روش کودر- ریچاردسون ۰/۹۴ به روش دو نیمه کردن ۰/۹۵ و بازآزمایی ۰/۹۳ به دست آمده است. پاسخ سوال‌ها به صورت بلی، خیر است و ارزش هر سوال صفر (سازگاری خیلی خوب) یا یک (سازگاری خیلی ضعیف) می‌باشد. در مجموع این آزمون از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است (سینگ و سینا، ۱۹۹۳، ترجمه کرمی، ۱۳۷۷).

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سه متغیر، از آزمون واریانس یکطرفه (ANOVA) برای رابطه سه متغیر در پایه‌های مختلف، از آزمون تعقیبی توکی برای معناداری پایه‌ها و از آزمون آماری رگرسیون چند متغیره برای تعیین عوامل پیش بینی کننده متغیر وابسته استفاده شده است.

## بررسی فرضیات

یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول یک ارائه شده است.

- 
1. Adjustment Questionnaire.
  2. Sing and Sinha.

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای مورد مطالعه (N= ۲۲۵)

انحراف استاندارد	میانگین	متغیرها
		شاخص‌ها
۴/۰۲	۱۱/۲۵	رضایت از زندگی
۲/۲۲	۶/۱۷	علائم جسمانی
۱/۷۶	۷/۰۷	اضطراب و بی‌خوابی
۱/۴۲	۷/۱۸	اختلال در کارکرد اجتماعی
۱/۴۸	۴/۵۸	افسردگی
۱/۸۸	۵/۲۶	سازگاری عاطفی
۱/۹۸	۵/۹۶	سازگاری اجتماعی
۲/۰۹	۶/۷۸	سازگاری آموزشی
۶/۰۷	۲۴/۹۵	سلامت عمومی کل
۵/۷۵	۱۸/۰۰	سازگاری کل

فرضیه اول: بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

فرضیه دوم: بین رضایت از زندگی و سازگاری دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

فرضیه سوم: بین سلامت عمومی و سازگاری دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. برای بررسی هر سه فرضیه (رابطه بین سه متغیر) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است و نتایج هر سه فرضیه در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. همبستگی بین رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری

متغیرها	ضریب همبستگی	فراوانی	سطح معناداری
رضایت از زندگی با سلامت عمومی	-۰/۸۱۹	۲۲۵	۰/۰۰۰
رضایت از زندگی با سازگاری	-۰/۸۸۴	۲۲۵	۰/۰۰۰
سلامت عمومی با سازگاری	۰/۷۶۵	۲۲۵	۰/۰۰۰

نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری رابطه معنادار به ترتیب  $0/81-$  و  $0/88-$  وجود دارد که همبستگی بالایی است. علت منفی بودن همبستگی‌ها این است که در هر دو متغیر سلامت عمومی و سازگاری نمره پائین نشان دهنده سلامت عمومی و سازگاری بالا است، ولی در متغیر رضایت از زندگی نمره بالا نشانگر رضایت بالا است. نتیجه فرضیه سوم در سطر سه جدول رابطه معنادار برابر  $0/765$  را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر رابطه متغیرهای پژوهش با هم معنادار و هر سه بالا است.

فرضیه چهارم: بین پایه‌های مختلف تحصیلی در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه پنجم: بین پایه‌های مختلف تحصیلی در متغیر سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه ششم: بین پایه‌های مختلف تحصیلی در متغیر سازگاری تفاوت معنادار وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین پایه‌های مختلف دبیرستانی در سه متغیر پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) استفاده شد. فرضیه پنجم و ششم رد شد یعنی بین پایه‌های مختلف در متغیر سلامت عمومی و سازگاری رابطه مشاهده نشد ولی در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنادار بود که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. رابطه رضایت از زندگی در پایه‌های مختلف دبیرستانی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۸۱/۶۲۷	۲	۹۰/۸۱۳	۵/۸۶	۰/۰۰۳
درون گروه‌ها	۳۴۳۶/۹۳۲	۲۲۲	۱۵/۴۸۲		
کل	۳۶۱۸/۵۶۰	۲۲۴			

نتایج مندرج در جدول بالا نشانگر آن است که در متغیر رضایت از زندگی بین پایه‌های مختلف رابطه وجود دارد. برای مشخص کردن اینکه تفاوت بین کدامیک از پایه‌هاست از آزمون تعقیبی توکی به علت مساوی بودن تعداد نمونه در پایه‌های مختلف استفاده شد و نتایج نشان داد که بین پایه اول و دوم در سطح  $0/002$  در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنادار وجود دارد ولی بین پایه اول با سوم و دوم با سوم تفاوت معنادار نبود.

فرضیه هفتم: تعیین عوامل پیش بینی کننده رضایت از زندگی. جهت تعیین عوامل پیش بینی کننده رضایت از زندگی دو متغیر سلامت عمومی و سازگاری در تحلیل رگرسیون گام به گام وارد شدند که نتایج در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴. تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی رضایت از زندگی

مرحله	متغیر وارد شده	ضریب رگرسیون	مجذور رگرسیون	ضریب تعیین	خطای استاندارد	F	df 1	df 2	معناداری
۱	سازگاری	۰/۸۸۳	۰/۷۷۹	۰/۷۸۰	۱/۸۸	۷۸۷/۳	۱	۲۲۲	۰/۰۰
۲	سلامت عمومی	۰/۹۰۷	۰/۸۲۱	۰/۸۲۱	۱/۶۹	۵۳/۳۶	۱	۲۲۱	۰/۰۰

مندرجات جدول نشانگر آن است که هر دو متغیر وارد معادله رگرسیون شده است. ضریب حاصل نشان می‌دهد که سازگاری  $78\%$  و هر دو متغیر با هم  $82\%$  از واریانس رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کند.

در ادامه جهت اطلاع از تاثیر تک تک مؤلفه‌های سازگاری و سلامت عمومی در پیش بینی متغیر وابسته هفت خرده مقیاس این دو متغیر وارد تحلیل رگرسیون به روش گام به گام شدند که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی رضایت از زندگی از طریق مؤلفه‌های دو متغیر

مرحله	متغیروارد شده	ضریب رگرسیون	مجذور رگرسیون	ضریب تعیین	خطای استاندارد	F	df 1	df 2	معناداری
۱	علائم جسمانی	۰/۸۸۹	۰/۷۸۹	۰/۷۸۹	۱۸/۸۵	۸۳۲/۵	۱	۲۲۲	۰/۰۰
۲	سازگاری اجتماعی	۰/۹۲۸	۰/۸۴۳	۰/۸۴۲	۱/۵۹	۷۵/۶	۱	۲۲۱	۰/۰۰
۳	سازگاری عاطفی	۰/۹۲۰	۰/۸۴۷	۰/۸۴۵	۱/۵۸	۵/۵	۱	۲۲۰	۰/۰۰

داده‌های جدول فوق مبین آن است که از هفت خرده مقیاس وارد شده در معادله رگرسیون سه خرده مقیاس در حدود ۸۵٪ از رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند و علائم جسمانی قوی ترین متغیر پیش بینی کننده رضایت از زندگی است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین رضایت از زندگی، سلامت عمومی و سازگاری دانش آموزان پسر دبیرستانی انجام شد. بر اساس تحلیل داده‌ها نتایج حاصل از پژوهش را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد: فرضیه اول مبنی بر رابطه معنادار بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی تأیید شد که همسو با یافته‌های کارسون و همکاران (۱۹۸۸)، کیت و همکاران (۲۰۰۷)، کرد و کهریزی (۲۰۱۰) و لاویس و همکاران (۲۰۱۱) بود. در فرضیه دوم رابطه بین رضایت از زندگی و سازگاری دانش آموزان تأیید شد که همسو با یافته‌های داینر و همکاران (۱۹۸۵) و لاویس و همکاران (۲۰۱۱) بود و بررسی فرضیه سوم نشانگر رابطه سازگاری با

سلامت عمومی بود که همسو با یافته نویدی (۱۳۸۵) و لاویس و همکاران (۲۰۱۱) بود.

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی رضایت از زندگی دانش آموزان با دو متغیر سلامت عمومی و سازگاری هر دو متغیر وارد تحلیل شدند و رویه‌مرفته ۸۲٪ از واریانس کل رضایت از زندگی را تبیین کردند. در ضمن نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی رضایت از زندگی دانش آموزان با هفت خرده مقیاس دو متغیر اصلی نشان داد که علائم جسمانی بالاترین قدرت پیش بینی (۰/۷۸) و سازگاری اجتماعی در مرحله بعدی و سازگاری عاطفی در مرتبه سوم توان پیش بینی رضایت از زندگی را دارند که در کل حدود ۸۵٪ از واریانس کل را تبیین می‌کنند. بقیه خرده مقیاس‌ها یعنی اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب، افسردگی و سازگاری آموزشی وارد تحلیل نشدند.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت دانش آموزانی که از سلامت عمومی برخوردارند و قدرت سازگاری آنها نیز بالاست، رضایت از زندگی خوبی دارند و وقتی رضایت از زندگی بالاست، محیط شخصی - کار، خانواده و اجتماع - برای ایجاد تعادل با یکدیگر هماهنگ می‌شوند.

نتایج تحلیل رگرسیون خرده مقیاس‌ها مبین آن است که رضایت از زندگی در درجه اول در گرو سلامت جسمانی است و خانواده و آموزش و پرورش و سازمان‌های بیمه و خدمات درمانی باید در جهت تأمین این نیاز سعی بلیغ مبذول دارند. عامل مؤثر بعدی سازگاری اجتماعی بود که آنهم تحت تأثیر سه نهاد مهم تربیتی - خانواده، مدرسه و جامعه - شکل می‌گیرد. بنابراین ضرورت دارد هر سه نهاد این موضوع را یکی از اولویت‌های کاری خود قرار داده و در ارتقاء آن بکوشند. خرده مقیاس سوم که وارد معادله

رگرسیون شده بود، سازگاری عاطفی بود و نهاد خانواده مهمترین نهاد تامین و ایجاد کننده آن در دانش آموزان می باشد و لذا ضرورت دارد اعضای خانواده در احترام به یکدیگر و همزیستی مسالمت آمیز و درک همدیگر و صمیمیت فی مابین کوشا باشند.

از چهار مقیاسی که وارد معادله رگرسیون نشده اند جایگاه سه متغیر افسردگی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی روشن است و اینها نه تنها میزان رضایت از زندگی را افزایش نمی دهند بلکه در صورت بروز می توانند سبب کاهش آن نیز بشوند. آنچه قابل بحث است متغیر سازگاری آموزشی است که وارد معادله نشده و نقشی در رضایت از زندگی نداشته است. در صورتیکه در ظاهر امر به نظر می رسد که این خرده مقیاس هم می تواند در رضایت از زندگی نقشی داشته باشد. در رابطه با این یافته چند احتمال وجود دارد.

- میزان سازگاری آموزشی در جدول از دو خرده مقیاس دیگر کمتر بود و در چند پژوهش دیگر نیز نتیجه مشابه حاصل شده است.

- انگیزه دانش آموزان نسبت به امر تحصیل کاهش حاصل کرده است.

این کاهش انگیزه می تواند به دلایل زیر باشد:

- عدم هماهنگی محتوای کتاب های درسی با نیازهای دانش آموزان.

- روشن نبودن آینده فارغ التحصیلان و افزایش تعداد بیکاران تحصیل کرده.

- بی انگیزگی معلمان نسبت به تدریس که در کاهش انگیزه دانش آموزان می تواند موثر باشد.

- مشکلات معیشتی معلمان و چند شغله بودن آنان برای امرار معاش که در نهایت ممکن است به

خستگی جسمانی و فرسودگی شغلی آنان منجر شود.

- سرگرمی‌های زیاد اینترنتی که وقت زیادی از دانش‌آموزان را تلف می‌کند و زمانی را برای مطالعه و تحصیل باقی نمی‌گذارد.

همه اینها و عوامل متعدد دیگر دست به دست هم داده و سبب می‌شوند که سازگاری آموزشی به اندازه سازگاری اجتماعی و عاطفی برای آنها مهم نباشد. البته این نظر نیازمند پژوهش جداگانه‌ای است. در پایان پیشنهاد می‌شود نهادهای تربیتی جهت بالا بردن رضایت از زندگی دانش‌آموزان نسبت به تامین سلامت جسمانی، سازگاری اجتماعی و عاطفی تلاش وافر مبذول دارند.

### منابع

- تقوی، محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*. سال پنجم، شماره ۴، صص ۳۹۸-۳۸۱.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌های تاب‌آوری در رابطه با هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *فصلنامه روانشناسی معاصر*. سال سوم، شماره ۱، صص ۱۲-۳.
- رفیعی‌نیا، پروین؛ رسولزاده طباطبائی، کاظم؛ آزاد فلاح، پرویز. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روانشناسی*. سال دهم، شماره ۱، صص ۸۴-۱۰۵.
- زکی، محمد علی. (۱۳۸۵). اعتباریابی مقیاس چند بعدی رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*. سال ۱۳، شماره ۱، صص ۵۷-۴۹.
- ساراسون، ای. جی. و ساراسون، بی. آر. *روانشناسی مرضی*. ترجمه نجاریان، بهمن. اصغری مقدم، محمد علی و دهقانی، محسن (۱۳۸۱). جلد اول، تهران: رشد.
- سلیمان درچه، برات علی. (۱۳۷۳). *بررسی رضامندی از زندگی بعد از مهاجرت در گروهی از مهاجرین ساکن خمینی شهر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- سینگ و سینا. (۱۹۹۳). *سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی* (ترجمه کرمی، ۱۳۷۷). تهران:



نشر روان سنجی.

- کهریزی، مریم. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه تاب آوری بر عملکرد تحصیلی و رضایت از زندگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی.
- نصیری، حبیب‌الله؛ جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). *معنا درمانی زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان، مجله پژوهش زنان*. دوره ششم، شماره ۲، صص ۱۷۶-۱۵۷.
- نویدی، احد. (۱۳۸۵). *آزمودن تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت خود نظم‌دهی خشم، سازگاری و سلامت عمومی*. پایان‌نامه دکتری در رشته روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- یادگاری، هاجر (۱۳۸۴). *بررسی رابطه میزان گذشت و رضایت از زندگی در میان پرستاران*. دانشگاه الزهرا.
- Carr, Alan (2003). *Positive Psychology. Handbook of Psychology*. New York: Brunner- Routledge press.
- Carson, R. C. ; Butcher, J. N. & Coleman, J. C. (1988). *Abnormal Psychology and modern life*. Boston: Scott, Foreman & Company.
- Corrigan, J. D. (2011). *Introduction to the Satisfaction With Life Scale*. URL: <http://www.tbims.org/combi/swls>.
- Diner, Me.; Emmon, R. A. Larsen, R. J. ; & Griffin. S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assesment*. vol.49, pp,71-75.
- Gilman, R.; Ashby, J. S.; Sverko, d.; Florell, D. and verjas, k. (2005). *The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth*. *Personality & Individual Differences* vol.39, Issue. 1, pp155-166.
- Johnson, w.; and Kruger, R. F. (2006). *How many buys happiness: genetic and environment processes linking finances and life satisfaction*. *Journal of personality and social psychology*. vol, 90. Issue. 4, pp.680- 691.
- Keith, A. King, Amy, L. Bernard, Susan, A. Schaefer. (2007). *The relationship between life satisfaction and the five health dimensions*. *American Journal of Health*.
- Kord, B. T. and kahrazei. (2010). *General Health and Life Satisfaction of Students in Polygamy and Monogamy Families*. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. Vol. 36, No.2, 307- 310.
- Lowis' M. J. ; Edwards' A. C.; Singlehurst' H. M. (2011). *The Relationship Between Preretirement Occupation and Older Adults' Life Satisfaction and Self-Rated Health*. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. Volume 145.

- Soligman, M. E. P.; Sleen,T,; Park, N. and Peterson, Ch.(2005)." Positive Psychology Progress: empirical validation of interventions". American psychologist.vol, 60.Issue 5, pp, 410- 421.
- Yamawaki, N; Nelson, J. A.P and Omori, M.(2011). Self-esteem and life satisfaction as mediators between parental bonding and psychological well-being in Japanese young adults. International Journal of Psychology and Counseling Vol. 3(1), pp. 1-8.