

عوامل تعیین کننده بهزیستی ذهنی: نقش عوامل جسمانی - روان‌شناختی و عوامل اقتصادی - جمعیت شناختی^۱

دکتر حسن میرزاحسینی^۲

دکتر علی دلاور^۳

دکتر حسن احدی^۴

دکتر فرهاد ماهر^۵



چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اهمیت نقش عوامل جسمانی - روان‌شناختی و اقتصادی - جمعیت شناختی در تعیین سطح بهزیستی افراد است. نمونه پژوهش متشکل از ۴۵۰ نفر است که بر اساس روش نمونه برداری تصادفی چندمرحله‌ای از بین شهروندان قم انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی ذهنی دینر و مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که شش متغیر روابط شخصی، بیکاری، درد و رنج، انرژی، وابستگی به دارو و درمان پزشکی، و منابع مالی مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های بهزیستی ذهنی هستند؛ یعنی برخورداری از روابط خوب بین فردی، ارزیابی مناسب وضعیت مالی خود، و برخورداری از انرژی جسمانی یا بهزیستی بالا همراه است و بر عکس، ارزیابی بالای درد و رنج خویش، وابستگی به دارو و درمان پزشکی و بیکاری با بهزیستی پایین همراه است. به جز بیکاری، بقیه شاخص‌های راه‌یافته به مدل رگرسیونی که توان پیش‌بینی داشته‌اند، جنبه ذهنی دارند؛ یعنی دربرگیرنده ادراکات فرد از وضعیت خود هستند. این شاخص‌ها توانسته‌اند شاخص‌های عینی دیگر مثل درآمد و سطح امکانات زندگی را از مدل پیش‌بینی خارج نمایند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، سلامت روان‌شناختی، شادکامی

۱- این مقاله مستخرج از بخشی از پایان نامه ایچنتس تحت عنوان نرس مدل بهزیستی نفس و روان‌شناختی است.

۲- دانش‌آموخته رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات Email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com

۳- استاد دانشگاه علامه طباطبائی.

۴- استاد دانشگاه علامه طباطبائی.

۵- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

مقدمه

بهزیستی ذهنی^۱ (SWB) نوعی شادکامی است که تحت تأثیر ادراک و قضاوت فرد نسبت به زندگی خویش قرار دارد (دینر^۲، ۱۹۹۸). تحقیقات مربوط به بهزیستی، به طور سنتی متمرکز بر چه کسی، چه چیزی^۳ و چگونه^۴ است؛ یعنی چه کسی خوشبخت است، چه چیزی آدم را خوشبخت می کند و اجزاء متفاوت خوشبختی چگونه با یکدیگر ارتباط پیدا می کنند (دینر و تاو^۵، ۲۰۰۶). اگر در گذشته مراقبت‌های ضعیف پزشکی -- بهداشتی و فقدان امکانات اولیه زندگی، زمینه ناخشنودی مردم را فراهم می کرد، در حال حاضر بهزیستی افراد تحت تأثیر عوامل پیچیده‌ای قرار دارد.

در نگرش به بهزیستی، ابتدا رویکرد اقتصادی مطرح بود، اما رشد اقتصادی جوامع غربی در دهه ۱۹۶۰، نشان داد که رفاه و آسایش مادی به تنهایی نمی‌تواند تضمین کننده بهزیستی افراد باشد (کاپوپو^۶ و برنستون^۷، ۱۹۹۹). در دهه حاضر نیز به روان‌شناسی مثبت‌نگر توجه زیادی می‌شود؛ توجهی که نشان می‌دهد ثروت و رشد اقتصادی الزاماً تضمین کننده احساس خوشبختی و شادکامی افراد نیست (سلیگمن^۸، ۲۰۰۰). همین طور، راترفورد^۹ (۲۰۰۴) در گزارش برنامه توسعه انسانی سازمان ملل، با تأکید بر شاخص بهزیستی اشاره کرده که زندگی انسان و خوشبختی او فقط به رشد اقتصادی و سطح درآمد وابسته نیست.

در بین عوامل اقتصادی مؤثر بر بهزیستی، این پرسش بسیار مورد توجه بوده که آیا پول، خوشبختی می‌آورد؟ دینر (۱۹۹۸) طی یک بررسی متوجه شد که وضعیت مالی در کشورهای فقیر با رضایت از زندگی همبستگی بیشتری دارد، اما در کشورهای ثروتمند بین این دو متغیر (ثروت و رضایت از زندگی) ارتباط چندانی وجود ندارد. در کشورهای فقیر توانایی اقتصادی ضعیف باعث محدود شدن فرصت‌های ابراز وجود و برقراری روابط مناسب می‌شود. فقر ملی نه تنها ناکامی در ارضای نیازهای فیزیکی مثل غذا و مسکن را به دنبال دارد، بلکه مانع تحقق توانایی‌ها، مهارت‌ها و شایستگی‌ها نیز می‌شود. کاربونل^۸ (۲۰۰۴) نیز اهمیت مقایسه درآمد خود با درآمد گروه مرجع را بررسی کرده و به این نتیجه رسیده که حتی اگر درآمد، تأثیر ناچیزی بر بهزیستی داشته باشد، این تأثیر در مقایسه با سایر متغیرهای عینی معنادار است. کریستوفر^۹ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که افراد دارای گرایش شدید مادی‌گرایی از سلامت روان شناختی کمتری برخوردارند.

1- Subjective well-being

2- Diener

3- Tov

4- Cocioppo

5- Bernston

6- Seligman

7- Rutherford

8- Carbonell

9- Christopher

در زمینه عوامل روان‌شناختی، دینر (۱۹۹۸) دریافت که احساس خودمختاری و شایستگی، پیش‌بینی کننده خوبی برای شادکامی و سرزندگی است. از نظر ریف^۱ و سینگر^۲ (۱۹۹۸) داشتن روابط بین فردی مناسب، عملکرد روانی انسان را بهبود بخشیده و سلامتی را افزایش می‌دهد. نتایج تحقیقات ریان^۳ (۲۰۰۱) نشان داد که احساس تعلق، در بین عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی، در رأس قرار دارد. کاراستسن^۴ (۱۹۹۸) پی برد افرادی که دوستان صمیمی بیشتری دارند، بهزیستی بالاتری از خود نشان می‌دهند. مک ماهان^۵ (۲۰۰۴) نیز نتیجه گرفته است که احساس تعلق به مدرسه و داشتن روابط خوب، بهزیستی بهتری را پیش‌بینی می‌کند.

از بین عوامل جسمانی، بیماری بسیار مورد توجه قرار گرفته است. بیماری اغلب با درد و رنج همراه بوده و محدودیت‌های کارکردی و کنشی را به دنبال دارد، اما رابطه بیماری و بهزیستی پیچیده‌تر از آن است که انتظار می‌رود. بعضی افراد بیمار، بهزیستی ذهنی بالایی نشان می‌دهند و بعضی افراد که بهزیستی پایینی دارند، هیچ نشانه‌ای از بیماری ندارند. واترمن^۶ (۱۹۹۳) دریافت هنگامی که سلامتی افراد توسط دیگران (مثلاً پزشکان) ارزیابی می‌شود، این همبستگی به شدت کاهش می‌یابد. بنابراین، تفسیر وضعیت سلامتی نقش مهمی در بهزیستی ذهنی دارد. ریان (۲۰۰۱) نشان داد عادت‌هایی که برای سلامتی مضر هستند، مانند خوردن غذاهای پرچرب و مصرف سیگار، شادکامی ذهنی^۷ را کاهش می‌دهند.

از بین عوامل جمعیت‌شناختی، تحول بهزیستی در خلال زندگی بیشتر مورد توجه بوده است. نتایج پژوهش‌هایی که در خصوص بهزیستی ذهنی و افزایش سن انجام شده، حکایت از آن دارد که نظریه‌های اولیه در مورد کاهش بهزیستی به هنگام پیری صحت ندارد. دینر و لوکاس^۸ (۲۰۰۰) اشاره می‌کنند که احساسات و عواطف مثبت با افزایش سن کاهش می‌یابد، ولی رضایت از زندگی و احساسات منفی با افزایش سن تغییر نمی‌کنند. بلانچ فلور^۹ و اسوالد^{۱۰} (۲۰۰۴) اشاره دارند که بهزیستی در طول عمر فرایندی نا شکل دارد و در حدود ۴۰ سالگی به حداقل خود می‌رسد. علاوه بر این، بهزیستی بالاتر در بین زنان، افراد متأهل، تحصیل کرده و والدین بدون طلاق بیشتر گزارش شده است. برگمن^{۱۱} و اسکات^{۱۲} (۲۰۰۱) نیز که به دنبال تفاوت‌های جنسی و سنی بهزیستی بوده‌اند، عواملی چون ساختار خانواده، شغل پدر و درآمد را بر روی بهزیستی نوجوانان تأثیرگذار یافته‌اند.

1- Ryff

2- Singer

3- Ryan

4- Carstensen

5- McMahon

6- Waterman

7- Subjective Happiness

8- Lucas

9- Blanchflower

10- Oswald

11- Bergman

12- Scott

لیوبومیرسکی^۱ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که به طور کلی مردم احساس خوشبختی دارند. آنها خاطرات خوشایند را بیشتر به یاد می‌آورند و خاطرات منفی را فراموش می‌کنند. بر اساس نظریه نقطه تنظیم^۲ (فوجیتا^۳ و دینر، ۲۰۰۵) نیز افراد ابتدا به وقایع واکنش نشان می‌دهند، ولی سپس در طول زمان به سطح پایه بهزیستی برمی‌گردند، اما تأثیر بعضی از وقایع مثل بیکاری بر بهزیستی بسیار قوی و پایدار است، چنان که لوکاس و همکاران (۲۰۰۴) در یک مطالعه طولی ۱۵ ساله نشان دادند افرادی که شغل خود را از دست داده بودند حتی اگر دوباره به استخدام در می‌آمدند، کاملاً به سطح پایه رضایت از زندگی خویش بازمی‌گشتند.

همان‌گونه که اشاره شد، تاکنون تحقیقات بسیاری در خصوص ماهیت بهزیستی و عوامل تأثیرگذار بر آن صورت گرفته است. با این وجود، در کمتر پژوهشی هم‌زمان به بررسی نقش تعیین‌کننده‌های بهزیستی پرداخته شده است. مسئله پژوهش حاضر این است که از مجموع عوامل اقتصادی - جمعیت‌شناختی (مثل سن، جنس، درآمد و امکانات زندگی) و عوامل جسمانی - روان‌شناختی (مثل سلامت و استقلال جسمانی و روابط اجتماعی) کدام یک پیش‌بینی‌کننده مناسب‌تری برای بهزیستی ذهنی هستند. از طرف دیگر، در پژوهش‌های قبلی روشن نشده که کدام یک از شاخص‌های عینی یا ذهنی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده بهتری برای بهزیستی باشند. بررسی و ارزیابی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی شاخص‌های عینی (مثل ابتلا به بیماری، سطح درآمد، میزان هزینه‌های زندگی و سطح امکانات مادی) در مقابل شاخص‌های ذهنی (مثل میزان رضایت از توان اقتصادی و رضایت از سلامت جسمانی) یکی دیگر از اهداف این پژوهش محسوب می‌شود.

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه مورد بررسی

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ساکنان ایرانی بالای ۱۵ سال شهر قم است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول و مشخصات زیر استفاده شده است. دلیل استفاده از این فرمول کفی بودن متغیر مورد نظر (بهزیستی ذهنی) و

$$n \geq \frac{z^2 \delta^2}{d^2} \quad \text{بزرگ بودن جامعه آماری (N) است. در این فرمول:}$$

ضریب اطمینان معادل ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) در نظر گرفته شده است، بنابراین $Z = 1.96$ است.

به دلیل عدم اطلاع از واریانس جامعه از واریانس آزمون مقدماتی استفاده شده که برابر $\delta^2 = 0.82$

می‌شود.

1- Lyubomirsky

2- Set-point

3- Fujita

مقیاس بهزیستی ذهنی از ۱۲ سؤال پنج‌گزینه‌ای ساخته شده که هر سؤال آن حداقل ۱ و حداکثر ۵ امتیاز خواهد داشت. لذا حداقل نمره مقیاس برابر ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. از این رو، میانگین نظری توزیع $24 = 12/2 - 60$ می‌شود. چنانچه بنا باشد با ۱ نمره اختلاف میانگین جامعه برآورد شود، $1 = \sigma^2$ در نظر گرفته می‌شود. چنانچه مقادیر فوق در فرمول جای‌گزین شوند، مقدار n برابر است با:

$$n \geq \frac{(1/96)^2 (78.82)}{1^2} = 30.2/67 \cong 30.3$$

بدین‌سان حداقل حجم نمونه لازم برای تعمیم نتایج به جامعه آماری با احتمال ۹۵ درصد ۳۰۵ شهروند می‌شود. برای نمونه‌گیری از روش تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد. به این معنا که ابتدا از ۳۵ حوزه شهر قم به نسبت تعداد خانوار هر حوزه، نمونه لازم تعیین شد. در مرحله بعد با استفاده از نقشه‌های بلوک‌بندی شده، از هر حوزه تعدادی بلوک انتخاب شد. ملاک انتخاب تعداد بلوک‌ها، حجم نمونه لازم از هر حوزه بود. در مرحله آخر کد پستی منازل، چارچوب نمونه‌گیری را تشکیل می‌داد. پس از تعیین آدرس‌ها، پرسشگران در جلسه‌ای توجیهی آموزش دیده و با مراجعه به منازل با آنها کردند. مبنای انتخاب آزمودنی‌ها از منازل نیز دو متغیر سن و جنس بود. یعنی بر اساس آمار جمعیتی سال ۱۳۷۵، به تفکیک جنس و گروه‌های سنی از هر خانوار یک نفر مورد مصاحبه قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش، برای سنجش بهزیستی ذهنی از آزمون دینر استفاده شده که متشکل از سه مؤلفه احساسات منفی^۱، احساسات مثبت^۲ و رضایت از زندگی^۳ است. به دست آوردن نمره بالا در این سه خرده‌مقیاس به معنای احساسات منفی (اضطراب و افسردگی) کمتر، برخورداری از عواطف مثبت (شادی و خشنودی) و رضامندی بیشتر از زندگی است.

اواشی^۴ و همکاران (۲۰۰۴) روایی^۴ بالایی را برای مقیاس بهزیستی ذهنی نشان داده‌اند. دینر، مل^۵ و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کرده‌اند که تفاوت بین فرهنگ‌ها در SWB، به ابزار وابسته نیستند. دینر و تاو (۲۰۰۶) نیز در خصوص شواهد همگرایی مربوط به روایی بهزیستی گزارش کرده‌اند که سطح بهزیستی افراد با اندازه‌های زیست‌شناختی، گزارش‌های به دست آمده از سایرین (دوستان و خانواده)، داده‌های حاصل از مصاحبه و سؤالات باز-پاسخ و با رفتار فرد همبستگی نشان می‌دهد. اید^۶ و دینر (۲۰۰۴) نیز همبستگی خوبی بین SWB و مقیاس‌های عزت نفس، خوش‌بینی و خودکارآمدی به

- 1- Negative feelings
- 2- Positive feelings
- 3- Oishi
- 4- Validity
- 5- Diener M.L
- 6- Eid

دست آورده‌اند. همچنین، اندازه‌های SWB اعتبار^۱ خوبی حتی در خلال چندین سال نشان داده‌اند (پاوت^۲ و دینر، ۱۹۹۳). دینر و همکاران (۱۹۹۸)، در پژوهش‌های متعدد ضریب اعتبار مقیاس بهزیستی ذهنی را که از طریق روش بازآزمایی^۳ محاسبه شده، پس از ۲ هفته تا ۲ ماه حداقل ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب اعتبار خرده‌مقیاس‌های بهزیستی ذهنی از ۰/۸۲ تا ۰/۸۴۵ متغیر بود (جدول ۱). برای سنجش عوامل جسمانی - روان‌شناختی، از سه خرده‌مقیاس پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۴ (۱۹۹۹) استفاده شده است:

سلامت جسمانی^۵ که خود شامل سه شاخص درد^۶، انرژی^۷ و خواب^۸ است. کسانی که در این سه شاخص نمره بالایی به دست می‌آورند درد کمتر، انرژی بیشتر و خواب خوبی دارند. به متغیر سلامت جسمانی یک سؤال مستقیم و عینی افزوده شد تا به واسطه آن ابتلا یا عدم ابتلای فرد به بیماری نیز مشخص گردد.

سطح استقلال^۹ دارای چهار شاخص تحرک^{۱۰}، فعالیت‌های روزمره^{۱۱}، وابستگی به دارو و درمان پزشکی^{۱۲} و ظرفیت کاری^{۱۳} است. به دست آوردن نمره بالا در این چهار شاخص به معنای قدرت تحرک بیشتر، توان مناسب برای انجام فعالیت‌های روزمره، عدم وابستگی به دارو و ظرفیت کاری بالاست.

روابط اجتماعی^{۱۴} متشکل از سه شاخص روابط شخصی^{۱۵}، حمایت اجتماعی^{۱۶} و فعالیت جنسی^{۱۷} است. نمره بالا در این سه شاخص نشانگر روابط شخصی مناسب، حمایت اجتماعی بیشتر و نبود مشکل در روابط جنسی است.

در میان عوامل اقتصادی شاخص‌های عینی میزان درآمد، هزینه ماهیانه، سطح امکانات زندگی و نوع شغل مورد توجه قرار گرفت و در بُعد ذهنی نیز از شاخص منابع مالی^{۱۸} پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) استفاده شد که در آن، فرد به ارزیابی میزان رضایت از موقعیت اقتصادی

- 1- Reliability
- 2- Pavot
- 3- Test-Retest
- 4- World Health Organization
- 5- Physical health
- 6- Pain
- 7- Energy
- 8- Sleep
- 9- Independent Level
- 10- Mobility
- 11- Daily activity
- 12- Drug dependent
- 13- Work potential
- 14- Social relationship
- 15- Personal relations
- 16- Social support
- 17- Sexual activity
- 18- Finance resource

خوبش می‌پردازد. از این عوامل جمعیت‌شناختی نیز متغیرهای سن، وضعیت تأهل، جنسیت، تحصیلات و نوع فعالیت (شاغل، بیکار و از کار افتاده) مورد سؤال قرار گرفته‌اند.

ویژگی‌های روان‌سنجی^۱ پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) در مراکز مختلف مورد بررسی قرار گرفته و روایی تفکیکی^۲، روایی محتوا^۳ و اعتبار بازآزمایی^۴ خوبی را برای آن گزارش کرده‌اند. خرده‌مقیاس‌های این آزمون نیز به مانند کل پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردارند، به گونه‌ای که اعتبار درونی خرده‌مقیاس‌ها بر اساس روش آلفای کرونباخ از ۰/۷۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۹).

در جدول ۱، ضرایب اعتبار به دست آمده برای این خرده‌مقیاس‌ها درج شده است. در این جدول، فقط ضرایب اعتبار مقیاس‌های کمی و فاصله‌ای آمده است. سایر متغیرها تک‌آیتمی و از نوع متغیرهای گسسته و کیفی هستند. لذا محاسبه ضرایب اعتبار برای آنها مناسبی ندارد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، همه خرده‌مقیاس‌ها پس از اصلاح سوالات ضرایب اعتبار بالا و قابل قبولی (۰/۷۵ > r) دارند، به خصوص این‌که هر خرده‌مقیاس فقط از چهار سؤال (گویه) تشکیل شده است. از آن جهت که اعتبار مقیاس تحت تأثیر طول آزمون و تعداد سوالات قرار دارد، لذا با این تعداد کم سوالات، ضرایب به دست آمده اعتبار و همسانی درونی خوبی را نشان می‌دهد.



- 1- Psychometric
- 2- Discriminant validity
- 3- Content validity
- 4- Test-Retest reliability

جدول ۱ - عوامل، شاخص‌ها و ضرایب اعتبار مقیاس‌ها

متغیرها	مقیاس‌ها	شاخص‌ها	آلفای کرونباخ	آلفای اصلاح شده	
بهبود ملای	بهزیستی ذهنی	عواطف مثبت	۰/۸۲	۰/۸۲	
		عواطف منفی	۰/۸۴/۵	۰/۸۴/۵	
		رضایت از زندگی	۰/۷۸	۰/۷۸	
عوامل جسمانی - روان‌شناختی	سلامت جسمانی	درد و رنج	۰/۷۳/۵	۰/۷۸	
		انرژی و خستگی	۰/۷۶	۰/۷۶	
		خواب و استراحت	۰/۷۹	۰/۷۹	
	سطح استقلال	ابتلا به بیماری	-	-	-
		تحرک	۰/۷۸	۰/۸۲	
		فعالیت‌های روزمره	۰/۷۰	۰/۷۶	
		وابستگی به داروها و کمک‌های پزشکی	۰/۷۶	۰/۸۰	
	روابط اجتماعی	روابط اجتماعی	ظرفیت کاری	۰/۷۳/۵	۰/۷۶
			روابط شخصی	۰/۸۸	۰/۸۸
			حمایت اجتماعی	۰/۸۲/۶	۸۲/۶
عوامل اقتصادی - جمعیت‌شناختی	اقتصادی	فعالیت جنسی	۰/۸۳	۰/۸۳	
		منابع مالی	۰/۸۳	۰/۸۳	
		نوع شغل	-	-	
	جمعیت‌شناختی	جمعیت‌شناختی	درآمد	-	-
امکانات زندگی			-	-	
سن			-	-	
جنس			-	-	
		وضعیت تاهل	-	-	
		تحصیلات	-	-	
		نوع فعالیت	-	-	

تحلیل داده‌ها

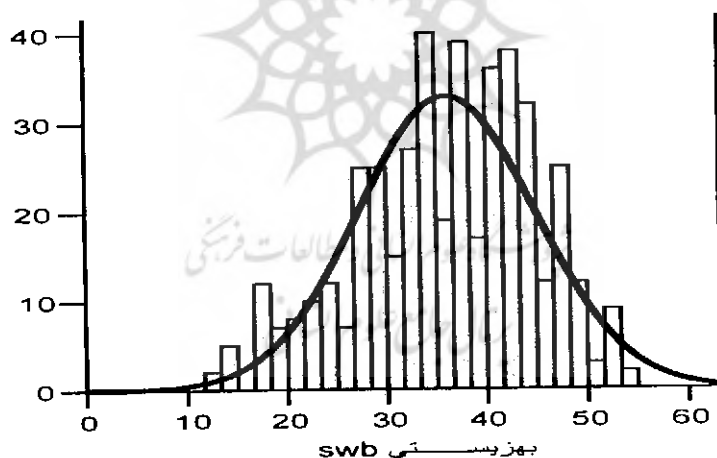
اولین سؤال این مبحث به انتخاب متغیرها برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی مربوط می‌شود. تعداد متغیرهایی که می‌توان برای این منظور به کار برد عملاً بسیار زیاد است، اما هدف، انتخاب مجموعه دقیق‌تری از متغیرهای مستقل است که قابلیت وارد شدن به مدل رگرسیونی را داشته و قبل از اجرای رگرسیون چندگانه بتوان آنها را به شکل مناسبی تغییر داد.

در ابتدا، ارتباط ۲۰ متغیر پیش‌بین با نمره کلی بهزیستی بررسی گردید. برای محاسبه همبستگی ۱۲ متغیر پیوسته از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد ($\alpha=0.05$). از آزمون χ^2 نیز برای بررسی ارتباط ۸

متغیر گسسته با نمره کلی بهزیستی استفاده گردید که افراد در این آزمون بر اساس نمره بهزیستی به سه گروه بالا، متوسط و پایین دسته‌بندی شدند. از بین متغیرهای موجود، ۱۷ متغیر با بهزیستی رابطه معنادار نشان دادند ($\alpha = .05$). بعد از این مرحله مقدماتی، فقط ۳ متغیر جنس، سن و نوع شغل از تحلیل رگرسیون حذف شدند. همچنین متغیرهای گسسته و اسمی به گونه‌ای تغییر داده شدند که برای تحلیل رگرسیون چند متغیری مناسب باشند. مثلاً متغیر وضع فعالیت با استفاده از روش کدگذاری ساختگی^۱ به متغیرهای ساختگی شاغل بودن، بیکار بودن و... تبدیل شدند.

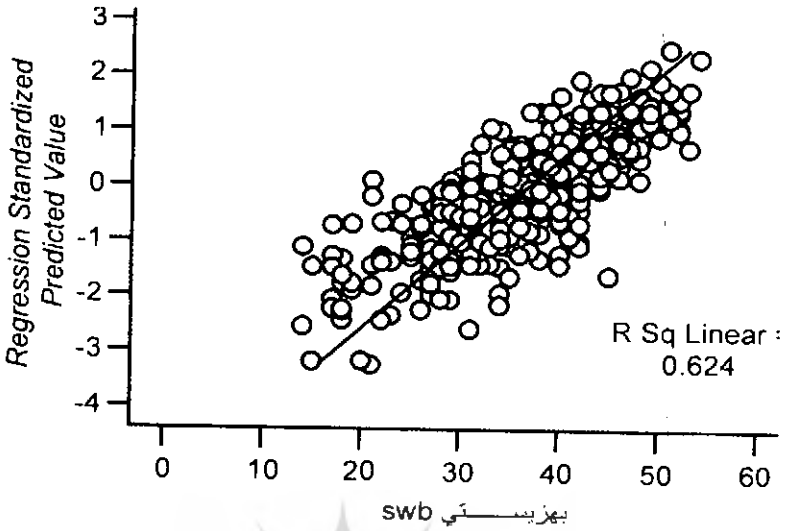
یافته‌ها

نمودار ۱، نشانگر نمرات بهزیستی افراد با توزیعی تقریباً نرمال و کجی منفی پایین ($-/۳۸$) است. نمرات افراد در بهزیستی ذهنی بین ۱۲ تا ۵۵ با میانگین $۳۶/۰۴$ و انحراف استاندارد $۸/۸۹$ متغیر است. نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای نیز نشان داد که تفاوت میانگین نمرات بهزیستی شهروندان با میانگین نظری توزیع ($\mu = ۲۴$) معنادار است، لذا سطح بهزیستی شهروندان بالاتر از متوسط قرار دارد. در مرحله بعد، از تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد تا مشخص گردد کدامیک از مجموعه متغیرهای مستقل، بیش‌بینی‌کننده بهتری برای بهزیستی ذهنی هستند.



نمودار ۱: توزیع نمرات بهزیستی شهروندان

نمودار ۲ خط رگرسیون مقادیر پیش‌بینی‌های استاندارد شده را برای متغیر وابسته بهزیستی نشان می‌دهد. ضریب خطی $R Sq$ برابر $.۶۲۴$ است که نشانگر تناسب خوب نقاط در امتداد خط ترسیمی است. نمودار ۲ در واقع تبیین‌کننده تأثیر همزمان متغیرهای مستقل در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی است.



نمودار ۲: شیب رگرسیون برای پیش‌بینی بهزیستی

جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره به روش گام‌به‌گام را برای مشخص کردن این که کدامیک از متغیرهای مورد بررسی به مدل راه یافته‌اند، نشان می‌دهد. همچنین میزان قدرت هر یک از تعیین کننده‌ها بر روی بهزیستی ذهنی آزمون شده است.

جدول ۲- تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام (متغیر وابسته: بهزیستی ذهنی)

Sig	T	استاندارد نشده		متغیرها
		استاندارد شده	خطای معیار	
۰/۰۰۰۱	۷/۷۹	۰/۳۹۴	۰/۱۵۶	روابط شخصی
۰/۰۰۵	-۲/۸۱	-۰/۱۵۴	۰/۱۳۲	ترد و رنج
۰/۰۰۰۱	۵/۲۱۳	۰/۲۵۳	۰/۱۰۱	منابع مالی
۰/۰۰۲	-۳/۲۲۶	-۰/۱۶۸	۰/۱۲۴	وابستگی به دارو و درمان
۰/۰۱۲	-۲/۵۳۰	-۰/۱۱۱	۰/۴۱۶	بیکاری
۰/۰۱۹	۲/۲۶۱	۰/۱۴۵	۰/۱۵۴	انرژی
۰/۰۰۰۱	۴/۲۴۹	-	۳/۳۹۵	مقدار ثابت
معناداری F		مقدار F		ضریب تعیین
۰/۰۰۰۱		۵۳/۸۱۰		۰/۷۸۸

در جدول ۲، فقط متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مؤثر درج شده که به ترتیب وارد مدل گردیده‌اند. روابط شخصی اولین عاملی است که وارد مدل رگرسیونی شده است. این عامل به همراه پنج متغیر دیگر (درد و رنج، منابع مالی، وابستگی به دارو و درمان، بیکاری و انرژی) در مجموع ۶۲ درصد نمرهٔ بهزیستی افراد را تبیین می‌کند. مقدار $F=53/81$ و سطح معناداری $sig = 0/0001$ نشانگر تأیید آزمون خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک است. نتایج آزمون T نیز بیانگر معنادار بودن رابطهٔ متغیرهای واردشده به مدل رگرسیونی با بهزیستی ذهنی است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که از بین عوامل مورد بررسی، شش متغیر روابط شخصی، درد و رنج، منابع مالی، وابستگی به دارو و درمان، بیکاری و انرژی بر بهزیستی ذهنی تأثیرگذارتر هستند. منفی بودن ضریب بتای متغیرهای درد و رنج، وابستگی به دارو و درمان و بیکاری نشانگر رابطه معکوس این عوامل با بهزیستی است. بدین معنا که درد و رنج، وابستگی به دارو و درمان و نیز بیکاری با بهزیستی پایین همراه است؛ نیز، داشتن روابط شخصی مناسب، رضایت از منابع مالی و برخورداری از انرژی و توان زندگی، بهزیستی بهتری را پیش‌بینی می‌کند.

روابط شخصی مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر بهزیستی ذهنی است. این متغیر از جمله شاخص‌های روابط اجتماعی است که توانسته به عنوان اولین عامل وارد مدل رگرسیونی شود. این موضوع نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، احساس تعلق و روابط بین فردی مناسب در شکل‌گیری بهزیستی و بهبود کیفیت زندگی اهمیت بسیار زیادی دارد. بر اساس چنین دیدگاهی می‌توان انتظار داشت که همبستگی بالایی بین کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی افراد وجود داشته باشد. این یافته، دقیقاً با نتایج تحقیقات ریان (۲۰۰۱) مطابق است که اشاره کرده روابط بین شخصی و احساس تعلق در بین عوامل تأثیرگذار بر سعادت و بهزیستی، در رأس قرار دارد. همچنین نتیجهٔ اخیر با نتایج بسیاری دیگر از پژوهش‌ها تطابق دارد؛ از جمله براساس یافته‌های دینر (۱۹۹۸) احساس تعلق به خانواده، گروه یا جامعه با سرزندگی و شادکامی بیشتر همراه است. کاراستسن (۱۹۹۸) پی برد افرادی که دوستان صمیمی بیشتری دارند و یا روابط آنها از کیفیت بسیار بالایی برخوردار است، بهزیستی بالاتری از خود نشان می‌دهند. اهمیت این عامل در بهزیستی به حدی است که ریف و سینگر (۱۹۹۸) آن را یکی از عناصر اصلی بهزیستی دانسته و این‌گونه روابط مثبت را برای رشد و کمال انسان ضروری می‌دانند. مک ماهان (۲۰۰۴) نیز عوامل ارتباطی و بین فردی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی در نوجوانان مورد توجه قرار داده و نتیجه گرفته است که داشتن مدل نقش، احساس تعلق به مدرسه، داشتن روابط خوب و اعتقادات مذهبی بهزیستی بهتری را پیش‌بینی می‌کند.

از بین عوامل اقتصادی، برخورداری از منابع مالی (مقیاسی که در آن آزمودنی به قضاوت در مورد توان مالی خود می‌پردازد) نیز توانسته سایر متغیرهای اقتصادی مثل درآمد و سطح امکانات زندگی را

که شاخص‌های عینی‌تری هستند، از مدل رگرسیونی خارج نماید. این موضوع نشان می‌دهد که رضایت آزمودنی از وضع اقتصادی خود پیش‌بینی‌کننده دقیق‌تری برای بهزیستی وی است. این یافته با گزارش‌های دینر (۱۹۹۸)، کاربونل (۲۰۰۴)، کریستوفر و همکاران (۲۰۰۴) مطابق است که معتقدند رابطه ثروت و درآمد با بهزیستی، یک رابطه ساده و خطی نیست و عوامل زیادی می‌توانند این رابطه را تحت تأثیر قرار دهند.

براساس نظر دینر (۱۹۹۸)، درآمد و بهزیستی در کشورهای فقیر همبستگی بیشتری با یکدیگر دارند تا در کشورهای ثروتمند. زیرا در کشورهای فقیر توانایی اقتصادی ضعیف باعث محدود شدن فرصت‌های ابراز وجود و برقراری روابط مناسب می‌شود. فقر نه تنها ناکامی در ارضای نیازهای فیزیکی مثل غذا و مسکن را به دنبال دارد، بلکه مانع تحقق توانایی‌ها، مهارت‌ها و شایستگی‌ها و نیز پیگیری اهداف و علائق ذاتی می‌شود. کاربونل (۲۰۰۴) نیز رابطه درآمد و بهزیستی را تحت تأثیر یک شاخص ذهنی دیگر یعنی مقایسه اجتماعی می‌داند. به نظر وی هر چقدر درآمد شخص نسبت به گروه مرجع بیشتر باشد، احساس شادکامی وی نیز بیشتر خواهد بود. البته اثرات این مقایسه نامتقارن است؛ یعنی گروه فقیر به دلیل مقایسه اجتماعی احساس منفی بیشتری دارد، اما گروه غنی احساس خوشحالی بیشتری نمی‌کند، زیرا آنان نیز خود را با گروه بالاتر مقایسه می‌کنند. کریستوفر و همکاران (۲۰۰۴) نیز معتقدند که گرایش به مادیات و نه صرفاً درآمد اقتصادی نقش مهمی در بهزیستی دارد. از نظر آنها افراد دارای گرایش شدید مادی‌گرایی از سلامت روان‌شناختی و بهزیستی کمتر، اما اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردارند.

دو مقیاس درد و رنج و انرژی شاخص‌هایی هستند که از بین متغیرهای سلامت جسمانی به مدل رگرسیونی راه یافته‌اند. همچنین باید به عامل وابستگی به دارو و درمان پزشکی اشاره کرد که تأثیر قوی‌تر خود را از بین شاخص‌های سطح استقلال نشان داده است. در این شاخص نیز فرد خود به ارزیابی میزان وابستگی‌اش نسبت به دارو و درمان‌های پزشکی می‌پردازد. این در حالی است که در بین متغیرهای مورد بررسی یک شاخص عینی و مهم تحت عنوان ابتلا به بیماری وجود دارد که نتوانسته به مدل رگرسیونی راه یابد. این موضوع، تأثیر بیماری را بر بهزیستی فرد انکار نمی‌کند، بلکه نشانگر وجود شاخص‌های مهم‌تری چون برآورد میزان درد و رنج و انرژی توسط آزمودنی‌هاست. این یافته مطابق با نظر واترمن (۱۹۹۳) است که دریافت بعضی افراد که به لحاظ عینی سلامتی خوبی ندارند، بهزیستی ذهنی بالایی نشان می‌دهند و بر عکس، بعضی از افراد که دارای بهزیستی پایین هستند هیچ نشانه‌ای از بیماری ندارند. از نظر وی هنگامی که سلامتی افراد توسط دیگران (مثلاً پزشکان) ارزیابی می‌شود، همبستگی بین ابتلا به بیماری و بهزیستی به شدت کاهش می‌یابد. بنابراین، تفسیر وضعیت سلامتی توسط خود فرد نقش مهمی در بهزیستی ذهنی وی دارد.

در نهایت نمی‌توان اثر وقایع زندگی چون بیکاری را نادیده گرفت. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، بیکاری پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای بهزیستی ذهنی است، لذا صرف نظر از تأثیرات جزئی متغیرهایی چون سن، جنس، وضع تأهل و تحصیلات می‌توان استنباط کرد که وضع فعالیت افراد به خصوص بیکاری آنها رابطه قوی‌تری با بهزیستی دارد. همسو با نتایج پژوهش لوکاس و همکاران

(۲۰۰۴)، می‌توان گفت که افراد به سادگی نمی‌توانند با بیکاری و از دست دادن شغل سازگار شوند. افراد بیکار یا افرادی که شغل خود را از دست داده‌اند، کاملاً نمی‌توانند به سطح پایه رضایت از زندگی خویش باز گردند.

پیشنهادها

براساس نتایج پژوهش مشخص شد که:

- شاخص‌های ذهنی در مقایسه با شاخص‌های عینی پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای بهزیستی هستند. مقایسه میزان تأثیرگذاری شاخص‌های عینی و ذهنی بر بهزیستی می‌تواند شناخت جدیدی را ارائه نماید.

- روابط اجتماعی خوب، با بهزیستی بالا همراه است. با توجه به وضعیت کنونی جامعه، ضروری است که در پژوهشی جداگانه به بررسی وضعیت روابط اجتماعی و تأثیر آن بر بهزیستی افراد پرداخته شود. - تأثیر عوامل اقتصادی بر بهزیستی بیشتر به شاخص‌های ذهنی بستگی دارد، لذا بررسی تأثیر شاخص‌های ذهنی مثل گرایش‌های مادی‌گرایانه، سطح انتظارات زندگی و فرایند مقایسه اجتماعی بر بهزیستی افراد مسئله‌ای جالب برای پژوهش‌های آتی خواهد بود.

- احساس درد و رنج، کاهش انرژی و عدم استقلال جسمانی (وابستگی به دارو و درمان پزشکی) با کاهش بهزیستی همراه هستند. این سه متغیر نیز ادراک فرد از سلامت جسمانی خود را ارزیابی می‌کنند. بنابراین بررسی عوامل مؤثر بر ادراک فرد از وضعیت جسمانی خود جالب توجه خواهد بود.

- بیکاری یکی از مسائل عمده اجتماعی کشور است که همراه با فقدان پوشش بیمه فراگیر می‌تواند فشار اقتصادی شدیدی را به همراه داشته باشد. بیکاری می‌تواند بر سایر جنبه‌های زندگی فرد نیز مثل روابط بین شخصی، موقعیت اجتماعی و حتی احساس ارزشمندی و عزت نفس تأثیرگذار باشد. لذا نیاز است که مطالعات بیشتری به منظور بررسی نقش بیکاری بر بهزیستی افراد جامعه صورت پذیرد.

باید یادآور شد که مجموع این متغیرها با یکدیگر، چنین توان پیش‌بینی‌ای را به دست می‌دهد، در غیر این صورت تأثیر هر یک از این عوامل به تنهایی متفاوت خواهد بود. اثر هر یک از این عوامل را می‌توان در پژوهش‌های جداگانه و با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی کشورمان بررسی کرد. بهزیستی در چارچوب فرهنگی یک جامعه معنا پیدا می‌کند. بنابراین، ضروری است تا به صورتی جامع معنای بهزیستی و شیوه‌های سنجش آن در کشور مورد بررسی قرار گیرد.

در نهایت، گرچه پژوهش‌هایی از این دست بنیادی محسوب می‌شوند، اما نتایج آن برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و تربیتی، بینش مناسبی را به دست می‌دهد. این موضوع ضمن نمایان ساختن اهمیت مداخلات اجتماعی و روان‌شناختی در ارتقاء سطح بهزیستی شهروندان، می‌تواند مسیر جالبی برای پژوهش‌های بعدی در این زمینه باشد.

محدودیت‌ها

اجرای پژوهشی در این حد در جامعه ما با دشواری‌ها و پیچیدگی‌های متعددی روبه‌رو است. تنگنای اقتصادی و ضعف امکانات مادی از یک‌سو و مقاومت پاسخگویان و عدم همکاری آنان از سوی دیگر، به خصوص در افرادی که از شرایط موجود ناراضی‌اند و یا هنگامی که احساس می‌کنند از زندگی خصوصی آنان سؤال می‌شود، جزء مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق به شمار می‌آید. همچنین، نبود پرسش‌نامه‌ها و آزمون‌های استاندارد شده باعث می‌شود که وقت و هزینه بسیاری صرف تهیه آزمون و ساخت مقیاس‌ها شود. در هر حال، علی‌رغم تمام کاستی‌ها و محدودیت‌های موجود تلاش شد تا پژوهشی تازه، دقیق و معتبر برای پرداختن به موضوعی که یکی از مشغله‌های ذهنی انسان امروزی است به اجرا گذاشته شود.



منابع:

لاتین

- Bergman, M M., Scott, J. (2001). **Young Adolescents' Well-being and Health-Risk Behaviours: Gender and Socio-economic Differences**. Journal of Adolescence, 24.
- Blanchflower, D.G., Oswald, A J., (2004). **Well-being over Time in Britain and the USA**. Journal of Public Economics. 88 .1359- 1386
- Carbonell, A.F., (2004). **Income and Well-being: An Empirical Analysis of the Comparison Income Effect**. Journal of Public Economics 88.
- Carstensen, LL.,(1998). **A Life-span Approach to Social Motivation**. New York: Combridge Univ.perss.
- Christopher. A N, Kuo.S.V, Abraham. K.M, Noel. L.W, Linz. H E (2004). **Materialism and Affective Well-being: the Role of Social Support** .Personality and Individual Differences: 37. 463-470.
- Cocioppo, L., Bernston, GG.,(1999). **The Affect System: Architecture and Operating Characteristics**.Curr.Dir.Psychol.Sci.8.
- Diener, E., (1998). **Subjective Well-being is Essential to Well-being**. Psychol. Inq.9.
- Diener. E., Lucas, RE.,(2000). **Subjective Emotional Well- being**. New York: Guildford.
- Diener, E., & Tov, W. (2005). **National Subjective Well-being Indices: An Assessment**. In K. C. Land (Ed.), Encyclopedia of Social Indicators and Quality-of-Life Studies. New York: Springer.
- Diener, E., & Tov, W. (2006). **Culture and Subjective Well-being**. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), Handbook of Cultural Psychology. New York: Guilford.
- Diener, M.L., Fujita, F., Kim-Prieto, C., & Diener. E. (2004). **Culture and Emotional Experience**. Journal of Cross-Cultural Psychology, 35. 525-547.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). **Global Judgments of Subjective Well-being: Situational Variability and Long-term Stability**. Social Indicators Research,65,245-277.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). **Life Satisfaction Set-point: Stability and Change**. Journal of Personality and Social Psychology, 88, 158-164.

- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, S., & Diener, E. (2004). **Unemployment Alters the Set-point for Life Satisfaction**. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). **The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?** *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- McMahon, S.D., (2004). **Taking Advantage of Opportunities: Community Involvement, Well-being, and Urban Youth**. *Journal of Adolescence Health*, 34
- Oishi, S., Diener, E., Scollon, C. N., & Biswas-Diener, R. (2004). **Cross-Situational Consistency of Affective Experiences Across Cultures**. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 460-472.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). **Review of the Satisfaction With Life Scale**. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Rutherford, D., (2004). **Routledge Dictionary of Economics, Second Ed. (London: Routledge)**.
- Ryan, R. M., (2001). **On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-being**. *Annual Review of Psychology*.
- Ryff, CD., Singer, B., (1998). **The Contours of Positive Human Health**. *Psychol. Inq.* 9.
- Seligman, M., (2000). **Positive Psychology: An Introduction**. *Am. Psychol.* 55.
- Waterman, AS., (1993). **Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness and Hedonic Enjoyment**, *J. Pers. Soc. Psychol.* 64.
- World Health Organization., (1999). **An Annotated Bibliography of the Who Quality of Life Assessment Instrument**. Department of Mental Health.