

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره بیست‌وششم - زمستان ۱۳۸۴
صص ۶۲-۳۷

مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی دبیران زن و زنان خانه‌دار شهرستان بشرویه

اعظم نوربخش^۱ - سید حمید آتش‌پور^۲

پروفسور محترم
حسین مولوی^۳ آفات فرخی

رتال جامع علوم انسانی

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی دبیران زن دوره متوسطه و زنان خانه‌دار و همچنین بررسی رابطه سبک زندگی و سلامت روانی با شادکامی است. بدین منظور ۵۰ زن معلم و ۵۰ زن خانه‌دار به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه سبک زندگی، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه شادکامی آکسفورد بین آنها توزیع گردید. به منظور محاسبه ضریب پایایی هر یک از پرسشنامه‌ها ضریب آلفای کرونباخ آنها تعیین شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سبک زندگی ۰/۷۹ و برای پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۸۶ و برای پرسشنامه شادکامی ۰/۹۳ محاسبه گردید.

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی
۲- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان
۳- عضو هیأت علمی و اسناد دانشگاه اصفهان

هدف کلی فرضیه پژوهش بر این اساس بود که بین دو گروه آزمودنی با توجه به متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس بین دو گروه زنان معلم و خانه‌دار فقط در زمینه شادکامی ($F = 5/47, \tau = 0/056, p = 0/02$) معناکه میزان شادکامی زنان خانه‌دار بیش از شادکامی معلمان بود، اما در مورد سبک زندگی و سلامت روانی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین بین اضطراب و شادکامی دو گروه رابطه وجود دارد ($p = 0/02$)، همچنین بین افسردگی و شادکامی دو گروه نیز رابطه معناداری وجود دارد ($F = 4/96, \tau = 0/051, p = 0/006$)، اما رابطه نشانه‌های بدنی و اختلال در عملکرد اجتماعی با شادکامی دو گروه معنادار نبود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین نمرات سبک زندگی با سلامت روانی دو گروه رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، بین سلامت روانی و میزان شادکامی دو گروه رابطه منفی معناداری وجود دارد ($\tau = 0/048, P < 0/01$)، بین نمرات سبک زندگی با شادکامی دو گروه رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($\tau = 0/062, P < 0/01$). نتیجه کلی پژوهش نشان می‌دهد که میزان شادکامی زنان خانه‌دار بیش از معلمان است و با بهبود سبک زندگی افراد، میزان شادکامی و سلامت روانی آنها افزایش می‌یابد.

کلید واژه‌ها: سبک زندگی، سلامت روانی، شادکامی، معلمان، زنان خانه‌دار.

مقدمه

شادکامی موهبت بزرگی است که باید آن را جست‌وجو کرد، یافت و غنیمت شمرد و به دیگران نیز منتقل کرد. شاید بزرگترین توصیه در مورد اهمیت حقیقی شادی در روابط انسانی همان باشد که در دومین جمله بیانیه استقلال آمریکا از شادی به‌عنوان یکی از حقوق جدایی‌ناپذیر انسان یاد شده است (آیزنک، ترجمه فیروزبخت و بیگی، ۱۳۷۵، ص ۱۱) لامای می‌نویسد: «به اعتقاد من مهمترین هدف زندگی ما رسیدن به شادی است. همه ما در جست‌وجوی رسیدن به چیز بهتری در زندگی خود هستیم. بنابراین من فکر می‌کنم حرکت و فعالیت ما برای دستیابی به شادی است.» (لامای، ترجمه انوشیروانی، ۱۳۸۲، ص ۲۱)

همچنین کارلسون معتقد است، شادکامی حالتی از ذهن است نه رشته‌ای از حوادث، احساس آرامش بخشی است که می‌توان همیشه تجربه‌اش کرد و با آن زندگی کرد نه چیزی که برای یافتنش نیاز به جست‌وجوی زیادی باشد (کارلسون، ترجمه جزایری، ۱۳۷۷، ص ۱۲۹) بر این اساس نوربالا و علی‌پور اظهار می‌دارند، شادکامی مفهومی است که چندین جزء اساسی دارد: جزء عاطفی و هیجانی آن باعث می‌شود فرد شادکام همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد. جزء اجتماعی که گسترش روابط اجتماعی با دیگران و افزایش حمایت اجتماعی را به دنبال دارد. جزء شناختی آن موجب می‌شود فرد شادکام تفکر و پردازش اطلاعات ویژه خود را داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوشبختی وی را به دنبال داشته باشد (نوربالا و علی‌پور، ۱۳۷۸، ص ۵۶).

پژوهش‌ها با توجه به مؤلفه‌های عاطفی و شناختی شادکامی نشان داده‌اند بین شادکامی و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به‌عنوان مثال جونز از سلامت روانی به‌عنوان شادکامی یاد کرده است. آرگایل نیز به این نتیجه رسید که سلامت روانی را می‌توان برحسب یک عامل واحد ارزیابی کرد. رابطه پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و عامل روان‌توندی آیزنک به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفت و مشاهده شد که عاطفه مثبت و منفی تا حدودی از یکدیگر مستقل هستند، به طوری که پریشانی، عاطفه منفی، افسردگی یا اضطراب بیشتر جزئی از سلامت ذهنی تلقی می‌شود (آرگایل، ترجمه کلاتری و همکاران، ۱۳۸۲، ص ۳۳-۳۴).

همچنین متخصصان ارتباط مشخصی بین سلامت روان و کیفیت تغذیه و میزان تحرک جسمی افراد یافته‌اند که این خود نشان‌دهنده رابطه سلامت روان و سبک زندگی است. سلامت روانی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله روابط اجتماعی، تفریح، ورزش، کار و غیره قرار دارد که مجموعه این موارد سبک زندگی فرد را تشکیل می‌دهند. سبک زندگی، مجموعه عقاید، طرحها و نمونه‌های عاداتی رفتار، هوی و هوس‌ها، هدفهای درازمدت، تبیین شرایط اجتماعی یا شخصی است که برای تأمین امنیت خاطر فرد لازم است. انسان در چهارچوب سبک زندگی‌اش می‌تواند به نحو مفیدی رفتار کند و یا اینکه زندگی‌اش را بی‌ثمر سپری کند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۰، ص ۹۴). همچنین مطالعات روان‌شناسی فردی و اجتماعی نیز نشان می‌دهند که سبک و شیوه

زندگی فرد در ایجاد سلامت فکر و بروز اختلالات روانی بیشترین اهمیت را دارد. به این دلیل سبک زندگی، نوع خاص واکنش فرد در برابر موانع و مشکلات زندگی است و مشخص می‌کند که فرد در برابر مشکلات تا چه اندازه توان و تحمل خواهد داشت و تا چه حد خواهد توانست سلامت روان و شادکامی خود را حفظ کند. در نتیجه به گفته آرگایل یکی از روشهای افزایش شادی و احتمالاً بهترین آن، افزایش شادی از طریق تغییر در سبک زندگی است.

با مطرح شدن روزافزون اهمیت شادی در سلامتی روان و خوشبختی و تأثیر آن بر تقویت قوای روانی انسان برای مقابله با پیچیدگی‌ها و مشکلات دنیای امروز، همچنین با توجه به اهمیت شادکامی و سلامت روانی زنان به دلیل حضور روزافزون آنان در عرصه اجتماعی و وجود نقش‌های چندگانه آنان در انجام وظایف خانه و محل کار و تأثیرات آن بر شادی و سلامت جسمانی و روانی آنها، توجه بسیاری از پژوهشگران به این مسأله جلب شده است. به همین جهت و در راستای غنا بخشیدن به دانش این حیطه، بررسی رابطه بین سبک زندگی و سلامت روانی و تأثیر آن بر شادکامی ضروری به نظر می‌رسد. این رابطه بیانگر این است که برای دنیای پر از تنش و فشار امروزی باید به سراغ راهکارهایی رفت که سلامت روانی افراد را هر چه بیشتر افزایش دهد و سبک زندگی آنان را بهبود بخشد و منجر به شادکامی شود. این مسأله به‌ویژه در مورد معلمان زن که نقش مهم و خطیر مادری و تربیت و هدایت دانش‌آموزان را بر عهده دارند از اهمیت خاصی برخوردار است تا بتوان با استفاده از نتایج پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌های مناسب مسائل و مشکلات این قشر از جامعه را حل و مرتفع نمود.

در خصوص رابطه سبک زندگی و سلامت روان با میزان شادکامی پژوهش‌هایی انجام شده، اما هیچ‌کدام به بررسی این موارد در بین دو گروه زنان معلم و خانه‌دار پرداخته است. در این پژوهش این موضوع مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

ون و استاف (۲۰۰۰) می‌نویسند: مارتین سلیگمن پدر روان‌شناسی مثبت‌اندیشی پس از ۳۰ سال پژوهش در این زمینه به این نتیجه رسید که دید خوش‌بینانه عامل اصلی شادکامی است و این نگرش را می‌توان آموخت. همچنین در پژوهشی که فرانسیس، جونز و ویل‌کوکس در سال ۲۰۰۰ با عنوان شادکامی انجام دادند پایایی درونی پرسشنامه شادکامی آکسفورد و این نظر که شادکامی برون‌گرایی با ثبات نامیده می‌شود،

تأیید گردید. نتایج تحلیل مسیرلو و شی (۱۹۹۷) نیز نشان داد که رابطه مستقیم و مثبتی بین برونگرایی و شادکامی و بین حمایت اجتماعی و شادمانی وجود دارد و نیز ارتباط منفی مستقیمی بین روانرنجوری و شادکامی و بین علایم روانی و شادکامی وجود دارد. همچنین پژوهشهای هیلز و آرگایل در سال ۲۰۰۱ به این نتیجه رسیدند که برونگرایی همیشه به طور ضروری مرتبط با شادی نیست و روانرنجور خوبی شاخص مهمتری هم برای شادکامی و هم رضایت از زندگی می باشد.

در همین راستا فارنهام و چنج (۲۰۰۰) معتقدند که جنسیت، برونگرایی، روانرنجوری، عزت نفس و مسؤلیت پذیری مادرانه و پدرانه از عوامل مهم شادکامی هستند. همچنین عزت نفس تعیین کننده اصلی و قدرتمند شادکامی و خوشحالی است. تأثیر جنسیت در شادکامی را روانرنجوری تعدیل می کند که این روانرنجوری وابسته به عزت نفس است و مستقیماً تحت تأثیر شادکامی است. فارنهام و چنج در پژوهش دیگری که در سال ۲۰۰۲ با عنوان «بررسی میزان پیش بینی شادکامی و افسردگی نوجوانان به وسیله شخصیت، عزت نفس و عوامل جمعیت شناختی» انجام دادند به این نتایج رسیدند که برونگرایی با عاطفه مثبت، عاطفه منفی و افسردگی و شادی رابطه دارد. عزت نفس نیز همبستگی مثبت با میزان شادکامی و همبستگی منفی با افسردگی دارد. لایت سی (۱۹۹۴) نیز بر این عقیده است که افکار خودکار مثبت شادکامی را پیش بینی می کنند و راجع به ارزش خود اجتماعی در برهمکنش با وقایع منفی ارتباط ضعیفتری با افسردگی دارند.

پژوهش های آرگایل، مارتین و لو (۱۹۹۵) نشان دهنده آن است که با بالا رفتن سن میزان شادکامی اندکی کاهش می یابد. نمره های زنان نیز اندکی بیش از مردان گزارش شده است. رویاک و گریفین (۲۰۰۰) نیز بر این عقیده اند که بین هدف از زندگی و شادکامی ارتباط مثبت و بین هدف در زندگی و افسردگی و مرگ ارتباط منفی وجود دارد. همچنین دوا (۱۹۹۴) اظهار می دارد که عاطفه منفی بی که افکار ایجاد می کنند بهترین پیش بینی کننده سلامت روانی و جسمانی بوده و پس از آن عاطفه مثبتی که افکار ایجاد می کنند بهترین شاخص برای سلامتی و شادکامی محسوب می شود.

بهار و همکارانش در سال ۱۹۹۲ در یک مطالعه همه گیرشناسی سلامت روانی در سوماترای اندونزی، ۱۶۷۰ نفر را با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی براساس ارزیابی

دومرحله‌ای ۱۴/۳ درصد زنان و ۱۰/۶ درصد در مردان بوده است. در این مطالعه ارتباط معناداری بین جنسیت، وضعیت تأهل، گروه سنی، موقعیت شغلی و طبقه اجتماعی با سلامتی روانی افراد مشاهده نشد. فقط بین سلامت روانی و درآمد خانواده ارتباط معنادار وجود داشته است. در همین رابطه مورفی و آتاناسو (۱۹۹۹)، ۱۶ مطالعه طولی را تجزیه و تحلیل کرده و دریافتند که اندازه اثر کلی برای سلامت روان با ارزیابی به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی یا مقیاس‌های مشابه در شروع کار ۰/۵۴ و در خاتمه کار ۰/۳۶ بود و دریافتند که شروع به کار منجر به افزایش سلامت روان می‌شود، در حالی که از دست دادن شغل به اضمحلال و ناخوشی روانی منجر می‌شود.

در زمینه اشتغال زنان به‌ویژه در مورد معلمان پژوهش‌هایی انجام گرفته که نشان‌دهنده میزانی از فشار روانی بر روی این افراد است. پرات طی پژوهشی که در سال ۱۹۷۸ بر روی معلمان مدارس انجام داد، این‌گونه گزارش می‌کند که ۲۱ درصد از معلمان در پرسشنامه سلامت عمومی نمرات بالایی گرفتند و در پژوهش دیگری ۱۹ درصد معلمان دچار افسردگی بودند و علاوه بر اینها ۲۲ درصد از معلمان احساس می‌کردند که در معرض ابتلای به آشفتگی روانی هستند که حدود ۳۵ درصد آنها اولین دلیل آن را شغلشان می‌دانستند. در همین راستا کاسک و اوزوکی (۱۹۹۸) نیز اظهار می‌دارند که افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، عصبانیت، بدبینی، خستگی، هیجان، ترک تدریس و نظایر اینها از جمله مواردی است که ۲۵ درصد معلمان بریتانیا از آن رنج می‌برند و بیش از یک‌پنجم فشارهای زندگی معلمان ناشی از شغل آنهاست که این امر دلالت بر بالا بودن فشارهای حرفه‌ی معلمی و پایین بودن سطح سلامت دارد.

گرنٹ (۱۹۹۰) نیز مشاهده کرد که حمایت اجتماعی و فشارهای روانی ناشی از کار و زندگی روزمره در یک حالت برهمکنش، سلامت روانی را بهتر از سلامت جسمانی پیش‌بینی می‌کند. همچنین کوک و روسو در سال ۱۹۸۴ در رابطه با برهمکنش نقش‌های کاری و خانوادگی، پژوهشی را انجام دادند، به این منظور آنها دو الگوی متناقض را در مورد یک نمونه ۲۰۰ نفری از معلمان آزمودند و نتیجه گرفتند که نظریه حمایت اجتماعی بیان می‌کند، نقش‌های خانوادگی ممکن است تأثیر عوامل تنش‌زای کار را افزایش دهند، زیرا موجب تعارض بین نقشی می‌شوند. سکاران (۱۹۸۵) نیز معتقد است که فشار روانی ناشی از نقش‌های چندگانه و مسؤولیت نگهداری کودکان باعث عدم سلامت روانی زنان شاغل می‌شود.

نلسون و هیت (۱۹۹۲) اظهار می‌دارند، به‌طور کلی زنانی که در بیرون از خانه فعالیت دارند از نظر روانی و جسمانی سالمتر از زنانی هستند که به‌طور تمام وقت به کار خانه‌داری مشغول‌اند. همچنین گود و آندرسن (۱۹۹۰) به این نتیجه رسیدند که مادران شاغل غالباً احساس رضایت بیشتری از خود دارند، تا مادرانی که کار نمی‌کنند (نقل از مهدیزادگان، ۱۳۸۱).

راس و میروسکی (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادند افرادی که تمام وقت کار می‌کردند، تقریباً کاهش در سلامتی نشان ندادند، در حالی که در بقیه گروهها از جمله زنان خانه‌دار کاهش سلامتی مشخص بود. حقوق گرفتن مقداری از نتایج را تبیین می‌کند، اما سلامتی کارکنان تمام وقتی که حقوق نمی‌گرفتند به همان خوبی افراد شاغلی بود که حقوق دریافت می‌کردند. آنها همچنین نشان دادند که توقف کار، به هر دلیل که باشد باعث کاهش سلامتی و سبک زندگی نامطلوب در سال بعد می‌شود. یاسوشی نیز طی پژوهشی در سال ۲۰۰۳ بیان می‌کند که با پایین آمدن نمرات شرایط کاری سالم و سبک زندگی مطلوب، میانگین سن سازگاری و نشانگان ذهنی بالا می‌رود. نمرات مقایسه‌ای مشخص می‌کند که شرایط کاری و سبک زندگی با سلامت روان همبستگی دارد. با توجه به رابطه‌ای که بین سلامت روانی و شادکامی با سبک زندگی افراد وجود دارد ساریو لهلما و روس (۲۰۰۴) پژوهشی را در میان زنان و مردان شاغل انجام دادند و این نتایج به‌دست آمد که در زنان دارای سلامت روانی ضعیف در مقایسه با هممتیان سالم‌تر از خودشان مصرف سبزی و میوه‌های تازه، شیر و پنیر کم‌چرب در یک وعده روزانه و خوردن حداقل پنج‌بار حبوبات در هفته کمتر گزارش شده است. نتایج نشان داد که سلامت روانی ضعیف با سبک زندگی نادرست و ناسالم ارتباط دارد.

تاناکا و شیراکاوا (۲۰۰۴) و آتلانتیس و همکارانش (۲۰۰۴) نیز گزارش دادند که خواب کوتاه (۳۰ دقیقه) و تمرین و ورزش ملایم نظیر پیاده‌روی هنگام غروب در حفظ و بهبود و اصلاح کیفیت خواب مهم هستند. همچنین سلامت روانی و جسمی با بهبود کیفیت خواب افزایش پیدا می‌کند. آنها روشهایی را برای خواب راحت و اصلاح سبک زندگی ارائه می‌دهند و به این مطلب اشاره می‌کند که خوابهای کوتاه روزانه در پیشگیری از کهولت و سالخوردگی و بیماریهای مرتبط با سبک زندگی مؤثر هستند.

با بررسی این پژوهش‌ها و دیگر پژوهش‌ها معلوم شد که زنان شاغل نسبت به

زنان خانه‌دار فشارهای روانی بیشتری را متحمل می‌شوند، اما تاکنون در زمینه سبک زندگی و شادکامی معلمان و زنان خانه‌دار پژوهشی انجام نشده است.

در نتیجه بررسی مسائل و پاسخ به پرسش‌های زیر ضروری به نظر می‌رسد که با توجه به دو نقشی بودن معلمان و تعارض‌های موجود بین کار بیرون و کار درون خانه، آیا در سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی این گروه با زنان غیرشاغل تفاوتی وجود دارد؟ آیا رابطه‌ای بین سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی آنها وجود دارد؟ آیا سبک زندگی بهتر و ایجاد سلامت روانی منجر به شادکامی هر چه بیشتر افراد خواهد شد؟ پژوهش حاضر این موارد را در این دو گروه مقایسه کرده و رابطه آنها را با یکدیگر بررسی نموده است.

هدف پژوهش

هدف این پژوهش مقایسه میزان سلامت روانی، سبک زندگی و شادکامی بین معلمان و زنان خانه‌دار و همچنین بررسی رابطه بین سلامت روانی و سبک زندگی با میزان شادکامی معلمان و زنان خانه‌دار در شهرستان بشرویه است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین میانگین نمرات سبک زندگی معلمان و زنان خانه‌دار تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین میانگین نمرات سلامت روانی معلمان و زنان خانه‌دار تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین میانگین نمرات شادکامی معلمان و زنان خانه‌دار تفاوت وجود دارد.
- ۴- بین نمرات زیرمقیاس نشانه‌های بدنی (سلامت روانی) و میزان شادکامی در دو گروه رابطه وجود دارد.
- ۵- بین نمرات زیرمقیاس اضطراب و بدخواهی (سلامت روانی) و میزان شادکامی در دو گروه رابطه وجود دارد.
- ۶- بین نمرات زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی (سلامت روانی) و میزان شادکامی در دو گروه رابطه وجود دارد.
- ۷- بین نمرات زیرمقیاس افسردگی (سلامت روانی) و میزان شادکامی در دو گروه رابطه وجود دارد.

- ۸- بین نمرات سبک زندگی و سلامت روانی در دو گروه رابطه وجود دارد.
- ۹- بین نمرات سبک زندگی و میزان شادکامی در دو گروه رابطه وجود دارد.
- ۱۰- بین نمرات سلامت روانی و میزان شادکامی در دو گروه رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی، علی - مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی است. از آنجایی که پژوهشگر زنان خانه‌دار و معلم را با هم مقایسه کرد، روش تحقیق علی - مقایسه‌ای بود و به این دلیل که رابطه بین سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی را مورد بررسی قرار داد روش همبستگی مورد نظر بود.

جامعه آماری در این پژوهش کلیه دبیران زن مقطع متوسطه شهرستان بشرویه (یکی از شهرستان‌های خراسان رضوی) در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ بود که طبق گزارش آموزش و پرورش شهرستان ۵۱۰ نفر بودند و همچنین کلیه زنان متأهل خانه‌دار این شهرستان که بر طبق آمار حاصل از سرشماری سال ۱۳۷۵ حدود ۵۳۲۰ نفر بودند و به این دلیل که توان آماری فرضیه‌ها بیش از ۸/۰ بود حجم نمونه ۱۰۰ نفر کافی به نظر رسید. بنابراین با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ابتدا از بین دبیرستانهای دخترانه شهرستان ۳ دبیرستان انتخاب و از این دبیرستانها ۵۰ دبیر زن انتخاب شدند و برای نمونه‌گیری زنان خانه‌دار نیز ۳ منطقه شهرستان انتخاب و سپس با مراجعه به در منازل و همچنین مراکز فنی و حرفه‌ای از کلاسهای تشکیل شده در آن مراکز ۵۰ زن خانه‌دار انتخاب شدند (کلیه انتخاب‌ها به‌طور تصادفی انجام شد).

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI). این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال با پنج بعد رضایت، خلق مثبت، سلامتی، کارآمدی و عزت نفس است. پرسشنامه شادکامی آکسفورد را برای اولین بار در ایران نوربالا و علی‌پور در سال ۱۳۷۸ به فارسی ترجمه کردند و درستی برگردان آن را هشت متخصص (روان‌شناس و روانپزشک) تأیید کردند و پس از اجرای مقدماتی، فرم نهایی برای بررسی روایی و پایایی آن روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی اجرا شد. ضریب پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد از طریق محاسبه

آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و از طریق دو نیمه کردن آزمون ۰/۹۲ و از طریق بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد که در سطح بسیار بالایی بود و هیچ یک از سؤالات پرسشنامه رابطه منفی یا نزدیک به صفر با نمرات کل نداشت.

نوربالا و علی‌پور به منظور بررسی روایی صوری پرسشنامه شادکامی از ۱۰ متخصص (روان‌شناس و روانپزشک) نظرخواهی کردند که همگی توانایی پرسشنامه آکسفورد را برای سنجش شادکامی تأیید کردند (نوربالا و علی‌پور، ۱۳۷۸، ص ۵۵). همچنین در رابطه با روایی عاملی این پرسشنامه از روش تحلیل عوامل استفاده شد که توانست ۵۷ درصد واریانس کل را تبیین کند و آلفای کرونباخ هر یک از عوامل پنجگانه به صورت جدول ۱ به دست آمد.

جدول ۱- روایی عاملی پرسشنامه شادکامی براساس آلفای کرونباخ در تحقیق نوربالا و علی‌پور

زیرمقیاس	رضایت	خلق مثبت	سلامتی	کارآمدی	عزت نفس
آلفا	۰/۸۹	۰/۸۴	۰/۸۱	۰/۶۸	۰/۵۸

در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه شادکامی برای بررسی روایی عاملی به شرح جدول ۲ محاسبه شد.

جدول ۲- روایی عاملی پرسشنامه شادکامی براساس آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر

زیرمقیاس	رضایت	خلق مثبت	سلامتی	کارآمدی	عزت نفس
آلفا	۰/۸۸	۰/۸۳	۰/۷۸	۰/۸۷	۰/۷۲

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q): این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و چهار زیرمقیاس؛ نشانه‌های بدنی، اضطراب و بدخوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. پرسشنامه سلامت عمومی را برای اولین بار گلدبرگ در سال ۱۹۷۲

تنظیم کرد و به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برد. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است، ولی چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفت و به صورت فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی در مطالعات مختلف استفاده می‌شود (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸، ص ۱۱۵). فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی را که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته برای اولین بار در ایران دادستان ترجمه کرد. مزیت آن این است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است و بیشترین مورد استفاده آن ارزیابی وضعیت سلامت روانی افراد جامعه است.

حبیب و شیرازی (۱۳۸۲) برای پرسشنامه سلامت عمومی اعتبار و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۸ تعیین کردند. در این پژوهش بررسی همسانی درونی مواد پرسشنامه نشان داد که تمام سؤالات همبستگی بالایی با نمره کل دارند. ضریب پایایی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

گلدبرگ نیز به منظور بررسی روایی ساختاری پرسشنامه سلامت عمومی از ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های پرسشنامه استفاده کرده است که در جدول ۳ ارائه شده است (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷، ص ۱۸۴).

جدول ۳- روایی ساختاری پرسشنامه سلامت عمومی براساس ضریب همبستگی

مقیاس	اضطراب	عملکرد اجتماعی	افسردگی	مقیاس کلی ۲۸ ماده
مقیاس جسمی سازی	۰/۵۸	۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۷۹
مقیاس اضطراب	-	۰/۵۷	۰/۶۱	۰/۹۰
مقیاس عملکرد اجتماعی	-	-	۰/۴۴	۰/۷۵
مقیاس افسردگی	-	-	-	۰/۶۲

۳- پرسشنامه سبک زندگی: پرسشنامه سبک زندگی محقق ساخته بود و شامل ۲۲ سؤال بود. ضریب پایایی پرسشنامه سبک زندگی نیز از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد، همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل آزمون در حد مطلوب بود و در صورت حذف هر یک، معناداری آلفا افزایش نمی‌یافت، بنابراین نیازی به تغییر یا حذف مواد آزمون نبود.

روشهای تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت، در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس استفاده شد. در تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر شادکامی و سلامت روانی و سبک زندگی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار متغیرهای این پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- مقایسه میانگین شادکامی، سلامت روانی و سبک زندگی معلمان و زنان خانه‌دار

کل		خانه‌دار		معلم		گروهها
S	X	S	X	S	X	مقیاس‌ها
۱۴/۴۸	۴۶/۸۷	۱۵/۵۹	۴۹/۸۶	۱۲/۷۴	۴۳/۸۸	شادکامی
۹/۷۵	۱۹/۷۰	۹/۲۹	۱۹/۶۲	۱۰/۲۹	۱۹/۷۸	سلامت روانی
۶/۵۲	۲۹/۰۵	۶/۷۱	۲۹/۹۱	۶/۲۷	۲۸/۲۰	سبک زندگی

فرضیه ۱- بین میانگین نمرات سلامت روانی معلمان و زنان خانه‌دار تفاوت وجود دارد.

جدول ۵- تحلیل واریانس تأثیر عضویت گروهی بر سلامت روانی معلمان و زنان خانه‌دار

متغیر مستقل	متغیرهای	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری
وابسته						
عضویت گروهی سلامت روانی		۰/۶۴۰	۱	۰/۶۴۰	۰/۷۰۰	۰/۹۳۵

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می شود تفاوت بین دو گروه معنادار نیست. لذا فرضیه ۱ تأیید نمی شود ($F = ۰/۷۰۰, P > ۰/۰۵$)، میانگین های دو گروه نیز در جدول ۴ نشان داده شده و برابر با ۱۹/۷۸ در معلمان و ۱۹/۶۲ در زنان خانه دار می باشد.

فرضیه ۲- بین میانگین نمرات سبک زندگی معلمان و زنان خانه دار تفاوت وجود دارد.

جدول ۶- تحلیل واریانس تأثیر عضویت گروهی بر سبک زندگی معلمان و زنان خانه دار

متغیر مستقل وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری
عضویت گروهی سبک زندگی	۷۲/۲۵۰	۱	۷۲/۲۵۰	۱/۷۱۱	۰/۱۹۴

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می شود، تفاوت بین دو گروه معنادار نیست. لذا فرضیه ۲ تأیید نمی شود ($F = ۱/۷۱۱, P > ۰$)، میانگین های دو گروه در جدول ۴ ارائه شده و برابر ۲۸/۲۰ در معلمان و ۲۹/۹۱ در زنان خانه دار می باشد.

در تحلیل کواریانس به کار برده شده در این پژوهش عضویت گروهی (معلم و خانه دار) متغیر مستقل و نمرات شادکامی متغیر وابسته را تشکیل می داد. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی (معلم و خانه دار) بر نمرات شادکامی همراه با بررسی سایر متغیرها در جدول ۱۱-۷ ارائه شده است.

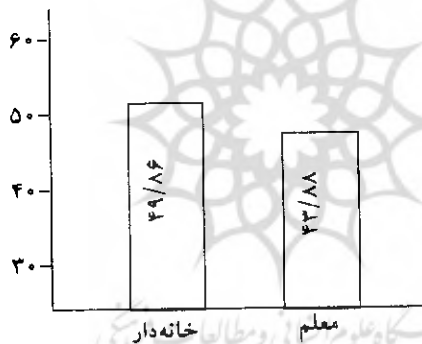
فرضیه ۳- بین میانگین نمرات شادکامی معلمان و زنان خانه دار تفاوت وجود دارد.

جدول ۷- تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان شادکامی دو گروه معلم و خانه دار

متغیرهای مستقل وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری	میزان رابطه
عضویت گروهی	۵۲۵/۳۴	۱	۵۲۵/۳۴	۵/۴۷	۰/۰۲۱*	۰/۰۵۶

چنانکه در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه زنان معلم و خانه‌دار معنادار است ($F = ۵/۴۷$ ، $P = ۰/۲۱$ ، $r = ۰/۰۵۶$)، بنابراین فرضیه ۳ تأیید می‌شود. میانگین‌های دو گروه در جدول ۴ ارائه شده و در معلمان برابر با $۴۳/۸۸$ و در زنان خانه‌دار $۴۹/۸۶$ می‌باشد.

میانگین نمرات باقی مانده شادکامی پس از بررسی متغیرهای نشانه‌های بدنی، اضطراب و بدخواهی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱- میانگین نمرات باقی مانده شادکامی زنان معلم و خانه‌دار

چنانکه مشاهده می‌شود میزان شادکامی زنان خانه‌دار بیشتر از شادکامی معلمان است. فرضیه ۴- بین نمرات زیرمقیاس نشانه‌های بدنی (سلامت روانی) و میزان شادکامی زنان رابطه وجود دارد.

جدول ۸- رابطه نشانه‌های بدنی با میزان شادکامی دو گروه زنان معلم و خانه‌دار

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری	میزان رابطه
نشانه‌های بدنی	۷۱/۹۷	۱	۷۱/۹۷	۰/۷۵۰	۰/۳۸	۰/۰۰۸

* $P < ۰/۰۵$

چنانکه در جدول ۸ مشاهده می‌شود، رابطه بین نشانه‌های بدنی و میزان شادکامی دو گروه معنادار نیست، لذا فرضیه ۴ تأیید نمی‌شود ($F = ۰/۷۵$ ، $P = ۰/۳۸$ ، $r = ۰/۰۰۸$).

مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی / ۵۱

فرضیه ۵- بین نمرات زیرمقیاس اضطراب و بدخوابی (سلامت روانی) و میزان شادکامی رابطه وجود دارد.

جدول ۹- رابطه اضطراب و بدخوابی با میزان شادکامی دو گروه زنان معلم و خانه‌دار

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری	میزان رابطه
اضطراب و بدخوابی	۴۷۶/۳۲	۱	۴۷۶/۳۲	۴/۹۶	* ۰/۰۲۸	۰/۰۵۱

* $P < 0/05$

با توجه به نتایج جدول ۹ رابطه بین اضطراب و بدخوابی با میزان شادکامی معنادار است ($F = 4/96, P = 0/02$) بنابراین فرضیه ۵ تأیید می‌شود. میزان این رابطه ۰/۰۵ است، یعنی ۵ درصد واریانس نمرات اضطراب و بدخوابی با شادکامی مشترک است.

فرضیه ۶- بین نمرات زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی (سلامت روانی) و میزان شادکامی رابطه وجود دارد.

جدول ۱۰- میزان رابطه اختلال در عملکرد اجتماعی با میزان شادکامی زنان معلم و خانه‌دار

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری	میزان رابطه
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۶/۶۰	۱	۱۶/۶۰	۰/۱۷۳	۰/۶۷۸	۰/۰۰۲

* $P < 0/05$

چنانکه در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، این رابطه معنادار نیست. لذا فرضیه ۶ تأیید نمی‌شود. ($r = 0/002, F = 0/17, P = 0/67$).

فرضیه ۷- بین نمرات زیرمقیاس افسردگی (سلامت روانی) و میزان شادکامی رابطه وجود دارد.

جدول ۱۱- میزان رابطه افسردگی با شادکامی زنان خانه‌دار و معلم

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	سطح معناداری	میزان رابطه
افسردگی	۷۷۳/۰۷	۱	۷۷۳/۰۷	۸/۰۶	۰/۰۰۶***	۰/۸۰

*** $P < 0/01$

چنانکه جدول ۱۱ نشان می‌دهد این رابطه معنادار است ($P = 0/006$)، واریانس نمرات افسردگی و شادکامی مشترک است. $(F = 8/06)$ بنابراین فرضیه ۷ تأیید می‌شود. میزان این رابطه ۰/۰۸ است یعنی ۸ درصد

فرضیه ۸- بین نمرات سبک زندگی و سلامت روانی رابطه وجود دارد.

جدول ۱۲- ضرایب همبستگی بین نمرات سبک زندگی و سلامت روانی دو گروه معلم و خانه‌دار

سلامت روانی	سبک زندگی
$r = -0/482^{***}$	
$r^2 = 0/23$	
$p = 0/000$	

*** $P < 0/01$

با توجه به نتایج جدول ۱۲، سبک زندگی همبستگی منفی معناداری با سلامت روانی دارد ($p = 0$) بنابراین فرضیه ۸ تأیید می‌شود و میزان این همبستگی $-0/48$ می‌باشد. (به این دلیل همبستگی منفی است که نمره بالای فرد در پرسشنامه سلامت

مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی ... / ۵۳

عمومی نشانه پایین بودن میزان سلامت روانی او است) مجذور این همبستگی ۰/۲۳ است یعنی ۲۳ درصد واریانس نمرات سبک زندگی و سلامت روانی مشترک است.

فرضیه ۹- بین نمرات سبک زندگی و میزان شادکامی رابطه وجود دارد.

جدول ۱۳- ضرایب همبستگی بین نمرات سبک زندگی
با شادکامی دو گروه معلم و خانه‌دار

شادکامی	
$r = -0/622^{***}$	
$r^2 = 0/38$	سبک زندگی
$p = 0/000$	

*** $P < 0/01$

چنانکه در جدول ۱۳ مشاهده می‌شود، سبک زندگی همبستگی مثبت معناداری با شادکامی دارد و مقدار آن ۰/۶۲ است. بنابراین فرضیه ۹ تأیید می‌شود. مجذور این همبستگی برابر با $r^2 = 0/38$ است یعنی ۳۸ درصد واریانس نمرات سبک زندگی و شادکامی مشترک است.

فرضیه ۱۰- بین نمرات شادکامی و سلامت روانی رابطه وجود دارد.

جدول ۱۴- ضریب همبستگی بین نمرات سلامت روانی
و شادکامی زنان معلم و خانه‌دار

شادکامی	
$r = -0/634^{***}$	
$r^2 = 0/40$	سلامت روانی
$p = 0/000$	

*** $P < 0/01$

جدول ۱۴ نشان می‌دهد که شادکامی همبستگی منفی معناداری با سلامت روانی دارد ($P = 0$) بنابراین فرضیه ۱۰ تأیید می‌شود. میزان این همبستگی $0/63-$ و مجذور ضرایب $0/40 = 22$ است، یعنی ۴۰ درصد واریانس نمرات شادکامی و سلامت روانی مشترک است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش در خصوص فرضیه ۱ بین دو گروه معلمان و زنان خانه‌دار از نظر سبک زندگی تفاوتی مشاهده نشد، بنابراین فرضیه ۱ مبنی بر وجود تفاوت بین این دو گروه تأیید نشد. نتیجه این سؤال پژوهش با یافته‌های بورلا و همکارانش (۱۹۹۹)، راس و میروسکی (۱۹۹۵) مبنی بر اینکه زنانی که بیرون از خانه کار می‌کردند کاهش در سلامتی نشان ندادند، اما زنان خانه‌دار کاهش سلامتی و سبک زندگی نامطلوب‌تری در سال بعد داشتند، ناهمخوان است. سبک زندگی مجموعه علائق، دل‌بستگی‌ها و افکار و عقاید و عادت‌های رفتاری می‌باشد، بنابراین افراد باید فرصت کافی برای برنامه‌هایی از قبیل ورزش کردن، تغذیه مناسب و تنظیم وزن و غیره به‌منظور بهبود سبک زندگی خود داشته باشند، اما با وجود اینکه افراد شاغل وقت آزاد کمتری برای پرداختن به این مسائل دارند و فشار و تنش بیشتری را تحمل می‌کنند، تفاوتی بین سبک زندگی دو گروه مشاهده نشد. شاید علت این ناهمخوانی این باشد که کار معلمان نسبت به سایر مشاغلی که پژوهش روی آنها انجام گرفته حالت نیمه‌وقت داشته و معلمان فرصت کافی برای بهبود شیوه زندگی شخصی و خانوادگی خود را دارند.

طبق بررسی‌های به عمل آمده با توجه به فرضیه ۲ سلامت روانی دو گروه معلمان و زنان خانه‌دار تفاوتی با یکدیگر نداشت، بنابراین فرضیه ۲ تأیید نشد. این نتایج با یافته‌های گرت (۱۹۹۰)، سکاران (۱۹۸۵) و کوک روسو (۱۹۸۴) مبنی بر اینکه در زنان شاغل فشارهای روانی ناشی از نقش‌های چندگانه موجب تعارضات ناسازگاری بین نقش‌ها شده و سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همسو نیست. همچنین با یافته متقی‌پور، مهاجر و اکاتوزیان (۱۳۶۰) که بیان می‌کنند که از نظر میزان افسردگی و

تنش بین دو گروه شاغل و خانه‌دار تفاوت معنادار است همخوان نیست. همین‌طور با یافته‌های پرات (۱۹۷۸) که گزارش می‌دهد ۲۱ درصد معلمان نمره بالایی در پرسشنامه سلامت عمومی گرفتند و آنها اولین دلیل آشفتگی روانی خود را شغلشان می‌دانستند، همخوانی ندارد. همچنین با یافته‌های گودوآندرسن (۱۹۹۰) و نلسون و هیت (۱۹۹۲) و انجذاب و فرج‌خدا و خوشبین (۱۳۸۲) مبنی بر اینکه مادران شاغل از رضایت بیشتر، عزت‌نفس و خوداتکایی و سلامت روانی و جسمانی بهتری برخوردارند و شروع به کار منجر به افزایش سلامت روانی می‌شود، همخوانی ندارد. یکی از دلایل این ناهمخوانی ممکن است این مسأله باشد که این پژوهش‌ها بر روی مشاغل دیگری انجام گرفته و به دلیل اینکه کار معلمان نسبت به زنان شاغل در دیگر حرفه‌ها حالت نیمه‌وقت دارد، آنها بهتر می‌توانند به مسائل درون خانواده و فرزندان و همسر خود برسند و آرامش بیشتری داشته باشند. از طرفی رضایت و اعتماد به نفس، حمایت اجتماعی و میل به موفقیت آنها به علت اشتغال در بیرون از خانه برآورده می‌شود، بنابراین تضاد شدیدی بین کار خانه و کار بیرون به وجود نیامده و موجب افسردگی، اضطراب و تنش معلمان نمی‌شود. همچنین با توجه به رابطه بین تحصیلات و سلامت روانی و حمایت اجتماعی و حرفه‌ای ناشی از آن می‌توان این نتیجه را تبیین کرد که چون بیشتر این پژوهش‌ها در مقاطع ابتدایی بوده، ممکن است معلمان این مقطع از تحصیلات کمتری برخوردار باشند و نیز مشکلات معلمان مقطع دبیرستان را نداشته باشند. علت دیگر آنکه پژوهش‌های پرات بر روی نمونه‌های خارج از کشور بوده که به احتمال زیاد شرایط معلمان در همه کشورهای یکسان نیست و آنها فشارهای شغلی و یا امتیازات متفاوتی را دریافت می‌کنند، همچنین می‌توان گفت اگرچه معلمان نسبت به زنان خانه‌دار فشار شغلی بیشتری را در محیط کار و در تعارض بین نقش خانه‌داری و کار بیرون از خانه متحمل می‌شوند و سلامت روانی آنها به خطر می‌افتد اما کار کردن مزایایی مانند پیدا کردن حمایت اجتماعی، عزت نفس، عدم وابستگی و حتی سرگرم شدن به اموری جز خانه‌داری و غیره برای آنان دارد، از طرفی اشتغال فشارها و تنش‌های خاص خود را به همراه دارد که زنان خانه‌دار این فشارهای شغلی را ندارند. لذا میزان سلامت روانی دو گروه برابر بوده و زنان خانه‌دار نیز اختلالی در سلامت روانی نشان نمی‌دهند.

نتایج پژوهش در خصوص فرضیه ۳ نشان می‌دهد شادکامی دو گروه زنان معلم و خانه‌دار با هم تفاوت دارد. به عبارتی شادکامی زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل است لذا فرضیه ۳ تأیید شد. نتایج به‌دست آمده با پژوهش‌های گرنِت (۱۹۹۰) و پرات (۱۹۷۸) مبنی بر فشار روانی ناشی از نقش‌های چندگانه و وجود افسردگی، اضطراب و خستگی در زنان شاغل هماهنگ است. همچنین با پژوهش کوک و روسو (۱۹۸۴) مبنی بر برهمکنش و حمایت نقش‌های خانوادگی و شغلی و نظریه حمایت اجتماعی که معتقد است نقش‌های خانوادگی باید به کاهش فشار روانی کمک نماید، همخوانی ندارد. به این دلیل که معلمان به واسطه فشارهای روانی شغلی، استرس و افسردگی بیشتری را نسبت به زنان خانه‌دار نشان می‌دهند. بنابراین برای ایجاد شادمانی در زنان شاغل باید شرایط مناسب کاری و حمایت اجتماعی از سوی همکاران و همچنین از طرف همسر و دیگر اعضای خانواده فراهم آید تا بتوانند مسؤلیت‌های خانه و کار بیرون را به‌خوبی عهده‌دار شوند و شادکامی و رضایت از زندگی نیز داشته باشد، زیرا حمایت‌های همسر مهمترین و مؤثرترین عامل در شادکامی زنان شاغل است که بازسنگین مسؤلیت‌های خانه و کار بیرون را برعهده دارند.

براساس یافته‌ها و با توجه به فرضیه ۴ بین نشانه‌های بدنی و میزان شادکامی رابطه معناداری وجود ندارد، بنابراین فرضیه ۴ تأیید نشد. در این رابطه پژوهشی صورت نگرفته و نمی‌توان نتایج را براساس آن مورد بررسی قرار داد، اما می‌توان گفت هر چند سلامت جسمانی به‌عنوان بخشی از سلامت روانی محسوب می‌شود، شادکامی یک احساس است و شادی یک فرد بستگی به افکار و نظرات او دارد و هیچ‌یک از عوامل ایجادکننده شادکامی خارج از توانایی درونی فرد نیست. بنابراین ممکن است که یک فرد مبتلا به ناراحتی‌های جسمی دارای سلامت ذهنی باشد، اما احساس شادکامی نماید به این دلیل که تأثیر افکار و احساسات بر فرارسان‌های عصبی موجب شادی و نشاط می‌شود.

با توجه به نتایج در خصوص فرضیه ۵ رابطه بین اضطراب و بدخواهی با شادکامی معنادار است و فرضیه ۵ تأیید شد. این نتایج با پژوهش‌های هیلز و آرگایل (۲۰۰۱) و لووشی (۱۹۹۷) همسو می‌باشد. به این علت که افراد دارای ثبات عاطفی، عواطف

منفی از قبیل خشم و اضطراب را با شدت نشان نمی دهند و در همه شرایط از یک ثبات عاطفی و رفتاری برخوردارند و در نتیجه عواطف منفی کمتری دارند، بنابراین این گونه افراد شادکامی بیشتری را تجربه می کنند. نتایج فرضیه ۶ نشان داد که رابطه بین اختلال در عملکرد اجتماعی و شادکامی معنادار نیست، لذا فرضیه ۶ تأیید نشد. در این زمینه تحقیق مشابهی پیدا نشد.

براساس یافته ها و همچنین فرضیه ۷ رابطه بین افسردگی و شادکامی معنادار بوده و در نتیجه فرضیه ۷ تأیید شد. این نتیجه با پژوهش لایت سی (۱۹۹۴) مبنی بر اینکه افکار مثبت شادکامی را پیش بینی می کنند، همخوانی دارد. همچنین با پژوهش لووشی (۱۹۹۷) مبنی بر ارتباط شخصیت با سلامت روانی و شادکامی همسو می باشد. با توجه به پژوهش های انجام شده افکار مثبت سپری در مقابل تنش و پیش بینی کننده شادکامی است و رابطه مستقیم منفی بین علایم روانی و روان رنجوری با شادکامی وجود دارد. با توجه به اینکه یکی از اجزای اصلی شادکامی، نبود هیجانات منفی از قبیل افسردگی و اضطراب است، و به این دلیل که عواطف مثبت و منفی هیچ ارتباطی به یکدیگر ندارند و دو روی یک سکه نیستند، می توان گفت که افسردگی نوعی حالت نداشتن شادی است که عاطفه مثبت بسیار کمی دارد، بنابراین وجود همبستگی بین افسردگی و شادکامی آشکار می شود. با توجه به پژوهش های انجام شده می توان گفت شادکامی متضاد افسردگی نیست، اما نبود افسردگی شرط لازم برای رسیدن به شادکامی است.

با توجه به نتایج پژوهش در خصوص فرضیه ۸ بین سبک زندگی و سلامت روانی همبستگی منفی معناداری مشاهده شد. به عبارتی با پایین تر رفتن نمره فرد در پرسشنامه سلامت عمومی فرد از سلامت روانی بالاتر و سبک زندگی بهتری برخوردار است و بنابراین فرضیه ۸ تأیید گردید. این نتایج با پژوهش های سارلیو و لهلماوروس (۲۰۰۴) تاناکا و شیراکاوا (۲۰۰۴)، آتلانتیس و همکاران (۲۰۰۴) و یاسوشی (۲۰۰۳) مبنی بر رابطه سبک زندگی دارای عادات تغذیه ای سالم ورزشی، سلامت خواب و شرایط کاری مطلوب با سلامت روانی هماهنگ است. با توجه به اینکه پژوهش های انجام شده نشان دهنده همبستگی بین سلامت روانی و سبک زندگی است، می توان نتیجه گرفت

سبک زندگی سالم که شامل تغذیه مناسب و سالم، ورزش و تمرینات جسمانی و خواب کافی و همچنین فعالیتها، عقاید و اعتقادات در زندگی است ممکن است سلامت روانی فرد را تأمین کند.

با توجه به نتایج حاصل از فرضیه ۹ سبک زندگی همبستگی مثبت معناداری با شادکامی دارد و فرضیه ۹ تأیید شد. پژوهش‌های مشابهی در این زمینه صورت نگرفته اما به این دلیل که همبستگی قوی بین سلامت روانی با شادکامی وجود دارد و عده‌ای از پژوهشگران نیز از سلامت روانی به عنوان شادکامی یاد کرده‌اند، می‌توان گفت که این فرضیه با تحقیقات سارلیو، لهلماوروس (۲۰۰۴) تاناکا و شیراکاوا (۲۰۰۴) و یاسوشی (۲۰۰۳) که به این نتیجه رسیدند که بین سبک زندگی و سلامت روانی رابطه وجود دارد، همخوانی دارد. به طوری که آرگایل می‌نویسد: بهترین راه رسیدن به شادکامی تغییر سبک زندگی است و به عقیده رابینز اساس یک زندگی سالم و شاد این است که راههای متعددی برای اداره کردن زندگی خود داشته باشیم و شیوه‌های سالمی را برای رسیدن به شادکامی در زندگی خود قرار دهیم و در نهایت اینکه با داشتن سبک زندگی بهتر می‌توان به شادکامی دست یافت.

بر اساس یافته‌ها در خصوص فرضیه ۱۰ شادکامی همبستگی منفی معناداری با سلامت روانی نشان داد. یعنی هنگامی که فرد نمره کمتری در پرسشنامه سلامت عمومی کسب می‌کرد از سلامت روان بهتر و در نتیجه شادکامی بیشتر بهره‌مند بود، بنابراین فرضیه ۱۰ تأیید شد. این نتایج با تحقیق لووشی (۱۹۹۷)، فارنهام و چنج (۲۰۰۰) و روباگ و گریفین (۲۰۰۰) مبنی بر وجود ارتباط مستقیم منفی بین علایم روانی و افسردگی و اضطراب با شادکامی کاملاً همسویی دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رابطه‌ای قوی بین سلامت روانی و شادکامی وجود دارد و بیشتر روان‌شناسان نیز این رابطه را تأیید کرده‌اند، به طوری که حتی جونز می‌گوید سلامت روانی همان شادکامی است. همچنین به گفته براوورن شادی عبارت است از احساسات منفی منتهای احساسات مثبت، پس در صورت بالا بودن میزان احساسات مثبت فرد از شادمانی و نشاط لازم برخوردار خواهد بود.

منابع

- آرگایل، مایکل. روان‌شناسی شادی، ترجمه مهرداد کلانتری و همکاران، (۱۳۸۲)، اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- آیزنک، مایکل. روان‌شناسی شادی، ترجمه مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی، (۱۳۷۵)، تهران، انتشارات بدر.
- انجذاب، بهناز. تهمینه فرج‌خدا، و اعظم خوشبین. (۱۳۸۲)، «اشتغال و تأثیر آن بر سلامت روانی زنان»، دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، سال اول، شماره ۱.
- استورا، جان‌بنجامین. تنیدگی یا استرس، ترجمه دکتر پریوخ دادستان، (۱۳۷۷)، تهران، انتشارات رشد.
- حبیب، سپیده. محمدعلی شیرازی. (۱۳۸۲)، «رضایت شغلی و سلامت روانی در کارکنان یک بیمارستان عمومی»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۴.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. غلامرضا ناصر. (۱۳۸۰)، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ هشتم.
- کارلسون، ریچارد. شادمانی پایدار، ترجمه ارمغان جزایری، (۱۳۷۷)، تهران، نشر البرز.
- لامای مقدس، دالایی. کاتلر، هواردسی. هنر شاد زیستن، ترجمه شهناز انوشیروانی، (۱۳۸۲)، تهران، انتشارات رسا.
- نوربالا، احمدعلی و احمد علی پور. (۱۳۷۸)، «بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱ و ۲.
- مهدیزادگان، ایران. (۱۳۸۱)، «زنان و تعارض‌های شغل و خانواده»، ماهنامه فولاد، شماره ۹۲.
- متقی پور، یاسمن. مرتضی مهاجر و بهروز واکساتوزیان. (۱۳۶۰)، «رتبه‌بندی رویدادهای استرس‌زای زندگی»، مجله دارو و درمان، شماره ۹۶.

- ARGYLE, M., MARTIN, M., LU, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. in C.D. Spielberger, & I.G. Sarason. (Eds), *Stress and Emotion*, Washington, D.C Taylor & Francis.
- ATLANTIS, E., CHOW, C., KIRBY, A., SINGH, M.F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39(2), 424-434.
- BAHAR, E., LARSEN, R.J., SMITH, M.L., CORNISH, K. (1992). An epidemiological study of mental health in Sumatra, Indonesia, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 85, 251-263.
- BORELLA, P., BARGELINI, A., ROVESTE, S., PINELLI, M. & VIVOLI, R. (1999). Emotional stability, anxiety and natural killer activity under examination stress, *psychoneurotic endocrinology*, 24.(6). 673-672.
- COOK, R.A. & ROUSSEAU, D.M. (1984). Stress and strain from family roles and work-role expectation, *Journal of Applied psychology*, 69, 252-260.
- DUA, J.K. (1994). Comparative predictive value of attitudinal style negative affect, and positive, affect in predicting self-reported physical health and psychological Health. *Journal of Psychosomatic*, 38, 662-680.
- FURNHAM, A., and CHENG, H. (2002). *Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness*. [http:// Elsevier science LTD](http://Elsevier%20science%20LTD).
- FURNHAM, A. & CHENG, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35(10), 463-470.
- FRANCIS, L.J., JONES, S.H. & WILCOX, C (2000). Religiosity and happiness: during adolescence, young adulthood and Later life. *Journal of Psychology and Christianity*, 12, 245-257.
- GOLDBERG, D. and WILLIAMS, P. (1988). *The User's Guide to Psychiatric Care*. London: Tavistock.
- GRANT, D.A. (1990). *Person-Environment Fit and Stressor Support Specificity Models of Stress Buffering Hypothesis*. York university Canada: Dissertation abstract international.

- HILLS, P., ARGYLE, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 37,(8). 1357-1364.
- KOSSEK, E.E., OZEKI, C. (1998). Work-family conflict, policies and the job-life satisfaction relationship: a review and directions for organizational behavior-human resources research. *Journal of Applied Psychology*, 83. 139-149.
- LIGHTSEY, JR. (1994). Thinking positive as a stress Buffer. the role of positive automatic cognitions in depression and happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 41,(3), 325-334.
- LU, L., SHIH, J.B. (1997). Personality and happiness: Is mental health a mediatory? *Personality and Individual Differences*. 22,(2). 249-256.
- MURPHY, G.C., & ATHANASOU, J.A. (1999), The effect of unemployment of mental health. *Journal of Occupational and Organizational Pyschology*, 72, 83-99.
- PRATT, J. (1978). Perceived stress among teachers: the effects of age and background of children taught, *Educational Review*, 30, 3-44.
- ROBAK, R.W., & GRIFFIN, P.W. (2000). Purpose in life: what is its relationship to happiness, depress in and grieving? *North American Journal of Psychology*, 2(1), 113-119.
- ROSS, C.E, & MIROWSKY, J. (1995). Does employment affect health? *Journal of Health and Social Behavior*, 36. 230-243.
- SARLIO, S., LEHEIMA, E., ROOS, E. (2004). Mental health and food habits among employed women and men. *Appetite*, 42(2), 151-156.
- SEKARAN, U. (1985). The paths to mental health: and exploratory surd of husbands and wives in dual-career families, *Journal of Occupational Psychology*, 58, 129-37.
- TANAKA, H., SHIRAKAWA, SH. (2004). Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly Ensuring sleep to promote a bealthy brain and mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5). 465-477.
- WEN, P., STAFF, G. (2000). *Happiness is A Positive the ought*; (third Edition). Psychology, studies, Happiness. Boston Globe. Boston, Mass: pg.f.i

YASUSHI, S. (2003). The influence of total number of favorable working conditions and life style on mental health in Japanese workers. *Journal of stress health*, 19(2): 119-126.

وصول: ۸۳/۱۰/۲۷

پذیرش: ۸۴/۶/۲۲



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی