



## The Relationship between Life Satisfaction with Quality Of Life and Subjecting Wellbeing in Tehran Teachers

## رابطه بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در معلمان شهر تهران\*

Mohammad Naghy Farahani, PhD,  
Shahram Mohammadkhani, PhD,  
Farhad Jokar, MA

دکتر محمدنقی فراهانی<sup>۱</sup>، شهرام محمدخانی<sup>۲</sup>  
فرهاد جوکار<sup>۳</sup>

پذیرش نهایی: ۸۹/۳/۲۶

بازنگری: ۸۹/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۴

### Abstract

This research has conducted to search life satisfaction with quality of life, subjective well being in Tehran teachers. 500 teachers through clustering sampling completed three questionnaires (Quality of Life Inventory, Subjective Well Being scales) and a SES questionnaire. Results showed that the life satisfaction is predicted by subjective well being and quality of life. Although the life satisfaction is predicted by sub scales of quality of life such as life equipments, physical health, interpersonal behavior, and meaning of life, but also it is not a strong relationship. For having a strong relationship, variables such as subjective well being must be added to this relationship. In this research, quality of life, subjective well being predicted 41 percent of variance of life satisfaction.

**Keywords:** life satisfaction, subjective well being, quality of life.

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی رضایت از زندگی در معلمان شهر تهران با کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی و عزت نفس آنان انجام شده است. از طریق روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی نمونه ای به حجم ۵۰۰ نفر از معلمان تهرانی انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی به همراه پرسش‌هایی درباره‌ی وضعیت اقتصادی اجتماعی معلمان که در یک پرسشنامه‌ی متحدالشکل فراهم شده بود از طریق دو کارشناس ارشد آقا و خانم در نواحی مختلف آموزش و پرورش مورد آزمایش و بررسی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد، رضایت از زندگی از طریق دو متغیر دیگر یعنی بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی قابل پیش بینی است. اگرچه تا اندازه‌ای رضایت از زندگی از طریق متغیرهای کیفیت زندگی همچون ملزومات زندگی، سلامت بدنی، روابط بین فردی و معنی دار بودن زندگی قابل تبیین است ولی به تنهایی برای یک پیش بینی قوی کافی نیست. رضایت از زندگی علاوه بر داشتن یک کیفیت زندگی مناسب، نیازمند بهزیستی ذهنی نیز می‌باشد. در تحقیق حاضر هنگامی که متغیرهای کیفیت زندگی با متغیر بهزیستی ذهنی در کنار هم قرار گرفتند درصد زیادی (۴۱٪) از واریانس رضایت از زندگی را تبیین و پیش بینی می‌کردند.

### کلیدواژه‌ها:

رضایت از زندگی، سلامت روان شناختی، کیفیت زندگی

۱- (نویسنده پاسخگو) دانشیار روانشناسی شخصیت دانشگاه تربیت معلم faramn37@yahoo.com

۲- استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت معلم

\*این مقاله بخشی از یک تحقیق به شماره ق الف ۸۷-۱۰۶۳ است که با حمایت مالی قطب علمی روان شناسی استرس دانشگاه تربیت معلم انجام شده است.



## مقدمه

مطالعاتی که در زمینه سلامت روانی توسط سازمان جهانی بهداشت و سازمان بین المللی کار انجام شده است نشان داده است که سلامت کارکنان در سازمان ها و محیط کار هر روز بیش از گذشته در معرض آسیب جدی قرار دارد (گابریل و لیلماتین، ۲۰۰۰، سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). در میان مشاغل باریسک بالا از شغل معلمی می توان نام برد که استرس بیش از اندازه را تجربه می کند (اسمیت و بورک، ۱۹۹۲، بویل، بورگ، فالزون و باگلیونی، ۱۹۹۵). با این وجود در اکثر مطالعات نشان داده نشده است که سلامت روانی معلمین با شاخص هایی که در تشخیص منطبق با طبقه بندی آماری (انجمن روان شناسی آمریکا، ۱۹۹۴) آمده است قابل ارزیابی باشند (ایتون، آنتونی، ماندل و گاریسون، ۱۹۹۰، کووس - ماسفتی، سویلا- ددیو، ریوس - سیدل، نراری و چان چی، ۲۰۰۶). بنابراین لازم است تا موضوع سلامت را از یک دیدگاه مثبت نگر مورد توجه قرار داد و به مقوله هایی همچون کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی و رضایت از زندگی که می توانند تعیین کننده سلامت روان شناختی باشند توجه کرد.

حامیان استفاده از اصطلاح کیفیت زندگی در نظام سلامت، معتقدند که دیدگاه های مرسوم و سنتی سلامت که بر نشانه ها تأکید می کند، دید محدودی را نسبت به سلامت ارائه می دهند. کیفیت زندگی را می توان با کمیت زندگی که نوعاً به وسیله اطلاعات زیست شیمیایی مانند میزان مرگ و میر یا امید به زندگی بیان می شود، مقایسه نمود (مانسینی و همکاران، ۲۰۰۳).

کیفیت زندگی از طرف دیگر به جنبه هایی از زندگی اشاره دارد که زندگی را خوشایند و ارزشمند می سازد، بنابراین حوزه کیفیت زندگی فراتر از نشانه های معمول است و دربرگیرنده بهزیستی ذهنی، رضایت

فرد و کارکردها و کمبودهاست (مانسینی و همکاران، ۲۰۰۳). برخلاف تعاریف بسیاری که برای کیفیت زندگی پیشنهاد شده دو نوع تعریف معتبر وجود دارد که برای سنجش و اندازه گیری در تحقیق به کار رفته اند. اولاً کیفیت زندگی کلی و عام که متمرکز بر اهداف و نیازهای فردی و ارزیابی از چگونگی مدیریت رابطه بین معیارهای درونی و بیرونی توسط فرد است. به عبارت دیگر این مفهوم عام و کلی کیفیت زندگی خود با رضایتمندی ذهنی و کارکرد در حوزه های متعددی از زندگی که لزوماً بطور مستقیم تحت تأثیر خدمات سلامت قرار نمی گیرد، مرتبط است. از طرف دیگر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر نشانه های مستقیم مرتبط با بیماری و نقایص مربوط به آن متمرکز است (مانسینی و همکاران، ۲۰۰۳).

سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۷) کیفیت زندگی را دربرگیرنده، خوشحالی، رضایت از زندگی، بهزیستی، خودشکوفایی، بی نیازی و رهایی از فقر، کارکرد هدفمند، بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی کامل، نه صرفاً نبود بیماری، می داند. شلدون (۲۰۰۰، به نقل از راپلی، ۲۰۰۳) معیارهایی مانند، کامیابی، رضایت، بیکاری اندک، بهزیستی روان شناختی، لذت از زندگی و آزادی را از نشانه های کیفیت زندگی معرفی نمود.

علی رغم اینکه در مورد تعریف کیفیت زندگی چالش های متعددی وجود دارد، ولی متخصصین در محدوده ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر دارند. بعضی از متخصصان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. اغلب آنها معتقدند کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و دربرگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده ای آن را یک مفهوم فردی قلمداد می نمایند، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد (فرچ، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۴). کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن



بر خوشحالی یا رضایت تمرکز دارد. خوشحالی احساس مثبتی است که مدت زمان آن کوتاه است، در حالی که رضایت دلالت بر تجربه مثبتی دارد که مدت زمان آن طولانی تر از خوشحالی است. جزء سوم، بر اختلاف بین اهداف واقعی و اهداف آید، تمرکز دارد، یعنی تفاوت بین آنچه شخص آرزو دارد به آنها برسد و آنچه واقعاً وجود دارد. چنانچه اختلافی بین اهداف واقعی و ایده آل وجود داشته باشد، فرد از کیفیت نامطلوب تری برخوردار است و سودمند بودن برای جامعه بر توانایی زندگی کردن در جامعه و راضی و خشنود بودن تمرکز دارد. و بالاخره جزء پنجم، یعنی ظرفیت طبیعی، بر صلاحیت فیزیکی و روانی تمرکز دارد. راستون، در ادامه اظهار می دارد که کیفیت زندگی علاوه بر این ۵ حوزه، به عنوان یک مفهوم چند بعدی دارای جنبه های ادراکی و احساسی، عینی و ذهنی نیز می باشد. کیفیت زندگی شامل ابعادی نظیر کارکرد فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، خانوادگی و روابط بین فردی است. کیفیت زندگی را باید بیشتر به صورت مفهومی ذهنی بکار برد، عوامل عینی در مقایسه با عوامل ذهنی تأثیر کمتری بر کیفیت زندگی دارند، در عین حال نباید عوامل عینی را بطور کامل فراموش کرد.

تعریف بهزیستی ذهنی نیز مانند کیفیت زندگی دشوار است. پولارد و لی (۲۰۰۳)، به نقل از گالوی، (۲۰۰۵) با مرور نظامدار ادبیات پژوهش، بهزیستی را سازه ای پیچیده و چند وجهی توصیف می کند که تعریف آن برای پژوهشگران دشوار می باشد. در حیطه اقتصادی، بهزیستی به منزله رضایت از زندگی در نظر گرفته می شود که ممکن است مفهومی یک وجهی (رضایتمندی کلی از زندگی) یا چند وجهی (رضایتمندی از حیطه های مختلف زندگی) تلقی شود. کریستف و نال (۲۰۰۳)، به نقل از گالوی، (۲۰۰۵) بهزیستی ذهنی را بر حسب رضایت از زندگی تعریف می کنند. همچنین شواهد بدست آمده از مطالعات

اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت های زندگی ایده آل اوست که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در فرد بر می انگیزد (فرچ، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۴).

سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> در تعریف جامعی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر فرد تعریف می کند (باولینگ و زاهوا، ۲۰۰۴، گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی به شدت از زمان و مکان متأثر است و مؤلفه ها و عوامل تشکیل دهنده اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی متفاوت خواهند بود. کیفیت زندگی به مقدار زیاد از ارزش ها متأثر است و در واقع طبق ارزش های فردی و اجتماعی و ملی تعریف می شود. کیفیت زندگی ضمن دارا بودن ابعاد عینی و وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است ذهنی و درونی و در نتیجه به تصورات و ادراک فرد از واقعیت های زندگی بستگی دارد (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸، هاس، ۱۹۹۹).

کوهلی و همکاران (۲۰۰۵)، به نقل از کوسنتانزا و همکاران، (۲۰۰۷) در بررسی خود کیفیت زندگی را احساسی کلی از بهبودی شامل مواردی همچون شادی و رضایت از زندگی، تلقی کرده اند. راستون (۱۹۹۵)، به نقل از گالوی، (۲۰۰۵) کیفیت زندگی را دارای ۵ بخش می داند که شامل زندگی طبیعی، خوشحالی، موفقیت در دستیابی به اهداف شخصی، سودمند بودن برای جامعه و ظرفیت طبیعی است. جزء اول، بر داشتن یک زندگی طبیعی متمرکز است. زندگی طبیعی می تواند یک زندگی بدون بیماری و همچنین سازگاری با موقعیت جدید و تجارب تازه در زندگی علی رغم وجود بیماری مزمن باشد. جزء دوم،

1. The World Health Organization

2. World Health Organization Quality of Life Group



«بهبهزیستی ذهنی» بدون یک تعریف روشن استفاده می کنند. از این رو ارزیابی های بهبهزیستی اغلب ارزیابی کننده میزان شادکامی یا رضایت از زندگی افراد است. برخی نویسندگان دیگر پیشنهاد می کنند که بهبهزیستی ذهنی را می توان با استفاده از سؤالات خود سنجی درباره «شادکامی» و «رضایت از زندگی» اندازه گیری کرد. در خصوص رابطه بین کیفیت زندگی و بهبهزیستی ذهنی، دیدگاه های متعارضی وجود دارد (هاس، ۱۹۹۹). برخی متخصصان این دو مفهوم را مترادف در نظر می گیرند، در حالی که دیگران بهبهزیستی ذهنی را یک مؤلفه از مفهوم گسترده تر کیفیت زندگی در نظر می گیرند (دینر و سو، ۱۹۹۷). تیلافر و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از گالوی، (۲۰۰۵) در مرور مدل های کیفیت زندگی دریافتند که در ۲۷/۹ درصد از این مدل ها مفهوم بهبهزیستی در تعریف کیفیت زندگی یافت می شود. به عبارت دیگر در اکثر مدل ها، بهبهزیستی ذهنی مفهومی مرتبط اما مجزا از کیفیت زندگی در نظر گرفته می شود. کوستناتزا و همکاران (۲۰۰۷) با ارایه یک مدل مفهومی، کیفیت زندگی را نتیجه تعامل نیازهای انسان و ادراک ذهنی او از نحوه ارضا و فرصت های موجود برای ارضای این نیازها تلقی می نمایند. به طور کلی می توان گفت که ارتباط تنگاتنگی بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهبهزیستی روانی وجود دارد که در تحقیق کنونی بدنبال تبیین رضایت از زندگی از طریق کیفیت زندگی و همچنین بهبهزیستی روانی است.

### روش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی و همبستگی است. در این نوع تحقیق رابطه میان متغیرها بر اساس هدف تحقیق تحلیل می گردد. بدین منظور در تحقیق کنونی به دنبال تبیین رضایت زندگی به عنوان متغیر ملاک از طریق متغیرهای پیش بین همچون

روانشناختی نشان می دهد که درجه بندی رضایت یا عدم رضایت از زندگی شاخص معقول معتبری از نحوه ادراک فرد از زندگی خویش می باشد و تصویر خوبی از بهبهزیستی ذهنی فراهم می سازد (مام، ۱۹۹۶). بر این اساس اقتصاد دانان نیز رضایت مندی از زندگی را به عنوان شاخص سودمندی از بهبهزیستی ذهنی پذیرفته اند (گالوی، ۲۰۰۵).

کریستوف و نال (۲۰۰۳) معتقدند که بهبهزیستی ذهنی بخشی یا یکی از اجزاء رفاه و آسایش است، اصطلاحی که آنها بکار گرفتند در این بافت معادل کیفیت زندگی است. آنها بهبهزیستی ذهنی را بر حسب رضایت از زندگی تعریف کرده اند. محققینی که بهبهزیستی را معادل با کیفیت زندگی می بینند، برخی اوقات بین بهبهزیستی که ممکن است در برگیرنده شرایط عینی باشد، و بهبهزیستی ذهنی که بوسیله خود افراد تعریف و ارزیابی می شود و ممکن است در برگیرنده پاسخ های ذهنی به شرایط عینی باشد، تفاوت قائل می شوند.

چندین مدل تجربی غیر رسمی درباره ساختار بهبهزیستی ذهنی وجود دارد. برادبرن (۱۹۶۹)، به نقل از کشدن، (۲۰۰۴) بیان نمود که بهبهزیستی ذهنی کارکردی از ابعاد مستقل عاطفه مثبت و منفی کلی می باشد. ارگلی و کروسلند (۱۹۸۷) و دینر (۲۰۰۰) بهبهزیستی ذهنی را به عنوان یک ارزشیابی عاطفی و شناختی فرد از زندگی تعریف کردند. وین هوون (۱۹۹۷)، به نقل از کشدن، (۲۰۰۴) بهبهزیستی ذهنی را مجموعه ای از ارزیابی های شناختی و عاطفی مرتبط با زندگی فرد شامل چقدر احساس خوبی می کند و مانند آن تعریف کرده است. رویهمرفته، بهبهزیستی ذهنی بالا، متشکل از سه عامل ویژه است ۱- فراوانی و شدت حالات عاطفی مثبت ۲- فقدان نسبی اضطراب و افسردگی ۳- رضایت کلی از زندگی.

بسیاری از نویسندگان از اصطلاحات «بهبهزیستی» یا



**مقیاس سلامت روان شناختی:** مقیاس سلامت روان شناختی دارای ۱۷ سؤال است که خود به دو قسمت تقسیم می شود: T1 و T2. T1 شامل پنج سؤال اول و ترجمه دقیق پرسشنامه SWLS است و میزان رضایت زندگی را نشان می دهد (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). این آزمون در مطالعات بین فرهنگی زیادی مورد استفاده قرار گرفته و از قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است (مایرز و دینر، ۱۹۹۵). T2 شامل دوازده سؤال بعدی است که اقتباسی از مقیاس SWB است. در این مقیاس ۶ مقوله پذیرش خود، روابط مثبت بادیگران، استقلال، کنترل و مدیریت محیط، هدف زندگی و رشد شخصی وجود دارد که برای هر مقوله ۲ سؤال در نظر گرفته شده است. برای مجموع ۱۷ سؤال، طیف هفت درجه ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) در نظر گرفته شده و از آزمودنی ها خواسته شد که میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از سؤالات مورد ارزیابی قرار دهند. اعتبار و روایی این آزمون را کرمی نوری و همکاران (۱۳۸۱) در نمونه های ایرانی گزارش کرده اند.

**پرسشنامه جمعیت شناختی:** علاوه بر پرسشنامه های فوق، در این پژوهش از یک پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته نیز برای جمع آوری اطلاعات در مورد ویژگی های جمعیتی و وضعیت اقتصادی اجتماعی شرکت کنندگان استفاده شد.

**روش اجرا:** پرسشنامه کیفیت زندگی، بهزیستی روانی به همراه پرسش هایی در باره ی وضعیت اقتصادی اجتماعی معلمان که در یک پرسشنامه ی متحدالشکل فراهم شده بود از طریق دو کارشناس ارشد آقا و خانم در نواحی مختلف آموزش و پرورش اجرا گردید. در ابتدای پرسشنامه ها در باره ی کیفیت زندگی و ارتباط آن با سلامت روان شناختی توضیحاتی ارائه شده بود که تا حدودی به سؤالات احتمالی معلمان در باره اهداف تحقیق پاسخ داده

کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل شهروندان شهر تهران (در این مرحله معلمان) بود. نمونه مورد مطالعه شامل حدود ۵۰۰ نفر از معلمان تهرانی بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شد. به منظور انتخاب نمونه مورد نظر مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران به ۵ ناحیه بزرگ (شمال شامل مناطق ۱ و ۳، غرب شامل مناطق ۵ و ۹، شرق شامل مناطق ۸ و ۱۳، مرکز شامل مناطق ۷ و ۱۲، جنوب شامل مناطق ۱۸ و ۱۹) تقسیم شده و از هر منطقه ۶ مدرسه در سطوح ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان (با توجه به جنسیت) و از هر مدرسه بین ۸ الی ۱۰ معلم به طور تصادفی انتخاب شد و ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند.

## ابزار

**مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی:** این پرسشنامه شامل ۲۶ ماده است که حوزه های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی، و محیط را ارزیابی می کند. مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از روایی افتراقی، روایی محتوایی، پایایی آزمون-آزمون مجدد خوبی برخوردار است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸، بورگر، ۲۰۰۵). این پرسشنامه توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه روانشناسی سلامت از زبان اصلی به فارسی برگردان و مطابقت با زبان اصلی از طریق ترجمه ی مجدد به زبان اصلی صورت گرفت و عدم مطابقت زبانی یافت نشد. پرسشنامه ی مذکور روی ۵۰۴ نفر از معلمان در تحقیق مذکور برای بررسی تحلیل عاملی بکار رفته است که نتایج آن نشان داده که دارای ۴ عامل ملزومات زندگی، سلامت بدنی، معنی دار بودن زندگی و روابط بین فردی است که دارای بارهای عاملی مناسب و پایایی بالا است (فراهانی و محمدخانی، مقاله در دست انتشار).



جدول ۱- شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

| تعداد | انحراف<br>معیار | میانگین |                     |
|-------|-----------------|---------|---------------------|
| ۵۰۴   | ۴۳۵۲            | ۳۴٫۱۹   | معلومات زندگی       |
| ۵۰۴   | ۱۸۶۴            | ۳۱٫۸۱   | معنی دار بودن زندگی |
| ۵۰۴   | ۴۲۱۷            | ۳۳٫۴۱   | سلامت فیزیکی        |
| ۵۰۴   | ۲۲۴۰            | ۱۳٫۶۹   | روابط بین فردی      |
| ۵۰۴   | ۶۵۴۲            | ۲۰٫۱۹   | رضایت از زندگی      |
| ۵۰۴   | ۱۴۸۹۲           | ۵۲٫۶۷   | بهبودی ذهنی         |

می‌کند. این در حالی است که ۲۲.۵٪ از آنها اعلام کرده بودند که ۲ نفر و ۴۳٪، ۳ نفر، ۱۲.۵٪، ۴ نفر و ۶٪ بیش از ۵ نفر اعلام کرده بودند. ۱۲/۵٪ از آنان تعداد افراد خانواده ی خود را گزارش نکرده بودند. ۴.۶٪ میزان در آمد کل خانواده را زیر ۳۰۰ هزار تومان در ماه گزارش کرده بودند. این در حالی است که ۱۹٪ بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان و ۲۲.۲٪ بین ۴۰۰ تا ۶۰۰ هزار تومان، ۱۷.۳٪ بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان، ۱۸.۳٪ بین ۸۰۰ تا یک میلیون تومان، ۸.۳٪ بین یک میلیون تا یک میلیون و چهارصد هزار تومان، ۴.۸٪ از یک میلیون پانصد هزار تومان به بالا میزان کل درآمد خانواده ی خود را گزارش کرده بودند. ۵.۶٪ از معلمان میزان درآمد خانواده ی خود را گزارش نکرده بودند که در تهران بدنیا آمده اند و ۳۹.۷٪ اعلام کرده بودند که در تهران بدنیا نیامده اند و ۴.۴٪ نیز محل تولد خود را گزارش نکرده بودند. ۸۸.۵٪ اعلام کرده بودند که در شهر تهران زندگی می‌کنند و ۷.۵٪ اعلام کرده بودند که در حومه تهران ساکن هستند و ۵٪ نیز محل زندگی خود را گزارش نکرده بودند.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق آمده است. برای بررسی رابطه بین متغیرهای تحقیق ماتریس همبستگی در جدول ۲ ارائه شده

باشد. علاوه بر این، دو کارشناس ارشد روان شناسی به سئوالات احتمالی دیگر معلمان پاسخ های لازم را ارائه می دادند. از آنجایی که پرسشنامه بدون نام طراحی شده بودند، به معلمان این اطمینان را می داد که کلیه اطلاعات ارائه شده توسط آنها محرمانه بوده و آنها با اطمینان به سئوالات پرسشنامه ها پاسخ می دادند.

#### یافته‌ها

۵۰۴ نفر از معلمان که به پرسشنامه‌ها پاسخ گفته بودند، ۴۰٪ از آنان مذکر و ۶۰٪ از آنان مؤنث بودند. میانگین سن در آنها ۴۰ سال با انحراف معیار ۷ سال است. میزان تحصیلات در آنها ۷٪ دیپلم، ۲۷٪ فوق دیپلم، ۵۳٪ کارشناس، ۸٪ کارشناس ارشد، ۱٪ دکتری و ۴٪ از آنان میزان تحصیلات خود را ذکر نکرده بودند. از این تعداد ۴۰٪ در دوره ابتدایی، ۳۰٪ در دوره راهنمایی و ۳۰٪ در دوره دبیرستان به کار مشغول بوده اند. ۷.۵٪ از آنان مجرد، ۸۴٪ متأهل، ۱.۲٪ متارکه کرده، ۱.۴٪ بیوه، ۲٪ ازدواج مجدد و ۴٪ وضعیت خود را گزارش نکردند. ۶۶٪ اعلام کرده بودند که همسر آنان شاغل، ۲۳٪ از آنان غیر شاغل و ۱۱٪ وضعیت شغلی همسر خود را گزارش نکرده بودند. ۵٪ از آنها گزارش کرده بودند که یک نفر دیگر با آنها زندگی



جدول ۲- ماتریس همبستگی

| بهبودی دهنی | رضایت از زندگی | روابط بین فردی | سلامت بدنی | معنی دار بودن زندگی | ملزومات زندگی |                     |
|-------------|----------------|----------------|------------|---------------------|---------------|---------------------|
| ۰-۰۱        | .۲۷۳**         | .۵۷۵**         | .۵۱۵**     | .۲۲۵**              | ۱             | ملزومات زندگی       |
| ۰-۱۵        | .۱۹۳**         | .۱۶۲**         | .۱۶۲**     | ۱                   | .۲۲۵**        | معنی دار بودن زندگی |
| ۰-۱۳        | .۳۵۹**         | .۵۵۰**         | ۱          | .۱۶۲**              | .۰۵۱۵**       | سلامت فیزیکی        |
| ۰-۲۶        | .۳۵۷**         | ۱              | .۵۵۰**     | .۱۶۲**              | .۵۷۵**        | روابط بین فردی      |
| .۳۸۰**      | ۱              | .۳۵۷**         | .۳۵۹**     | .۱۹۳**              | .۲۷۳**        | رضایت از زندگی      |
| ۱           | .۳۸۰**         | ۰-۲۶           | ۰-۱۳       | ۰-۱۵                | ۰-۰۱          | بهبودی دهنی         |

P<.01 \*\*

همانطور که در مدل رگرسیون نشان داده شده است، در گام اول متغیر ملزومات زندگی است که وارد معادله می شود و ۲۲.۳ درصد واریانس رضایت از زندگی را تبیین می کند. در گام دوم متغیر بهبودی دهنی است که در حدود ۱۴ درصد به میزان پیش بینی می افزاید و با کمک متغیر ملزومات زندگی ۳۶.۶ درصد واریانس رضایت زندگی را تبیین می کند. در گام سوم سلامت بدنی و در گام چهارم، معنی دار بودن زندگی وارد معادله شده و در مجموع در حدود ۴۱ درصد واریانس رضایت از زندگی را پیش بینی می کنند.

### بحث

یکی از مباحثی که در حوزه سلامت مطرح بوده این است که آیا کیفیت زندگی می تواند منجر به

است. همانطور که ماتریس همبستگی نشان می دهد بین مؤلفه های کیفیت زندگی با همدیگر رابطه ی معنی دار وجود دارد و در عین حال بین این مؤلفه های کیفیت زندگی با رضایت از زندگی نیز همبستگی معنی دار وجود دارد ولی با بهبودی دهنی رابطه ی معنی دار وجود ندارد. بین رضایت از زندگی با بهبودی دهنی همبستگی معنی دار وجود دارد.

برای بررسی اینکه آیا می توان از طریق متغیرهای کیفیت زندگی، بهبودی دهنی، رضایت از زندگی را پیش بینی کرد، از طریق رگرسیون چند متغیره با روش گام به گام این سؤال مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه مدل رگرسیون در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون

| خطای استاندارد برآورد | Adjusted R Square | R Square | ضریب همبستگی | Model |
|-----------------------|-------------------|----------|--------------|-------|
| ۵.۷۶۸                 | .۲۲۳              | .۲۲۴     | .۴۷۳(a)      | ۱     |
| ۵.۲۰۹                 | .۳۶۶              | .۳۶۸     | .۶۰۷(b)      | ۲     |
| ۵.۰۴۵                 | .۴۰۵              | .۴۱۰     | .۶۴۰(c)      | ۳     |
| ۵.۰۲۸                 | .۴۰۹              | .۴۱۵     | .۶۴۴(d)      | ۴     |

- (۱) پیش بین: ملزومات زندگی
- (۲) پیش بین: ملزومات زندگی، بهبودی دهنی
- (۳) پیش بین: ملزومات زندگی، بهبودی دهنی، سلامت بدنی
- (۴) پیش بین: ملزومات زندگی، بهبودی دهنی، سلامت بدنی، معنی دار بودن زندگی.



به مقدار زیاد از ارزش‌ها متأثر است و در واقع طبق ارزش‌های فردی و اجتماعی و ملی تعریف می‌شود. کیفیت زندگی ضمن دارا بودن ابعاد عینی و وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است ذهنی و درونی و در نتیجه در نهایت به تصورات و ادراک فرد از واقعیت‌های زندگی بستگی دارد (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸، هاس، ۱۹۹۹).

تعریف بهزیستی ذهنی نیز مانند کیفیت زندگی دشوار است. پولارد و لی (۲۰۰۳)، به نقل از گالوی، (۲۰۰۵) با مرور نظام‌دار ادبیات پژوهش، بهزیستی را سازه‌ای پیچیده و چندوجهی توصیف می‌کنند که تعریف آن برای پژوهشگران دشوار می‌باشد. در حیطه اقتصادی، بهزیستی به منزله رضایت از زندگی در نظر گرفته می‌شود که ممکن است مفهومی یک‌وجهی (رضایتمندی کلی از زندگی) یا چندوجهی (رضایتمندی از حیطه‌های مختلف زندگی) تلقی شود. کریستف و نال (۲۰۰۳)، به نقل از گالوی، (۲۰۰۵) بهزیستی ذهنی را بر حسب رضایت از زندگی تعریف می‌کنند. همچنین شواهد بدست آمده از مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که درجه بندی رضایت یا عدم رضایت از زندگی شاخص معقول معتبری از نحوه ادراک فرد از زندگی خویش می‌باشد و تصویر خوبی از بهزیستی ذهنی فراهم می‌سازد (مام، ۱۹۹۶).

بنابراین بایستی بین کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی رابطه‌ای متقابل فرض کرد که از طریق دو تا از این متغیرها می‌توان متغیر دیگر را پیش‌بینی کرد بدان معنی که اگر بخواهیم رضایت از زندگی را پیش‌بینی نماییم تا حدودی دو متغیر دیگر یعنی بهزیستی ذهنی و کیفیت از زندگی آن را پیش‌بینی می‌کنند. اگرچه تا اندازه‌ای رضایت از زندگی از طریق متغیرهای کیفیت زندگی همچون ملزومات زندگی، سلامت بدنی، روابط بین فردی و معنی دار بودن زندگی قابل تبیین است ولی به تنهایی برای یک

رضایت از زندگی شود؟ جواب به این سؤال چیزی بوده است که در سال‌های گذشته محققین در حوزه سلامت را به خود مشغول کرده است. به طور کلی وقتی این سؤال مطرح می‌شود محققین با یک سردرگمی زاید الوصفی مواجه می‌شوند زیرا متغیر مورد اشاره در ادبیات تحقیق از یک آشفتگی مفهومی برخوردار است. حامیان استفاده از اصطلاح کیفیت زندگی در نظام سلامت، معتقدند که دیدگاه‌های مرسوم و سنتی سلامت که بر نشانه‌ها تأکید می‌کند، دید محدودی را نسبت به سلامت ارائه می‌دهند. کیفیت زندگی را می‌توان با کمیت زندگی که نوعاً بوسیله اطلاعات زیست‌شیمیایی مانند میزان مرگ و میر یا امید به زندگی بیان می‌شود، مقایسه نمود (مندلوییز و استین، ۲۰۰۰، به نقل از مانسینی و همکاران ۲۰۰۳). کیفیت زندگی از طرف دیگر به جنبه‌هایی از زندگی اشاره دارد که زندگی را خوشایند و ارزشمند می‌سازد، بنابر این حوزه کیفیت زندگی فراتر از نشانه‌های معمول است و دربرگیرنده بهزیستی ذهنی و رضایت فرد و کارکردها و کمبودهاست (انگرمیر و کیلین، ۱۹۹۷). بنابراین لازم بود که این اصطلاح بیش از گذشته مورد توجه و تحقیق قرار گیرد. کیفیت زندگی مفهومی چندلایه و پیچیده دارد. بنابراین با وجود تحقیقات زیاد انجام شده در زمینه شاخص‌های ذهنی و عینی کیفیت زندگی، هنوز نظریه یا ابزار اندازه‌گیری کاملاً تأیید شده‌ای برای کیفیت زندگی وجود ندارد.

سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۷) کیفیت زندگی را دربرگیرنده، خوشحالی، رضایت از زندگی، بهزیستی، خودشکوفایی، بی‌نیازی و رهایی از فقر، کارکرد هدفمند، بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی کامل، نه صرفاً نبود بیماری، می‌داند. کیفیت زندگی به شدت از زمان و مکان متأثر است و مؤلفه‌ها و عوامل تشکیل‌دهنده اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی متفاوت خواهند بود. کیفیت زندگی





### منابع فارسی

فراهانی، محمد نقی، محمد خانی، شهرام. رابطه کیفیت زندگی با سلامت روان شناختی در معلمان. مجله روان شناسی دانشگاه تبریز، مقاله در دست انتشار.  
 کرمی نوری، رضا؛ مگری، آذرخش؛ محمدی فر، محمد؛ و یزدانی، اسماعیل. (۱۳۸۱). مطالعه عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۳۲، ۱، ۳-۴۱.

### References

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. (DSM-IV)). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. (2004). Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first-or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand*, 2, 108-118.
- Argyle, M., & Crossland, J. (1987). The dimensions of positive emotions. *British Journal of Social Psychology*, 26, 127-137.
- Bowling, Ann., & Zahava, Gabriel. (2004). 'An Integrational Model of Quality of Life in Older Age. Results From the ESRC/MRC HSRC Quality of Life Survey in Britain', *Social Indicators Research*, 69, 1-36.
- Boyle, G.J., Borg, M. G., Falzon, J.M., & Baglioni, A.J. (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 49- 67.
- Buerger, C., & Kuehner, C. T. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, 205-213.
- Christoph, B., & Noll, H. (2003). Subjective Well-Being in the European Union during the 90s'. *Social Indicators Research*, 64, 3, 197.
- Costanzia, R, Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267 - 276

پیش بینی قوی کافی نیست. رضایت از زندگی، علاوه بر داشتن یک کیفیت زندگی مناسب، نیاز مند بهزیستی ذهنی نیز می باشد تا بتوان با درصد واریانس بیشتری این معادله را کامل نمود. در تحقیق کنونی هنگامی که متغیرهای کیفیت زندگی با متغیر بهزیستی ذهنی در کنار هم قرار می گیرند درصد زیادی از رضایت از زندگی را تبیین می کنند.

از طرفی بایستی توجه داشت که همانطور که برادبرن (۱۹۶۹) بیان نمود، بهزیستی ذهنی کارکردی از ابعاد مستقل عاطفه مثبت و منفی کلی می باشد. ارگلی و کروسلند (۱۹۸۷) و دینر (۲۰۰۰) بهزیستی ذهنی را به عنوان یک ارزشیابی عاطفی و شناختی فرد از زندگی تعریف کردند. وین هوون (۱۹۹۷) بهزیستی ذهنی را مجموعه ای از ارزیابی های شناختی و عاطفی مرتبط با زندگی فرد شامل چقدر احساس خوبی می کند و مانند آن تعریف کرده است. روی هم رفته، بهزیستی ذهنی بالا، متشکل از سه عامل ویژه است ۱- فراوانی و شدت حالات عاطفی مثبت ۲- فقدان نسبی اضطراب و افسردگی ۳- رضایت کلی از زندگی (به نقل از کشدن، ۲۰۰۴).

بنابراین رضایت از زندگی صرفاً نمی تواند از طریق متغیرهای کمی بلکه از نوع کیفی آن همچون کیفیت زندگی و بهزیستی روانی که در مجموع می توانند درصد بالایی از آن را پیش بینی نمایند، می باشد. در نهایت بایستی تاکید کرد که در بررسی شاخص های رضایت از زندگی در افرادی که در معرض استرس های شغلی قرار می گیرند صرفاً نبایستی به شاخصه ای حداقل بلکه به شاخص های سلامت همچون کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی توجه کرد که سهم فراوانی از رضایت از زندگی را تبیین می نمایند.



- Diener, E., Suh. (1997). Quality of Life and Quality of Persons: A New Role for Government. Oxford University Press, pp. 256-293.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Mandel, W., & Garrison, R. (1990). Occupations and the prevalence of major depressive disorder. *Journal of Occupational Medicine*, 32, 1079- 1087.
- Frisch, M.B. (1993). The quality of life inventory: A cognitive- behavioral tool for complete problem assessment, treatment planning, and outcome evaluation. *Behavior Therapist*, 16, 42-44.
- Frisch, M.B. (1994). Quality of Life Inventory™ (QOLI™). National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M. R. (2000). Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Office.
- Galloway, S. (2005). Quality of life and well-being: Measuring the benefits of culture and sport. Centre for Cultural Policy Research. University of Glasgow.
- Haas, B. K. (1999). A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 21, No. 6, p. 728.
- Kashdan, Todd B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences* 36, 1225-1232.
- Kovvess- Masfety, V., Sevilla- Dedieu, C., Rios-Seidel, C., Nerrriere, E., & Chan Chee, C. (2006). Do teachers have more health problems? Results from a French cross- sectional survey. *BMC Public Health*, 6, 101.
- Lucas, R. E. (1996). Discriminant validity of subjective wellbeing measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628
- Mancini, C., Oakman, J., Farvolden, P., Quilty, L. C., & Van Ameringen, M. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 405-426.
- Moum, T. (1996). Subjective Well-being as a Short and Long Term Predictor of Suicide in the General Population. Paper Presented at the World Conference on Quality of Life. Prince George, British Columbia
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Newton. C. Pollard, E. L., & Lee, P. D. (2003). Child Well-Being: a Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 61, 1- 60.
- Rapley, M. (2003). Quality of life research: A critical introduction. Sage publication: London.
- Smith, M., & Bourke, S. (1992). Teacher stress: Examining a model based on context, workload and satisfaction. *Teaching and Teacher Education*, 8, 31-46.
- The WHOQOL Group. (1998). 'The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization'. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- World Health Organization. (2002). The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1997). Violence prevention: An important element of a health- promoting school. Geneva: World Health Organization.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.