

پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی رضایت از زندگی

Psychological Predictors of Life Satisfaction

Amir Keshavarz
PhD Candidate
University of Isfahan

Hossein Ali Mehrabi
PhD Candidate
University of Isfahan

حسینعلی مهربانی
دانشجوی دکتری
دانشگاه اصفهان

امیر کشاورز
دانشجوی دکتری
دانشگاه اصفهان

Mohammad Soltanizadeh
PhD Candidate University of Isfahan

محمد سلطانی‌زاده
دانشجوی دکتری دانشگاه اصفهان

چکیده

این پژوهش رابطه بین سلامت روانی (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، افسردگی و نارسانکشن‌وری اجتماعی)، سبک‌های مقابله با تنیدگی (مسئله محور، اجتنابی و هیجان محور) و بازخوردهای مذهبی (اعتقاد به اصول دین، دوستی و بندگی خدا و عمل به مناسک مذهبی) و رضایت از زندگی را بررسی کرد. با یک انتخاب تصادفی ۱۲۰ نفر (۵۵ مرد با میانگین سنی ۳۰ سال و ۶۵ زن با میانگین سنی ۲۷ سال) از مردم شهر اصفهان به پرسشنامه‌های سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹)، مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا (پارکر و اندلر، ۱۹۹۰)، بازخوردهای مذهبی (کشاورز، مهربانی و سلطانی‌زاده، ۱۳۸۷) و مقیاس رضایت از زندگی (دینر، امونس، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵) پاسخ دادند. نتایج نشان دادند که رضایت از زندگی الف) همبستگی منفی معنادار با نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی و سبک مقابله هیجان محور و ب) همبستگی مثبت معنادار با باور به اصول دین، انجام مناسک مذهبی، دوستی و بندگی خدا و سبک مقابله مسئله محور داشت. تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که ۴۵ درصد از واریانس رضایت از زندگی را نشانه‌های افسردگی (۲۵ درصد)، دوستی و بندگی خدا (۸ درصد)، سبک مقابله هیجان محور (۷ درصد)، مقابله اجتنابی (۳ درصد) و نارسانکشن‌وری اجتماعی (۲ درصد) تبیین می‌کنند. نقش سلامت روانی، سبک‌های مقابله و بازخوردهای مذهبی در رضایت از زندگی بحث شد.

واژه‌های کلیدی: رضایت از زندگی، سلامت روانی، سبک‌های مقابله با تنیدگی، بازخوردهای مذهبی.

Abstract

This research explored the relationship between mental health (somatic symptoms, anxiety, insomnia, depression and social dysfunctioning), coping styles, religious attitudes and life satisfaction. A random selection of 120 (55 males, mean age: 30 and 65 females, mean age: 27) Isfahan people answered the General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979), The Coping Inventory for Stressful Situations (Parker & Endler, 1990), Religious Attitudes Questionnaire (Keshavarz, Mehrabi & Soltanizadeh, 2009) and the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Results showed life satisfaction was correlated: a) negatively with somatic symptoms, insomnia and emotion-focused coping style; b) positively with a belief in principles of religion, performing religious rituals, reverence, and problem-focused coping style. Step by step regression analysis revealed that 45% of life satisfaction could be explained by symptoms of depression (25%), reverence (8%), emotion-focused coping (7%), avoidant coping (3%), and social dysfunctioning (2%). The roles of mental health, coping styles, and religious attitudes in life satisfaction are discussed.

Key words: life satisfaction, mental health, coping styles, religious attitudes.

received: 1 Oct 2008

accepted: 8 Nov 2009

Contact information : amir.keshavarz.ir@gmail.com

دریافت: ۸۷/۷/۹

پذیرش: ۸۸/۸/۱۷

مقدمه

در سالهای اخیر، پژوهشهای بسیاری در مورد کیفیت زندگی^۱ افراد از دو دیدگاه عینی^۲ و فاعلی^۳ انجام شده‌اند. دیدگاه عینی به شرایط بیرونی مانند میزان درآمد، کیفیت مسکن، شبکه‌های دوستی و دسترسی به خدمات بهداشتی توجه می‌کند. در مقابل، دیدگاه فاعلی بر قضاوت افراد در مورد رضایت از زندگی^۴ با توجه به کل زندگی یا حیطه‌های خاص آن مانند رضایت از دوستان، رضایت از خانواده و رضایت از تجربه‌های تحصیلی تأکید می‌ورزد (زولیگ، والوآ، هیوبنر و درین، ۲۰۰۵). رضایت از زندگی به عنوان ارزیابی کلی کیفیت زندگی براساس ملاکهای انتخاب شده عبارت است از مقایسه بین شرایط زندگی با ملاکهای شخصی افراد هنگامی سطوح بالای رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی آنها با ملاکهایی که برای خود تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته باشند. رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان جامعترین ارزیابی افراد از شرایط زندگی خود در نظر گرفت (دینر، ۲۰۰۰).

عوامل متفاوتی در رضایت از زندگی مشارکت دارند. برای مثال گیبسون (۱۹۸۶) تعامل اجتماعی، امونس و دینر (۱۹۸۵) عوامل شخصیتی، جورج (۱۹۸۱) سطح درآمد و طبقه اجتماعی، ویلیتس و کرایدر (۱۹۸۸) مذهب را در میزان رضایت از زندگی مؤثر دانسته‌اند.

عامل دیگری که ارتباط آن با رضایت از زندگی بررسی شده، سلامت روانی^۵ است (ویلیتس و کرایدر، ۱۹۸۸). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (کیز، ۲۰۰۲)، سلامت روانی در بهترین منظر، عبارت است از یک حالت پایا و کامل از نبود نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت که دارای ابعاد فاعلی، روانی و اجتماعی است. با این وجود، سلامت روانی نه‌تنها نبود بیماری روانی را در نظر دارد، بلکه به سطحی از کنش‌وری اشاره می‌کند که در آن فرد با خود و سبک زندگی خویشتن آسوده و بدون مشکل است. مشکلات سلامت روانی که نشانگر ناتوانی

فرد در کنارآمدن با مسائل پیرامون خود است می‌توانند ناشی از بروز واکنشهای سازش‌نیافته در هر یک از چهار قلمرو گسترده کنش‌وری انسان یعنی رفتار اجتماعی، رفتار هیجانی، موضوعهای مرتبط با سلامتی و شغل باشند (بختیارپور، ۱۳۸۰).

در مورد رابطه رضایت از زندگی و سلامت روانی، پژوهشهایی انجام شده‌اند. برای مثال آریندل، میووسن و هیوس (۱۹۹۱) دریافتند که سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب و خشم با رضایت از زندگی رابطه معنادار دارند. مایرز و دینر (۱۹۹۵) نیز نشان دادند که رضایت از زندگی با سطوح بالای سلامت روانی رابطه دارد و هر چه میزان رضایت از زندگی بیشتر باشد، تجربه عواطف و احساسهای مثبت نیز بیشتر است. مالتبای، دی، مک‌کاجن، ژیلت، هوران و آشی (۲۰۰۴) نیز به این نتیجه رسیدند که عدم رضایت از زندگی با سطوح پائین سلامت، نشانه‌های افسردگی، مشکلات شخصیتی و رفتارهای نامناسب بهداشتی رابطه دارد. زولیگ و دیگران (۲۰۰۵) با بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و رضایت از زندگی نوجوانان نشان دادند که در روزهایی که سطوح سلامت جسمانی و روانی نوجوانان پایین و فعالیت آنها نیز محدود شده بود، میزان رضایت از زندگی نیز در سطح پایین قرار داشت. بری و گونل (۲۰۰۶) نیز با بررسی نرخ خودکشی، رضایت از زندگی و شادکامی^۶ به عنوان مشخصه‌های سلامت روانی جامعه به این نتیجه رسیدند که بین میزان خودکشی با رضایت از زندگی و شادکامی رابطه منفی وجود دارد.

نتایج پژوهش اولکر (۲۰۰۸) ارتباط مثبت و معنادار بین سلامت روانی و رضایت از زندگی را برجسته کردند. نتایج پژوهش استوبر و استوبر (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که سن، جنس و رضایت از زندگی با قلمروهای مختلف شغلی، تحصیلی و سلامت جسمانی و روانی رابطه معنادار دارند. از سوی دیگر به دلیل پیامدهای منفی جسمانی و روانی ناشی از تنیدگی^۷، افراد از سبکها و فرایندهای

1. quality of life
2. objective
3. subjective

4. life satisfaction
5. mental health
6. happiness

7. stress

مقابله‌ای فعال در ایجاد رضایت از زندگی فعلی و آینده فرد مؤثر است.

عامل دیگری که موجب افزایش رضایت از زندگی فرد می‌شود، ایمان مذهبی است. پژوهشها در قلمرو رابطه بین مذهب و رضایت از زندگی عمدتاً به این نتیجه رسیده‌اند که بین رضایت از زندگی و مذهب رابطه مثبت وجود دارد (برای مثال مایرز و دینر، ۱۹۹۵؛ پلوما و پندلتون، ۱۹۹۰). هانگ و گیاناکپولس (۱۹۹۴) پژوهشی در مورد عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی انجام دادند. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان دادند که اطمینان به خویشتن^۹، افسردگی، خشم، مسند مهارگری^{۱۰} و دینداری، ۲۶/۳ درصد کل واریانس رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند. در پژوهش دیگری، نتو (۱۹۹۵) دریافت که سلامت، روابط اجتماعی، مسند مهارگری، داشتن مسکن خوب و باورهای مذهبی، ۳۶ درصد واریانس رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند.

مک‌کلر و لودن (۱۹۸۲) نیز دریافتند که رضایت از زندگی با مدت زمان فعالیت‌های مذهبی رابطه مثبت دارد. این زمان، شامل رفتارهای مذهبی عمومی/برونی^{۱۱} (مانند عمل به اعتقادات مذهبی) و نیز رفتارهای مذهبی خصوصی/درونی^{۱۲} (مانند نیایش و دعاهاى شخصی) هستند. آدلر و فاگلی (۲۰۰۵) نیز نشان دادند که رضایت از زندگی متأثر از خودآگاهی^{۱۳}، خوش‌بینی و معنویت‌گرایی^{۱۴} فرد است. کوهن، پیرس، چمبرز، مید، گوروین و کونینگ (۲۰۰۵) دریافتند که مذهب از طریق تأثیر بر اعتقاد به زندگی پس از مرگ و کاهش اضطراب مرگ، بر رضایت از زندگی به طور غیرمستقیم اثر می‌گذارد.

اگرچه بررسی‌های مختلف به نقش متغیرهای متعددی در رضایت از زندگی پرداخته‌اند، اما پژوهشی که به طور همزمان به بررسی نقش مؤلفه‌های سلامت روانی، سبک‌های مقابله‌ای و بازخوردهای مذهبی در رضایت از زندگی پرداخته باشد، در داخل و خارج از کشور یافت نشد. با توجه به این امر که ارتقای سطح زندگی و بهبود

کنار آمدن با تنیدگی استفاده می‌کنند. به طور کلی، سبک مقابله‌ای به تلاش‌های شناختی و رفتاری برای جلوگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی اشاره دارد (لازاروس^۱ و فولکمن^۲، ۱۹۸۴ نقل از پنلی و توماکو، ۲۰۰۲).

اندلر^۳ و پارکر^۴ (۱۹۹۰) نقل از هرن و میچل، (۲۰۰۳) سه نوع اساسی سبک مقابله‌ای را از هم متمایز می‌سازند: سبک مقابله‌ای مسئله محور^۵، سبک مقابله‌ای هیجان محور^۶ و سبک مقابله‌ای اجتنابی^۷. راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور، توصیف‌کننده سبک‌هایی هستند که بر اساس آنها فرد اعمالی را برای کاهش یا از بین بردن تنیدگی انجام می‌دهد. رفتارهای مسئله محور، شامل جستجوی اطلاعات و تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی هستند. برعکس، راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور، سبک‌هایی را توصیف می‌کنند که افراد با تمرکز بر خویشتن، تمام تلاش خود را متوجه کاهش احساس‌های ناخوشایند می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیالپردازی‌اند و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی نیز مستلزم فعالیتها و تغییرات شناختی هستند که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زاست. راهبردهای اخیر ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (هرن و میچل، ۲۰۰۳). بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که تنیدگی ادراک شده^۸ و دسترسی به منابع مقابله با تنیدگی، سطح رضایت از زندگی و سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند (برای مثال گادبی و کاریج، ۲۰۰۴؛ مالتبای و دیگران، ۲۰۰۴؛ هادوی، ۲۰۰۱؛ سیمون، کیلنیک و گرانلو، ۲۰۰۳). همچنین، سطوح اجتماعی-اقتصادی، حمایت اجتماعی و تنیدگی، با رضایت از زندگی رابطه معنادار دارند (سیمون و دیگران، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش دویی و آگاروال (۲۰۰۷) نیز در مورد ۱۸۰ بیمار با ناراحتی مزمن نشان دادند که کاربرد سبک‌های

1. Lazarus, R. S.

2. Folkman, S.

3. Endler, N. D.

4. Parker, J. D. A.

5. problem-focused coping style

6. emotion-focused coping style

7. avoidance coping style

8. perceived

9. self-confidence

10. locus of control

11. public/extrinsic

12. private/intrinsic

13. self-awareness

14. spiritualism

شناختی شادکامی است و مؤلفه عاطفی شادکامی نیز شامل عاطفه مثبت و منفی می‌شود (دینر، ۲۰۰۰)، روایی^۵ همگرایی این پرسشنامه بر مبنای نتایج همبستگی با مقیاسهای عاطفه مثبت و منفی^۶ (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و فهرست شادکامی آکسفورد^۷ (آرگیل^۸ و لو^۹، ۱۹۸۹ نقل از کشاورز، مولوی و یارمحمدیان، ۱۳۸۷) بررسی شد. سلطانی‌زاده (۱۳۸۴) همبستگی بین رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و منفی را به ترتیب برابر با ۰/۳۴ و ۰/۲۱- و مهرابی، سلطانی‌زاده، کشاورز و مولوی (۱۳۸۵) نیز همبستگی بین رضایت از زندگی و شادکامی را برابر با $r=0/45$ و از لحاظ آماری معنادار گزارش کردند.

جدول ۱.

توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش در متغیرهای فردی

متغیرها	مرد		زن	
	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>
تحصیلات				
راهنمایی و کمتر از آن	۹/۳	۵	۴/۶	۳
دیپلم	۴۰/۷	۲۲	۳۸/۵	۲۵
کاردانی و کارشناسی	۴۴/۵	۲۴	۴۳/۹	۳۵
ارشد و بالاتر	۵/۵	۳	۳	۲
وضعیت تأهل				
مجرد	۵۴/۵۴	۳۰	۵۸/۳۳	۳۵
متاهل	۴۵/۴۶	۲۵	۴۱/۶۷	۲۵
سن				
	<u>M</u>		<u>SD</u>	
مرد	۳۰		۹	
زن	۲۷		۱۰	

● **پرسشنامه بازخوردهای مذهبی** براساس مرور ادبیات پژوهشی و متون اسلامی برای سنجش اعتقادات و رفتارهای دینی در زمینه اصول دین برای پژوهش حاضر تهیه شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است که در قالب طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای این مطالعه برابر با

کیفیت زندگی افراد جامعه، مستلزم شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی است، در این پژوهش به بررسی رابطه سلامت روانی، سبکهای مقابله با تنیدگی و بازخوردهای مذهبی با رضایت از زندگی مردم شهر اصفهان پرداخته شد. فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از:

۱- سلامت روانی بالاتر، مذهبی‌بودن، استفاده بیشتر از سبکهای مقابله‌ای مسئله محور و استفاده کمتر از سبکهای مقابله هیجان محور و اجتنابی با افزایش رضایت از زندگی همراه است.

۲- سلامت روانی، مذهبی‌بودن و نوع سبکهای مقابله با تنیدگی رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند.

روش

بر پایه یک طرح همبستگی، از بین مردم شهر اصفهان براساس شیوه نمونه‌برداری چند مرحله‌ای تعداد ۱۲۰ نفر به تصادف انتخاب شدند. پس از انتخاب چهار منطقه شهری در مرحله اول، و انتخاب دو محله به صورت تصادفی در مرحله دوم، آزمودنیها از ساکنان این خیابانها انتخاب شدند. ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

چون در مطالعه‌های همبستگی، دست کم ۱۰۰ نفر (دلاور، ۱۳۸۰) و در مطالعه‌های رگرسیون، دست کم ۲۰-۱۵ آزمودنی برای هر متغیر تعیین شده است (گال^۱، بورگ^۲ و گال^۳، ۱۳۸۳/۱۹۹۶) حجم نمونه در این پژوهش با در نظر گرفتن افت نمونه‌برداری ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. برای اندازه‌گیری متغیرها ابزارهای زیر به کار رفت:

● **مقیاس رضایت از زندگی**^۴ که توسط دینر، امونس، لارسن و گریفین (۱۹۸۵) ساخته شده، دارای ۵ سؤال است و رضایت کلی فرد از زندگی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره بین ۴۵-۵ قرار دارد. سلطانی‌زاده (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی را در دانشجویان دانشگاه اصفهان، برابر با ۰/۷۸ برآورد کرد. این ضریب در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۶ بود. از آنجا که رضایت از زندگی مؤلفه

1. Gall, M.
2. Borg, V.
3. Gall, J.

4. Satisfaction with Life Scale (SWLS)
5. validity
6. Positive and Negative Affect Scales (PANAS)

7. Oxford Happiness Inventory (OHI)
8. Argyle, M.
9. Lu, L.

اجتنابی، هیجانی و مسئله محور را ارزیابی می کند. هر سبک در قالب یک زیرمقیاس ۱۶ گویه ای ارائه و مجموع نمره های هر یک از زیرمقیاسها جداگانه محاسبه می شود. دامنه پاسخ به هر گویه از یک تا پنج است (کشاورز و دیگران، ۱۳۸۷). بررسیهای انجام شده حاکی از روایی و اعتبار بالای این آزمون است. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) اعتبار این مقیاس را مطلوب گزارش کرده اند. بهرامی (۱۳۸۳) نیز اعتبار و روایی قابل قبولی برای زیرمقیاسهای این پرسشنامه در نمونه ایرانی به دست آورده است. در این پژوهش نیز ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۹۴ به دست آمد.

برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و به منظور تبیین رضایت از زندگی براساس بازخورد مذهبی، سبکهای مقابله با تنیدگی و سلامت روانی از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام استفاده شد.

یافته ها

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی درونی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده اند. نتایج حاصل از ضرایب همبستگی پیرسون نشان دادند که رابطه رضایت از زندگی با اعتقاد به اصول دین ($r=0/23$)، دوستی و بندگی خدا ($r=0/46$) و عمل به مناسک دینی ($r=0/39$) معنادار است. بنابراین می توان گفت که هر چه اعتقاد به اصول دین، گرایش به دوستی و بندگی خدا و عمل به مناسک دینی بیشتر باشد، رضایت از زندگی افراد هم بیشتر است. افزون بر آن، رابطه مثبت سبک مقابله ای مسئله محور ($r=0/19$) و رابطه منفی سبک مقابله ای هیجان محور ($r=-0/44$) با رضایت از زندگی نشانگر آن است که استفاده بیشتر از سبک مقابله ای مسئله محور از یکسو و استفاده کمتر از سبک مقابله ای هیجان محور از سوی دیگر با رضایت از زندگی بیشتر در افراد همراه است.

۰/۹۴ بود. به منظور تعیین روایی محتوا پرسشنامه به سه نفر از کارشناسان دینی ارائه شد. با توجه به همخوانی بسیار بالای داوران، محتوای گویه های پرسشنامه تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی منجر به استخراج سه عامل و ۴۳ درصد تبیین واریانس شد. این عوامل شامل «اعتقاد به اصول دین» با ۱۸ گویه، «دوستی و بندگی خدا» با ۷ گویه و «عمل به مناسک دینی» با ۵ گویه بود.

● **پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28) گلدبرگ^۲ و هیلپر^۳ (۱۹۷۹)** دارای ۲۸ گویه و ۴ زیرمقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بیخوابی، افسردگی و نارسانکنش ووری اجتماعی است. تمام گویه های آن چهار گزینه ای و روش نمره گذاری آن برحسب طیف لیکرت است. حساسیت^۴ و ویژگی^۵ این آزمون به ترتیب بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ و ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ و ضرایب اعتبار زیرمقیاسهای آن نیز بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ به دست آمده است (کشاورز، مهربانی و سلطانی-زاده، ۱۳۸۷). گلدبرگ و ویلیامز^۶ (۱۹۸۵) نقل از احسان-منش، (۱۳۸۰)، ضریب روایی این پرسشنامه را با مصاحبه بالینی برابر با ۰/۸۰ گزارش کرده اند. گلدبرگ (۱۹۷۲) نقل از احسان منش، (۱۳۸۰)، همبستگی بین نمره های پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست بازنگری شده نشانه های مرضی^۷ (SCL-90) را برابر با ۰/۷۸ و حساسیت، ویژگی و ضریب همبستگی بین نمره های پرسشنامه سلامت عمومی با ارزیابی بالینی را به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش کرده اند. یعقوبی (۱۳۷۵) نیز حساسیت و ویژگی این آزمون را به ترتیب برابر با ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۲ و پالاهانگ، نصر، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۵) نیز این دو شاخص را در گروه مردان به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۷۸ و در زنان به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۷۹ به دست آورده اند.

● **پرسشنامه مقابله با موقعیتهای تنیدگی زا^۸ (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰)** به منظور سنجش سبکهای مقابله با تنیدگی افراد نوجوان و بزرگسال در موقعیتهای تنیدگی زا و بحرانی ساخته شد. این مقیاس با ۴۸ گویه سه سبک مقابله ای

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg, D. P.
3. Hillier, V. F.

4. sensitivity
5. specify
6. Williams, P.

7. Symptom Check List – Revised (SCL-90)
8. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

همچنین نتایج نشان دادند که اعتقاد به اصول دین، دوستی و بندگی خدا و عمل به مناسک دینی با کاهش نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی همراه است. سبک مقابله‌ای مسئله محور نیز با افزایش نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی کمتر و سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور با افزایش نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی همراه است.

در بررسی رابطه بین سلامت روانی و رضایت از زندگی هم مشخص شد رضایت از زندگی با نشانه‌های بدنی $(r=-0/29)$ ، اضطراب و بیخوابی $(r=-0/35)$ ، نارسا-کنش‌وری اجتماعی $(r=-0/47)$ و افسردگی $(r=-0/50)$ رابطه منفی و معنادار دارد و نشان می‌دهند که هر اندازه نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی کمتر باشند رضایت از زندگی بیشتر است.

جدول ۲.

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین رضایت از زندگی و بازخوردهای مذهبی، سبک‌های مقابله با تئیدی و سلامت روانی

متغیرها	<u>SD</u>	<u>M</u>	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. اعتقاد به اصول دین	۷/۷	۵۷/۹۱										
۲. دوستی و بندگی خدا	۵/۱	۴۷/۹۱	۰/۶۵**									
۳. عمل به مناسک دینی	۲/۶	۲۷/۱۸	۰/۶۸**	۰/۷۵**								
۴. مسئله محور	۶/۵	۲۸/۰۰	۰/۰۶۰	۰/۱۴	۰/۲۰*							
۵. اجتنابی	۶/۲	۲۲/۵۸	۰/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۰۰۵	۰/۲۸**						
۶. هیجان محور	۸/۱	۲۰/۹۳	۰/۰۰۵	۰/۰۱۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۹	۰/۳۸**					
۷. نشانه‌های بدنی	۵/۳	۱۵/۲۸	۰/۰۱۴	۰/۰۲۲*	۰/۰۱۳	۰/۰۰۲	۰/۱۸	۰/۴۰**				
۸. اضطراب و بیخوابی	۶/۰	۱۳/۸۳	۰/۰۲۳	۰/۰۲۸**	۰/۰۱۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۹	۰/۴۵**	۰/۷۷**			
۹. نارساکنش‌وری اجتماعی	۴/۴	۱۴/۴۱	۰/۰۲۶**	۰/۰۳۸**	۰/۰۳۱**	۰/۰۲۲**	۰/۰۴۲	۰/۲۵**	۰/۵۹**	۰/۶۹**		
۱۰. افسردگی	۵/۴	۱۷/۸۴	۰/۰۲۹**	۰/۰۳۹**	۰/۰۲۶**	۰/۰۲۰**	۰/۰۱۰	۰/۰۴۸**	۰/۶۹**	۰/۶۸**	۰/۶۸**	
۱۱. رضایت از زندگی	۴/۷	۲۱/۳۲	۰/۰۲۳*	۰/۰۴۶**	۰/۰۳۹**	۰/۰۱۸*	۰/۰۰۲	۰/۰۴۴**	۰/۰۲۹**	۰/۰۳۵**	۰/۰۴۷**	۰/۰۵۰**

** $P < 0/01$. * $P < 0/05$.

جدول ۳.

تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام جهت پیش‌بینی رضایت از زندگی براساس متغیرهای پژوهش

متغیرها	R	R ^۲	ΔR	β	SE	B
۱. افسردگی	۰/۵۰	۰/۲۵	۲۵/۱	۰/۰۰۸*	۰/۱۶	۰/۰۵
۲. افسردگی + دوستی و بندگی خدا	۰/۵۸	۰/۳۳	۸/۱	۰/۰۴۵*	۰/۱۱	۰/۳۲
۳. افسردگی + دوستی و بندگی خدا + مقابله هیجان محور	۰/۶۳	۰/۴۰	۶/۶	۰/۰۳۵*	۰/۰۷	۰/۴۰
۴. متغیرهای مرحله سوم + مقابله اجتنابی	۰/۶۶	۰/۴۳	۳/۴	۰/۰۲۸*	۰/۰۸	۰/۲۰
۵. متغیرهای مرحله چهارم + نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۶۷	۰/۴۶	۲/۳	۰/۰۳۸*	۰/۱۷	۰/۲۱

* $P < 0/05$.

مقیاس دوستی و بندگی خدا وارد معادله شد و قدرت تبیین را به ۳۳ درصد افزایش داد ($\beta = 0/45$ و $P < 0/05$). در گام سوم، سبک مقابله‌ای هیجان محور قدرت تبیین را به ۴۰ درصد افزایش داد ($\beta = -0/35$ و $P < 0/05$). در گام چهارم و با ورود متغیر سبک مقابله‌ای اجتنابی به معادله، میزان تبیین رضایت از زندگی به ۴۳ درصد افزایش

به منظور تبیین رضایت از زندگی براساس مؤلفه‌های سلامت روانی، سبک‌های مقابله‌ای و بازخوردهای مذهبی، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان دادند که متغیر نشانه‌های افسردگی به عنوان اولین متغیر ۲۵ درصد رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان را تبیین کرد ($\beta = -0/08$ و $P < 0/05$). در گام دوم، زیر-

این نکته نیز آشکار شد که بین مقوله‌های چهارگانه سلامت روانی، یعنی نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، افسردگی و نارسانکنش‌وری اجتماعی با رضایت از زندگی، رابطه منفی معنادار وجود دارد و نشانه‌های افسردگی نیز به میزان قابل توجهی رضایت از زندگی افراد را تبیین می‌کنند. این نتایج با پژوهش‌های دیگر همخوانی دارند (اولکر، ۲۰۰۸؛ بری و گونل، ۲۰۰۶؛ زولیک و دیگران، ۲۰۰۵؛ مالتبای و دیگران، ۲۰۰۴؛ مایرز و دینر، ۱۹۹۵؛ هانگ و گیاناکپولس، ۱۹۹۴ و آریندل و دیگران، ۱۹۹۱). به نظر می‌رسد از آنجا که افراد افسرده، بر شرایط زندگی خود مهار ندارند، زندگی را مطابق میل خود نمی‌دانند، به علت احساس درماندگی در برابر موقعیتهای دشوار، برای بهبود وضعیت خود کوشش نمی‌کنند و میزان رضایت آنها از زندگی کاهش می‌یابد. وجود میزان بالای نشانه‌های بدنی مثل سردرد، خستگی و زخم معده و سطوح بالای اضطراب احتمالاً باعث می‌شود که فرد احساس بیماری کند و این احساس، بر برداشت وی از شرایط زندگی اثر منفی بگذارد و در نتیجه، احساس رضایت وی کاهش یابد (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶).

نتایج این پژوهش این نکته را نیز نشان دادند که سبک مقابله‌ای مسئله محور با رضایت از زندگی، رابطه مثبت معنادار و سبک مقابله‌ای هیجان محور با رضایت از زندگی، رابطه منفی معنادار دارد. این نتایج با پژوهش‌های دیگر (دوبی و آگاروال، ۲۰۰۷؛ گادبی و کاریج، ۲۰۰۴؛ مالتبای و دیگران، ۲۰۰۴؛ سیمون و دیگران، ۲۰۰۳ و هاداوی، ۲۰۰۱) همسو هستند. در راهبرد مقابله‌ای مسئله محور، فرد ارزیابی واقع بینانه‌ای جدای از احساسهای خود از موقعیت دارد و با به دست آوردن شناخت مناسب و اتخاذ سبکهای مقابله‌ای مطلوب، تلاش می‌کند تا عامل تنیدگی‌زا را رفع یا مهار کند. به عبارت دیگر، سبک مقابله‌ای مسئله محور با کاهش فشار ناشی از رویدادهای تنیدگی‌زا، منجر به افزایش میزان رضایت از زندگی می‌شود. در مقابل، در سبک مقابله‌ای هیجان محور، فرد ممکن است با خود-فریبی و تحریف واقعیت، موقعیت را به نفع خود و غیر-

یافت ($\beta = -0.23$ و $P < 0.05$). در مرحله آخر با ورود نشانه‌های نارسانکنش‌وری اجتماعی از زیرمقیاس سلامت روانی، نشان داد که نشانه‌های نارسانکنش‌وری اجتماعی به تنهایی ۲/۳ درصد از رضایت از زندگی را تبیین می‌کنند ($\beta = -0.38$ و $P < 0.05$). در مجموع، پنج متغیر مذکور، ۴۶ درصد از واریانس رضایت از زندگی آزمودنیها را تبیین کردند.

بحث

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بین مقوله‌های سه‌گانه بازخوردهای مذهبی و رضایت از زندگی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد و دوستی و بندگی خدا قادر به پیش‌بینی رضایت از زندگی است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌ها (آدلر و فاگلی، ۲۰۰۵؛ کوهن و دیگران، ۲۰۰۵؛ نتو، ۱۹۹۵؛ هانگ و گیاناکپولس، ۱۹۹۴؛ پلوما و پندلتون، ۱۹۹۰؛ ویلیتس و کرایدر، ۱۹۸۸ و مک‌کلر و لودن، ۱۹۸۲) همخوانی دارند.

ایمان به خدا و دوست داشتن خدا از آن جهت که حمایت کلی، هدفمندی، احساس پذیرفته بودن و امید را در فرد به دنبال دارند، به افزایش رضایت فرد از وضعیت موجود خود منجر می‌شوند (گریلی^۱، ۱۹۷۵ نقل از عابدی، شوخی و تاجی، ۱۳۸۷). مذهبی بودن با افزایش احساس شادمانی و رضایت در فرد، بالارفتن سطح سلامت جسمانی و کاهش نشانه‌های افسردگی را در پی دارد (پلوما و پندلتون، ۱۹۹۰). دوستی و بندگی خدا، با ایجاد این احساس در فرد که خداوند حامی و مراقب اوست، منجر به افزایش رضایت از زندگی می‌شود. افزون بر آن، ایمان به خدا با فقدان احساس رهاشدگی، پوچی و تنهایی در فرد همراه است (پترسون، ۲۰۰۰).

به عبارت دیگر، باورها و بازخوردهای دینی که می‌توانند به احساس امید، نزدیکی به دیگران، آرامش، گرایش به خودتحقق‌دهی، احساس رضایت، مهار برانگیختگی، توانایی حل مسئله و نزدیکی به خدا بیانجامند، با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارند (کجباف و رئیس‌پور، ۱۳۸۷).

واقع بینانه ارزیابی کند. در صورتی که در برخورد با عوامل تنیدگی‌زا، شخص باید سلطه و تمرکز خود را بر موقعیت حفظ کند تا بتواند آن را درست ارزیابی کند. از اینرو، بین سبک مقابله‌ای هیجان محور با رضایت از زندگی، ارتباط منفی وجود دارد (کشاوری و دیگران، ۱۳۸۷).

بررسی عوامل اجتماعی و همچنین سایر عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی از جمله محدودیتهای این پژوهش بود. براساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی عوامل دیگری مانند خوش بینی، امید به زندگی، سطح رفاه مردم و دیگر متغیرهای مؤثر بر رضایت از زندگی، بررسی شوند. همچنین، انجام پژوهشهای دیگر در مورد رضایت از زندگی در شهری دیگر کشور، امکان دستیابی به الگویی مطلوب در رابطه با عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی را میسر می‌سازد. با توجه به سهم بالای افسردگی و عوامل مذهبی در رضایت از زندگی، بر بهینه و کاربردی تعالیم دینی در جامعه تأکید شود. افزون بر آن، لازم است که از طریق آموزش سبکهای مقابله‌ای مسئله محور و به ویژه، اصلاح سبکهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان محور در قالب برنامه‌های آموزشی مردم رسانه‌ها، در ارتقای عمومی سبک مطلوب مقابله با تنیدگی و به تبع آن، افزایش رضایت از زندگی افراد جامعه، اهتمام شود.

منابع

- احسان منش، م. (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسیهای انجام شده. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۶۹-۵۴.
- بختیارپور، پ. (۱۳۸۰). بررسی بهداشت روانی معلمان استان اصفهان. طرح تحقیقاتی شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.
- بهرامی، ف. (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه سبکهای مقابله با استرس دانش آموزان و رابطه آن با ویژگیهای شخصیتی آنان در دبیرستانهای شهر کاشان. طرح تحقیقاتی شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.
- پالاهنگ، ح.، نصر، م.، براهنی، م. ن. و شاه محمدی، د. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان.

فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۲۷-۱۹.

دلاور، ع. (۱۳۸۰). احتمالات و آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات رشد.

حسینی قدمگاهی، ج. (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.

سلطانی زاده، م. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین لذت جسمانی، هیجان-طلبی و سلامت ذهن دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان.

عابدی، ا.، شواخی، ع. ر. و تاجی، م. (۱۳۸۷). رابطه بین ابعاد دینداری و شادی در دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان. دو فصلنامه اسلام و روان شناسی، ۱، ۴۳-۳۱.

کجباف، م. ب. و رئیس پور، ح. ا. (۱۳۸۷). رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در دانش آموزان دبیرستانهای اصفهان. دو فصلنامه اسلام و روان شناسی، ۱، ۴۳-۳۱.

کشاوری، ا.، مولوی، ح. و یارمحمدیان، ا. (۱۳۸۷). رابطه بین جزمیت - انعطاف پذیری و ویژگیهای جمعیت شناختی با شادکامی. مجله روان شناسی، ۱، ۱۹-۴.

کشاوری، ا.، مهربانی، ح. ع. و سلطانی زاده، م. (۱۳۸۷). رابطه شیوه‌های مقابله با استرس، نگرشهای دینی و ویژگیهای جمعیت شناختی با سلامت روانی دانشجویان. چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز.

گال، م.، بورگ، و. و گال، ج. (۱۳۸۳). روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی. ترجمه ا. ر. نصر و همکاران. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و انتشارات سمت (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۶).

مهربانی، ح. ع.، سلطانی زاده، م.، کشاوری، ا. و مولوی، ح. (۱۳۸۵). تعیین عوامل مؤثر در رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه علم و صنعت.

یعقوبی، ن. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی صومعه سرای گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.

Adler, M. G., & Fagley, N. S. (2005). Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being.

- Gibson, D. M. (1986).** Interaction and well-being: Is it quantity or quality that counts? *International Journal of Aging and Human Development*, 24, 29-40.
- Godbey, K. L., & Courage, M. M. (2004).** Stress management program: Intervention in nursing student performance anxiety. *Achieves of Psychiatric Nursing*, 8, 190-199.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979).** Scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Hadaway, K. C. (2001).** *Life satisfaction & religion: A reanalysis*. USA: University of Massachusetts.
- Haren, E., & Mitchell, C. W. (2003).** Relationships between the five-factor personality model and coping styles. *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal*, 40, 38-49.
- Hong, S., & Giannakopoulos, E. (1994).** The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *The Journal of Psychology*, 128, 547-558.
- Keyes, C. L. M. (2002).** The mental health continuum: Form languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Maltaby, J., Day, L., McCutcheon, L. E., Gillett, R., Houran, J., & Ashe, D. D. (2004).** Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*, 95, 411-428.
- McClure, R. F., & Loden, M. (1982).** Religious activity, denomination membership and life satisfaction. *Psychology*, 19, 12-17.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995).** Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Neto, F. (1995).** Predictors of satisfaction with life among second generation migrants. *Social Ind-*
- Journal of Personality*, 73, 79-114.
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991).** The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatient's sample. *Personality and Individual Differences*, 12, 117-123.
- Bray, I., & Gunnell, D. (2006).** Suicide rates, life satisfaction and happiness as marker for population mental health. *Psychiatry Epidemiologic*, 41, 333-337.
- Cohen, A. B., Pierce, J. D. J., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., & Koenig, H. G. (2005).** Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the after life, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307-324.
- Diener, E. (2000).** Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985).** The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dubey, A., & Agarwal, A. (2007).** Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patients' perspectives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 2, 161-168.
- Emmons, R. A., & Diener, E. (1985).** Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Endler, N. D., & Parker, J. D. A. (1990).** Multi-dimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- George, L. K. (1981).** Subjective well-being: Conceptual and methodological issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2, 345-382.

- fectionism, gender, age and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences* (in press).
- Ulker, A. (2008).** Mental health and life satisfaction of young Australians: The role of family background. *Australian Economic Papers*, 2, 199-218.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988).** Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Willits, F. K., & Crider, D. M. (1988).** Religion, race, and psychological well-being. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 23, 351-362.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005).** Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research*, 14, 1573-1584.
- cators Research*, 35, 93-116.
- Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002).** Associations among the big five, emotional response, and coping with acute stress. *Personality and Individual Difference*, 32, 1215-1223.
- Peterson, C. (2000).** The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Poloma, M. M., & Pendleton, B. F. (1990).** Religious domains and general well-being. *Social Indicator Research*, 22, 255-276.
- Simon, D., Kilnic, A., & Granello, P. F. (2003).** Overall life satisfaction and help seeking attitudes of Turkish college students in the United States: Implications for college students. *Journal of College Counseling*, 6, 56-68.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009).** Domain of perfectionism: Prevalence and relationships with per-