

## کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی: مفاهیم مستقل یا وابسته؟

محمد نقی فراهانی<sup>۱</sup>

شهرام محمدخانی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۱۸

### چکیده

ژوهش حاضر به منظور ارائه یک ابزار معتبر برای سنجش کیفیت زندگی و تبیین رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی و تأثیرات متقابل آن‌ها بر یکدیگر انجام شده است. طرح حاضر از نوع پژوهش‌های علی مقایسه‌ای است. شرکت کنندگان پژوهش شامل ۵۰۰ نفر از علمان تهرانی بودند که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که بین زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی (ملزومات زندگی، داشتن سلامت بدنی، معنی داشتن در زندگی) و رضایت از زندگی به عنوان زیرمجموعه‌ی بهزیستی ذهنی رابطه‌ی معنادار وجود دارد، ولی بین کیفیت زندگی و سلامت ذهنی رابطه‌ی معناداری یافت نشد. این نتایج نشان می‌دهد که برخورداری از کیفیت زندگی خوب، به معنی داشتن بهزیستی ذهنی نیست، چراکه داشتن کیفیت مناسب زندگی می‌تواند منجر به رضایت زندگی شود که تنها یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی است و

---

۱. دانشیار روان‌شناسی شخصیت دانشگاه تربیت معلم

۲. استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم

نه تمام آن. این یافته‌ها تلویحات مهمی در طراحی برنامه‌های مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی.

## مقدمه

علی‌رغم اینکه در مورد تعریف کیفیت زندگی چالش‌های متعددی وجود دارد، ولی متخصصین در محدوده‌ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر دارند. بعضی از متخصصان در مورد ذهنی و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. اغلب آن‌ها معتقدند که کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و در برگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده‌ای، آن را یک مفهوم، فردی قلمداد می‌نمایند، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد دیگر تعیین گردد (فرچ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۴). کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورد، شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌ها و زندگی ایده‌آل او است که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در فرد بر می‌انگیزد (فرچ، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۴). سازمان جهانی بهداشت در تعریف جامعی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد تعریف می‌کند (سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، باولینگ و زهاوا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

کیفیت زندگی به شدت از زمان و مکان متأثر است و مؤلفه‌ها و عوامل تشکیل دهنده آن با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی فرق خواهند کرد. کیفیت زندگی همچنین به مقدار زیاد از ارزش‌ها متأثر است و در واقع طبق ارزش‌های فردی، اجتماعی و ملی تعریف می‌شود. کیفیت زندگی ضمن دارا بودن ابعاد عینی و وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است

<sup>۱</sup>. Frisch

<sup>۲</sup>. The World Health Organization (WHO)

<sup>۳</sup>. Bowling & Zahava

ذهنی و درونی و در نتیجه در نهایت به تصویرها و ادراک فرد از واقعیت‌های زندگی بستگی دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸؛ هاس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

برخی از پژوهشگران بر این باورند که نمی‌توان تعریف دقیقی از این مفهوم ارائه کرد (کیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). بنابراین بسیاری از پژوهشگران به جای تلاش برای تعریف کیفیت زندگی، بعد و عناصر سازنده آن را مورد مطالعه قرار می‌دهند. کیفیت زندگی، مفهومی چندوجهی است که بررسی آن نیازمند اتخاذ رهیافتی میان رشته‌ای و فرارشته‌ای است.

طی ۴۰ سال گذشته مفاهیم مرتبط کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی به طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است (اویی و مک آلندن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). این مطالعات تلاش کرده‌اند تا شاخص‌های معتبری برای سنجش کیفیت زندگی ارائه دهند. به طور کلی، شاخص‌های کیفیت زندگی در دو طبقه قرار می‌گیرند: شاخص‌هایی که حوزه‌های خاص کیفیت زندگی از قبیل سلامتی را می‌سنجند و مقیاس‌هایی که احساس رضایت کلی از زندگی را با استفاده از یک گزینه واحد یا ترکیبی از نمرات در چندین حوزه مورد ارزیابی قرار می‌دهند (اویی و مک آلندن، ۲۰۰۶). از ۱۹۶۰ که کیفیت زندگی به منزله یک حوزه پژوهشی مطرح شد، پرسشنامه‌های مختلفی برای سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی (فرچ، ۱۹۹۴) به طور ویژه برای استفاده در جمعیت‌های بالینی و بر اساس نظریه رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی طراحی شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی را در ۱۶ حوزه مشخص اندازه‌گیری می‌کند و یک شاخص کلی از رضایت زندگی ارائه می‌دهد (فرچ، ۱۹۹۴). مزیت اصلی این پرسشنامه چند آئمی و چند حیطه‌ای بودن آن و برخوردار از ویژگی‌های روان‌سنجی قوی‌تر و استفاده از سازه رضایت از زندگی در مقابل شادکامی و درجه‌بندی عاطفی است که نسبت به نوسان‌های خلقی، خیلی آسیب‌پذیر هستند (اویی و مک آلندن، ۲۰۰۶).

1. Hass

2. Keith

3. Oei & McAlinden

در خصوص رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی چالش‌های زیادی مطرح است. به طور کلی تعریف بهزیستی ذهنی نیز مانند کیفیت زندگی دشوار است. پولارد و لی<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) با مرور نظام‌دار ادبیات پژوهش، بهزیستی را سازه‌ای پیچیده و چندوجهی توصیف می‌کند که تعریف آن برای پژوهشگران دشوار است. 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<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، به نقل از گالوی<sup>۳</sup>، (۲۰۰۵) بهزیستی ذهنی را بر حسب رضایت از زندگی تعریف می‌کنند. همچنین شواهد بدست آمده از مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که درجه‌بندی 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<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶).

در خصوص رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی، دیدگاه‌های متعارضی وجود دارد (هاس، ۱۹۹۹). برخی متخصصان این دو مفهوم را مترادف در نظر می‌گیرند، در حالی که دیگران بهزیستی ذهنی را یک مؤلفه از مفهوم گسترده‌تر کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند (دینر و سو، ۱۹۹۷). تیلافر و همکاران با مرور مدل‌های کیفیت زندگی دریافتند که در ۲۷/۹ درصد از این مدل‌ها مفهوم بهزیستی در تعریف کیفیت زندگی یافت می‌شود. به عبارت دیگر در اکثر مدل‌ها، بهزیستی ذهنی مفهومی مرتبط اما مجزا از کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود.

همان‌طور که اشاره شد رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی بسیار پیچیده و مبهم است و دیدگاه‌های مختلفی در مورد ارتباط این دو مفهوم مطرح است، با توجه به این موارد پژوهش حاضر به منظور بررسی ارائه یک ابزار معتبر برای سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است. علاوه بر این به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی رابطه‌ای وجود دارد؟ آیا کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی عوامل جدا از یکدیگر بوده یا

1. Pollard & Lee  
2. Christoph & Noll  
3. Galloway  
4. Moun

فاهیمی مرتبط با هم می‌باشند؟ آیا افرادی که از کیفیت زندگی مثبتی برخوردار هستند، از نظر بهزیستی ذهنی نیز رضایت بیشتری دارند؟

## روش

طرح حاضر از نوع پژوهش‌های علی مقایسه‌ای است. روش علی مقایسه‌ای به منظور کشف، توصیف و تبیین یک پدیده و موضوع اجتماعی به کار می‌رود و به همین دلیل قابلیت کاربرد مناسبی در تحقیقات اجتماعی دارد.

## جامعه، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را شهروندان شهر تهران (در این مرحله معلمان) تشکیل می‌دهند. نمونه مورد مطالعه شامل حدود ۵۰۰ نفر از معلمان تهرانی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. 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 شده و ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند.

## بزار تحقیق

### مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

این پرسشنامه شامل ۲۶ ماده است که حوزه‌های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی، و محیط را ارزیابی می‌کند. مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از روایی فتراقی، روایی محتوایی، پایایی آزمون - آزمون مجدد خوبی برخوردار است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸؛ باولینگ و زاهوا، ۲۰۰۴). این پرسشنامه کیفیت زندگی را به صورت کلی می‌سنجد، به عبارت دیگر سلامت (generic) و عمومی (overall) اجتماعی و محیطی بیماران

مورد توجه واقع می‌شود. علاوه بر آن این ابزار مخصوص گروه خاصی از بیماران نیست و در افراد بیمار و سالم قابل استفاده است. این پرسش نامه دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط است. از طرفی این پرسش نامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. هر حیطه امتیازی معادل با ۴ تا ۲۰ کسب می‌کند که امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد (WHOQOL group, 1992). سؤالات بر اساس لیکرت ۵ امتیازی می‌باشد، که در آن ۱ نمایانگر امتیاز حداقل و درک منفی و ۵ نشانگر امتیاز حداکثر و برداشت مثبت می‌باشد. مشخصات روان‌سنجی گونه ایرانی این پرسش‌نامه نشان داده است که این ابزار از روایی، پایایی و قابلیت پاسخ‌گویی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است و قابل استفاده می‌باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). صفائی و همکاران (۱۳۸۶) روایی و پایایی پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی را بر روی بیماران سرطانی مورد بررسی قرار داده و ضریب پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش نموده‌اند. باقریان و همکاران (۱۳۸۷) پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به عنوان همسانی درونی این مقیاس در بعد فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی به ترتیب (۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۷۴، ۰/۷۷) گزارش نموده‌اند. پرسشنامه‌ی مذکور روی ۵۰۴ نفر از معلمان در تحقیق مذکور برای بررسی تحلیل عاملی به کار رفته است که نتایج آن در بخش نتایج آمده است.

#### مقیاس سلامت روان‌شناختی

این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال می‌باشد که خود به دو قسمت آزمون (T1) و آزمون (T2) تقسیم می‌شود. (T1) شامل ۵ سؤال اول و ترجمه دقیق مقیاس رضایت از زندگی است. این آزمون در مطالعات بین فرهنگی بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است و از قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است (مایرز و داینر، ۱۹۹۵) (T2) شامل ۱۲ سؤال بعدی است که اقتباسی از مقیاس سلامت روان‌شناختی ذهنی است. عباسپور (۱۳۸۵) پایایی این پرسشنامه را با روش

آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش نموده است. صیادی (۱۳۸۷) ضریب پایایی پرسشنامه سلامت روان‌شناختی با دو زیر مقیاس، رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های سلامت روان‌شناختی شامل رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی و نمره کلی سلامت روان‌شناختی به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ گزارش نموده است.

## روش اجرا

دو پرسشنامه کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی که در یک پرسشنامه‌ی متحدالشکل فراهم شده بودند، از طریق دو کارشناس ارشد آقا و خانم در نواحی مختلف آموزش و پرورش اجرا گردید. در ابتدای پرسشنامه‌ها درباره‌ی کیفیت زندگی و ارتباط آن با سلامت روان‌شناختی توضیحاتی ارائه شده بود که تا حدودی به سؤالات احتمالی معلمان درباره اهداف تحقیق پاسخ داده باشد. علاوه بر این دو کارشناس ارشد روان‌شناسی به سؤالات احتمالی دیگر معلمان پاسخ‌های لازم را ارائه می‌دادند. از آنجایی که پرسشنامه بدون نام طراحی شده بودند به معلمان این اطمینان را می‌داد که کلیه اطلاعات ارائه شده توسط آن‌ها محرمانه بوده و آن‌ها با اطمینان به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند.

## نتایج

### وضعیت جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۵۰۴ نفر از معلمان شهر تهران بودند که ۴۰٪ از آنان مردان و ۶۰٪ از آنان زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰ سال با انحراف معیار ۷ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات، 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 بودند. از لحاظ وضعیت تأهل ۷/۵٪ شرکت‌کنندگان مجرد، ۸۴٪ متأهل، ۱/۲٪ متارکه کرده، ۱/۴٪ بیوه، ۲٪

ازدواج مجدد و ۴٪ وضعیت خود را گزارش نکرده بودند. ۸۸/۵٪ شرکت‌کنندگان در شهر تهران و ۷/۵٪ در حومه تهران ساکن بودند و ۵٪ نیز محل زندگی خود را گزارش نکرده بودند.

### نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه کیفیت زندگی

برای بررسی اعتبار سازه‌ای مفروض در سؤال تحقیق که درصدد یافتن تعداد عوامل موجود در پرسشنامه‌ی ۲۶ آیتمی کیفیت زندگی بود، از روش تحلیل عاملی استفاده شد. به منظور بررسی کفایت نمونه‌برداری از آزمون کفایت نمونه برداری KMO و بارتلت استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۱ گزارش شده است، که نشان از کفایت نمونه‌برداری بالایی است. جدول ۱ شاخص‌های آماری شرکت‌کنندگان را در مورد نمره‌های ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمی به تفکیک برای زنان، مردان و کل افراد نشان می‌دهد.

جدول ۱. آزمون کفایت نمونه‌برداری

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| میزان کفایت نمونه‌برداری کیزر-میر |                            |
| ۰/۹۲                              |                            |
| ۴۲۸۶/۵                            | خی ۲                       |
| ۳۲۵                               | آزمون بارتلت<br>درجه آزادی |
| ۰/۰۰۰۱                            | معنی‌داری                  |

پس از چرخش با روش واریماکس و مؤلفه‌های اصلی، ۴ عامل شناسایی شد که به اندازه کافی از هم تفکیک شده بودند. نمودار ۱ تعداد عوامل ظاهر شده در تحلیل عاملی را نشان می‌دهد.

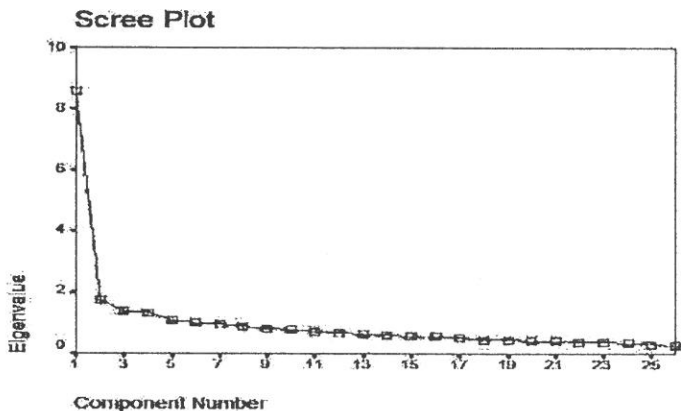
عامل اول، ۱۴.۳۴٪ واریانس را به خود اختصاص داده است که در برگیرنده پرسش‌هایی درباره دسترسی به خدمات بهداشتی، داشتن پول کافی، رضایت از محل زندگی، میزان دسترسی به اطلاعات، راحت جابجا شدن، سالم و بهداشتی بودن محیط زندگی، دسترسی به فعالیت‌های تفریحی، میزان رضایت از وسیله نقلیه را شامل می‌شود.



امل دوم، ۱۳.۵۹٪ از واریانس را به خود اختصاص داده است که دربرگیرنده‌ی پرسش‌هایی درباره‌ی معنی‌دار بودن زندگی، لذت از زندگی، کیفیت زندگی خوب، تمرکز کردن، نداشتن حساسات منفی، و رضایت جنسی و احساس امنیت داشتن است.

امل سوم، ۱۱.۲۳٪ از واریانس را به خود اختصاص داده است که در برگیرنده‌ی پرسش‌هایی درباره‌ی عدم نیاز به معالجه و درمان پزشکی، نداشتن درد بدنی، داشتن وضعیت بدنی مناسب، شستن انرژی کافی، سلامت بدنی، و توانایی در انجام کارها است.

امل چهارم، ۱۰/۹۲٪ واریانس را در بر می‌گیرد که داشتن روابط فردی مناسب، توانایی انجام کارها، رضایت از خود، و میزان حمایت از دیگران را شامل می‌شود. این ۴ عامل در مجموع ۴۹/۸٪ واریانس را شامل می‌گردد. در جدول ۲ آیتم‌های ظاهر شده در هر عامل ارائه شده است.



نمودار ۱. تعداد عوامل ظاهر شده

عامل اول، ۱۴/۳۴٪ واریانس را به خود اختصاص داده است که در برگیرنده پرسش‌هایی درباره دسترسی به خدمات بهداشتی، داشتن پول کافی، رضایت از محل زندگی، میزان

دسترسی به اطلاعات، راحت جایجا شدن، سالم و بهداشتی بودن محیط زندگی، دسترسی به فعالیت‌های تفریحی، میزان رضایت از وسیله نقلیه را شامل می‌شود.

جدول ۲. آیتم‌های ظاهر شده اولیه در هر عامل پس از چرخش واریماکس در کیفیت زندگی

| عوامل |   |   |       | سؤالات                         |
|-------|---|---|-------|--------------------------------|
| ۴     | ۳ | ۲ | ۱     |                                |
|       |   |   | .729  | دسترسی به خدمات بهداشتی        |
|       |   |   | .598  | داشتن پول کافی                 |
|       |   |   | .587  | محل زندگی مناسب                |
|       |   |   | .556  | دسترسی به اطلاعات              |
|       |   |   | .533  | راحت جایجا شدن                 |
|       |   |   | -.529 | سالم و بهداشتی بودن محیط زندگی |
|       |   |   | .484  | دسترسی به فعالیت‌های تفریحی    |
|       |   |   | .470  | رضایت از وسیله نقلیه           |
|       |   |   | -.798 | معنی دار بودن زندگی            |
|       |   |   | -.783 | لذت از زندگی                   |
|       |   |   | .654  | عدم کیفیت زندگی                |
|       |   |   | .532  | احساس امنیت                    |
|       |   |   | -.506 | تمرکز کردن                     |
|       |   |   | .461  | داشتن احساسات منفی             |
|       |   |   | .440  | رضایت جنسی                     |
|       |   |   | .795  | معالجه و درمان پزشکی           |
|       |   |   | .730  | درد بدنی                       |
|       |   |   | .528  | وضعیت بدنی                     |
|       |   |   | .524  | انرژی کافی                     |
|       |   |   | .491  | سلامت بدنی                     |
|       |   |   | .480  | توانایی انجام کارها            |
|       |   |   | .385  | میزان خواب                     |
|       |   |   | .722  | روابط فردی                     |
|       |   |   | .673  | قابلیت انجام کارها             |
|       |   |   | .636  | رضایت از خود                   |
|       |   |   | .537  | میزان حمایت از دیگران          |

برای بررسی سؤال پژوهش مبنی بر که آیا مؤلفه‌های کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی با یکدیگر ارتباط دارند، یا این که مؤلفه‌های مستقل و جدا از هم می‌باشند، تمامی سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه‌ی بهزیستی ذهنی در یک تحلیل عاملی وارد و با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس مورد بررسی قرار گرفت. نظربه این که پرسشنامه کیفیت زندگی ۵ درجه‌ای، ولی پرسشنامه بهزیستی ذهنی ۷ درجه‌ای بود، برای یکسان‌سازی مقیاس ۷

رجهای پرسشنامه بهزیستی ذهنی ۵ درجهای گردید و پس از آن تمامی سؤالات دو پرسشنامه ریک تحلیل عاملی وارد گردید. میزان کفایت نمونه برداری مناسب بود.

$$(chi-square = 8824.554 < df = 903, P < 0001 KMo = .89)$$

نتیجه روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس نشان داد که ۳ عامل قابل تفکیک است. عامل اول تقریباً تمامی سؤالات کیفیت زندگی به استثنای ۱ سؤال را پوشش می‌دهد که بدود ۲۲ درصد واریانس را به خود اختصاص داده است. عامل دوم ۱۲ سؤال از ۱۲ سؤال زیستی ذهنی را با مجموع ۱۴ درصد واریانس، و عامل سوم ۴ سؤال از ۵ سؤال رضایت از زندگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را با مجموع ۷/۵ درصد واریانس پوشش می‌دهد، در مجموع دو عامل دیگر ۴۱ درصد واریانس را پوشش داده‌اند.

در جدول ۴ سؤالات ظاهر شده در ۳ عامل نسبتاً قابل تفکیک، آورده شده است. تمامی سؤالات کیفیت زندگی در عامل اول بارگیری شده‌اند. البته میزان بارگیری آیتم شماره ۹ ضعیف است. تمامی ۱۲ سؤال بهزیستی ذهنی در عامل دوم بارگیری شده‌اند و ۴ سؤال از ۵ سؤال رضایت از زندگی پرسشنامه بهزیستی در عامل سوم ظاهر شده است. سؤال شماره ۳ علاوه بر این عامل در عامل بهزیستی ذهنی نیز ظاهر شده است.

جدول ۴. آیتم‌های ظاهر شده اولیه در هر عامل پس از چرخش واریماکس در کیفیت زندگی و بهزیستی

ذهنی

| سؤالات                          |   |   | فاکتور |
|---------------------------------|---|---|--------|
| ۱                               | ۲ | ۳ |        |
|                                 |   |   | .696   |
| معنی دار بودن زندگی             |   |   |        |
|                                 |   |   | .667   |
| کیفیت زندگی خوب                 |   |   |        |
|                                 |   |   | .633   |
| لذت بردن از زندگی               |   |   |        |
|                                 |   |   | -.628  |
| احساس امنیت                     |   |   |        |
|                                 |   |   | .623   |
| توانایی انجام فعالیت‌های روزمره |   |   |        |
|                                 |   |   | .623   |
| جایجا شدن راحت                  |   |   |        |
|                                 |   |   | .614   |
| داشتن پول کافی                  |   |   |        |
|                                 |   |   | .612   |
| رضایت از خود                    |   |   |        |
|                                 |   |   | .607   |
| خواب خوب                        |   |   |        |

|      |  |
|------|--|
| .599 | رضایت از محل زندگی                       |
| .597 | رضایت از سلامتی خود                      |
| .569 | حمایت از دوستان                          |
| .567 | داشتن انرژی کافی                         |
| .564 | نداشتن احساسات منفی                      |
| .551 | پذیرش ظاهر خود                           |
| .542 | دسترسی مناسب به خدمات بهداشتی            |
| .539 | تمرکز خوب                                |
| .528 | رضایت از وسیله نقلیه                     |
| .507 | قابلیت در انجام کارها                    |
| .498 | رضایت از روابط فردی                      |
| .492 | فرصت انجام فعالیت‌های تفریحی             |
| .491 | دسترسی به اطلاعات روزمره                 |
| .455 | عالی بودن شرایط زندگی                    |
| .423 | رضایت از زندگی جنسی                      |
| .345 | نیاز به معالجه پزشکی                     |
|      | درد بدنی                                 |
| .768 | رضایت از زندگی                           |
| .738 | رضایت از رابطه با دیگران                 |
| .732 | ارزشمند بودن خود                         |
| .716 | توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره       |
| .693 | روابط گرم و صمیمی با دیگران              |
| .683 | راضی بودن از ویژگی‌های خود               |
| .673 | رشد فردی                                 |
| .655 | با معنی بودن زندگی در گذشته، حال و آینده |
| .646 | داشتن اهداف مشخص در زندگی                |
| .592 | رضایت از زندگی خود                       |
| .472 | به دنبال تجربیات جدید                    |
| .518 | مستقل در تصمیم‌گیری                      |
| .509 | شرایط زندگی ایده‌آل                      |
| .681 | توانا در تغییر دادن شرایط                |
| .637 | بی‌تأثیر بودن فشار دیگران در تصمیم‌گیری  |
| .616 | زندگی ایده‌آل داشتن                      |
| .605 | دست یافتن به خواسته‌ها                   |

برای بررسی رابطه بین متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی، از روش تحلیل همبستگی استفاده شد. ماتریس همبستگی در جدول ۵ نشان داده شده است. همان طور که اتریس نشان می‌دهد بین متغیرهای کیفیت زندگی (ملزومات زندگی، معنی دار بودن زندگی، سلامت بدنی) به استثناء روابط بین فردی، با سلامت ذهنی همبستگی معنی دار وجود ندارد، ولی رضایت از زندگی که یکی از دو مؤلفه‌ی بهزیستی ذهنی است همبستگی معنی دار وجود دارد. بدین معنی که هرچقدر کیفیت زندگی افزایش پیدا می‌کند، رضایت از زندگی افزایش می‌یابد ولی رابطه‌ی معنی داری بین سلامت ذهنی با کیفیت زندگی وجود ندارد.

ماتریس همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی

| رضایت از زندگی | روابط بین فردی | سلامت بدنی | معنی دار بودن زندگی | ملزومات زندگی | معنی دار بودن زندگی |
|----------------|----------------|------------|---------------------|---------------|---------------------|
|                |                |            |                     |               | .225(**)            |
|                |                |            |                     |               | .515(**)            |
|                |                | .550(**)   | .162(**)            |               | .575(**)            |
|                | .248(**)       | .276(**)   | .160(**)            |               | .320(**)            |
| .342(**)       | -.116(**)      | -.050      | .030                |               | -.065               |

P<.01\*\*

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی و تأثیرات متقابل آن‌ها بر یکدیگر انجام شده است. به همین منظور ۵۰۰ نفر از معلمان تهرانی به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که بین زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی (ملزومات زندگی، داشتن سلامت بدنی، معنی داشتن در زندگی) و رضایت از زندگی به عنوان زیرمجموعه‌ی بهزیستی ذهنی رابطه‌ی معنادار وجود دارد، ولی بین کیفیت زندگی و سلامت ذهنی رابطه‌ی معناداری

یافت نشد. این نتایج نشان می‌دهد که برخورداری از کیفیت زندگی خوب، به معنی داشتن بهزیستی ذهنی نیست، چرا که داشتن کیفیت مناسب زندگی می‌تواند منجر به رضایت زندگی شود که تنها یکی از مولفه‌های بهزیستی ذهنی است و نه تمام آن. این نتایج با بسیاری از مطالعات هماهنگ است (ام، ۱۹۹۶؛ پولارد و لی، ۲۰۰۳؛ کریستف و نال، ۲۰۰۳؛ به نقل از گالوی، ۲۰۰۵).

علی‌رغم این که در مورد تعریف کیفیت زندگی چالش‌های متعددی وجود دارد، ولی متخصصین در محدوده‌ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر پیدا کرده‌اند. بعضی از متخصصان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. اغلب آن‌ها معتقدند کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی و در برگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده‌ای آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌نمایند، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد دیگر تعیین گردد (فرچ، ۱۹۹۲؛ ۱۹۹۴). کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌ها و زندگی ایده‌آل او است که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در فرد بر می‌انگیزد (فرچ، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۴).

با توجه به این عوامل می‌توان فرض کرد که کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که در بر گیرنده‌ی متغیرهایی در رابطه با ملزومات اولیه زندگی همچون دسترسی به خدمات بهداشتی، داشتن پول کافی، رضایت از محل زندگی، میزان دسترسی به اطلاعات، جابجایی راحت، سالم و بهداشتی بودن محیط زندگی، دسترسی به فعالیت‌های تفریحی، میزان رضایت از وسیله نقلیه را شامل شود که در بررسی از طریق تحلیل عاملی انجام گرفته این بعد نشان داده شده است. عامل دیگری که می‌تواند کیفیت زندگی را مثبت نماید داشتن سلامت بدنی و داشتن توان و انرژی لازم برای انجام کارها و وظایفی است که فرد در زندگی به آن نیاز دارد، که می‌توان آن را در عدم نیاز به معالجه و درمان پزشکی، نداشتن درد بدنی، داشتن وضعیت بدنی مناسب، داشتن انرژی کافی، داشتن سلامت بدنی، و توانایی در انجام کارها جستجو کرد.

مل دیگری که می‌تواند کیفیت زندگی را معنی‌دار نماید همانا معنی‌دار بودن زندگی، لذت زندگی، کیفیت زندگی خوب، تمرکز کردن، نداشتن احساسات منفی، و رضایت جنسی حساس امنیت داشتن است. علاوه بر سه عامل تعیین کننده در کیفیت زندگی داشتن روابط لم با دیگران و احساس رضایت داشتن از زندگی است که از طریق داشتن روابط فردی اسب، قابلیت لازم درانجام کارها، رضایت از خود، و میزان حمایتی که فرد از دیگران یافت می‌دارد را شامل می‌شود که در عامل چهارم کیفیت زندگی بدست آمده است.

همان طور که اشاره شد کیفیت زندگی مفهومی انتزاعی و پیچیده است که با متغیرهای ادی مرتبط است. یکی از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بهزیستی ذهنی است. در صوص رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی چالش‌های زیادی مطرح است. به طور لی همان طور که گفته شده است تعریف بهزیستی ذهنی نیز مانند کیفیت زندگی دشوار است. پولارد و لی (۲۰۰۳) با مرور نظام‌دار ادبیات پژوهش بهزیستی را سازه‌ای پیچیده و ندوجهی توصیف می‌کند که تعریف آن برای پژوهشگران دشوار می‌باشد. در حیطه اقتصادی زیستی 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 ود. کریستف و نال (۲۰۰۳) بهزیستی ذهنی را بر حسب رضایت از زندگی تعریف می‌کنند. همچنین شواهد بدست آمده از مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که درجه‌بندی رضایت یا دم رضایت از زندگی شاخص معقول معتبری از نحوه ادراک فرد از زندگی خویش می‌باشد تصویر خوبی از بهزیستی ذهنی فراهم می‌سازد (مام، ۱۹۹۶).

در خصوص رابطه بین کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی، دیدگاه‌های متعارضی وجود دارد (اس، ۱۹۹۹). برخی متخصصان این دو مفهوم را مترادف در نظر می‌گیرند، در حالی که بگران بهزیستی ذهنی را یک مؤلفه مفهوم گسترده‌تر کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند (دینر و و، ۱۹۹۷). تیلافر وهمکاران در مرور مدل‌های کیفیت زندگی دریافتند که در ۲۷/۹ درصد از ن مدل‌ها مفهوم بهزیستی در تعریف کیفیت زندگی یافت می‌شود. به عبارت دیگر در اکثر ل‌ها، بهزیستی ذهنی مفهومی مرتبط اما مجزا از کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود. در

تحقیق کنونی برای بررسی اینکه آیا کیفیت زندگی با بهزیستی زندگی یکی بوده یا متفاوت می‌باشند تمامی آیت‌های کیفیت زندگی با بهزیستی ذهنی در یک تحلیل عاملی مشترک وارد شدند، ۳ عامل نسبتاً قابل تفکیک ظاهر شدند که این ۳ عامل را از هم تفکیک می‌کرد که نشان می‌دهد ۳ عامل کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی از یکدیگر متفاوت می‌باشند، هر چند ممکن است زیر مجموعه‌های این دو عامل با یکدیگر همبستگی داشته باشند. در این تحقیق نشان داده شد که بین زیر مجموعه‌های کیفیت زندگی (ملزومات زندگی، داشتن سلامت بدنی، معنی داشتن زندگی) با رضایت زندگی به عنوان زیر مجموعه‌ی بهزیستی ذهنی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد، ولی با سلامت ذهنی رابطه‌ی معنی‌داری یافت نمی‌شود. بنابراین نبایستی فرض شود که داشتن کیفیت زندگی خوب به معنی داشتن بهزیستی ذهنی است ولی داشتن کیفیت مناسب زندگی می‌تواند منجر به رضایت زندگی که یکی از مولفه‌های بهزیستی ذهنی است، شود ولی نه تمام آن. این نتیجه‌گیری به عنوان یک نتیجه‌گیری مقدماتی بوده و محققین این پروژه<sup>۱</sup> در ارتباط با نمونه‌های وسیع‌تری که در دست اقدام دارند آن را مورد بررسی دقیق‌تر قرار خواهند.

## منابع فارسی

کرمی نوری، رضا؛ مکرری، آذرخش؛ محمدی فر، محمد؛ و یزدانی، اسماعیل. (۱۳۸۱). مطالعه عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۳۲، ۱، ۳-۴۱.

۱. مقاله کنونی بخشی از یک پروژه گسترده در باره‌ی کیفیت زندگی شهروندان تهرانی است که مطالعه کنونی بر روی معلمان شهر تهران انجام شده است و در نظر است که روی سایر شهروندان نیز به مرحله اجرا درآید.



- Bloom, D.E., Craig, P. H., & Malaney, P. N. (2001). *The Quality of Life in Rural Asia*. Oxford University Press, Hong Kong.
- Bowling, A., & Zahava, G. (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.
- Christoph, B., & Noll, H.-H. (2003). Subjective Well-Being in the European Union during the 90s'. *Social Indicators Research*, 64, 197.
- Costanza, R. Fisher, B., Saleem, A., Caroline, B., Lynne, B., (2007) Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267 – 276.
- Diener, E., & Suh. (1997). *Quality of Life and Quality of Persons: A New Role for Government*. Oxford University Press, pp. 256-293.
- 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.
- 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*, 21, 728.
- Keith, K. D. (2001). International Quality of Life: Current Conceptual, Measurement, and Implementation Issues' in Glidden, Lorraine Masters (edt) *International Review of Research in Mental Retardation* 24, San Diego: Academic Press, p. 49.
- 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.

- Dei, T, P. S., McAlinden, N. M. (2006). Validation of the Quality of Life Inventory for patients with anxiety and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 307–314.
- ’ollard, E. L., & Lee, P. D. (2003) ‘Child Well-Being: a Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 61, 1, 60.
- ahman, T., Wandschneider, P., & Mittelhammer, R. C. (2003). Measuring the Quality of Life Across Countries: A Sensitivity Analysis. Department of Agricultural and Resource Economics.
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486–1497.

