

تأثیر شادی بر سلامت روانی و رضایت از زندگی؛ یک مدل روان‌شناختی از بهزیستی

فیض‌الله پورسردار^{۱*}؛ علی‌اکبر سنگری^۲؛ ذبیح‌الله عباسپور^۳؛ سجاد آلبوکردی^۱

چکیده

زمینه: رویکرد روان‌شناسی مثبت، تبلور تغییر در علم روان‌شناسی از صرف پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی کیفیت زندگی است. در این بین شادی به‌عنوان یکی از زیرطبقات رویکرد روان‌شناسی مثبت از خصوصیات مثبت انسان و از نیازهای روانی بشر است که طی یک دهه اخیر، جایگاه ویژه‌ای را در حوزه روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روان به خود اختصاص داده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شادی بر افزایش سلامت روانی و رضایت از زندگی انجام شده است.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-مقطعی، ۱۷۸ نفر (۸۶ زن و ۹۲ مرد) با میانگین سنی ۳۲/۱۶ سال (انحراف معیار ۵/۷۰) از بین دبیران مراکز آموزش و پرورش شهرستان رامشیر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHQ)، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسش‌نامه رضایت از زندگی (SWLS) و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به کار برده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش رگرسیون چندگانه گام به گام بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی هم‌زمان، بیانگر معنادار بودن نقش واسطه‌ای سلامت روان، در رابطه میان شادی ($p < 0/001$) و رضایت از زندگی ($p < 0/001$) بود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر تأثیر شادی در افزایش سلامت روانی و رضایت از زندگی بود.

نتیجه‌گیری: شادی به واسطه افزایش سطح سلامت روانی، رضایت از زندگی را در پی دارد. همچنین متغیر شادی دارای اثر غیرمستقیم بر رضایت از زندگی است.

کلیدواژه‌ها: شادی، سلامت روان، رضایت از زندگی

«دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۹/۲۲»

۱. گروه مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم، تهران

۲. گروه تحقیقات آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم، تهران

۳. گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز

* عهده‌دار مکاتبات: خوزستان، شهرستان رامشیر، اداره آموزش و پرورش، تلفن: ۰۶۹۲۲۶۲۲۲۱۳

E-mail: Poursardar@gmail.com

مقدمه

حدود شش‌دهه قبل، سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) سلامت را به‌عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن تعریف کرد. یک دهه بعد، جاهودا (Jahoda) (۱۹۵۸) با انتقاد از عدم بیماری روانی به‌عنوان معیار سلامت روان، شاخص‌های چندگانه‌ای را برای

تعیین سلامت روانی ارائه کرد. متأسفانه تا مدت‌ها بعد نیز پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در کاربرد این دیدگاه‌ها در قلمروهای علمی و عملی مشاهده نشد. در دنیای غرب هنوز هم شاخص‌های سلامت متمرکز بر بیماری و مفاهیم منفی است و مفاهیم اساسی همه‌گیرشناسی (اپیدمولوژی) به‌جای میزان عملکرد مثبت افراد، با میزان مرگ و میر سروکار دارد (۱).

روان، روان‌شناسی تحول و روان‌شناسی خانواده به خود اختصاص داده است (۵).

اهمیت مطالعه شادی به حدی است که برخی پژوهشگران و نظریه‌پردازان افسردگی از جمله سلیگمن (۲۰۰۰) معتقدند به جای توجه صرف به افسردگی، بهتر است به شادی پرداخته شود. این مسأله منجر به توجه پژوهشگران به تعریف شادی و عوامل مؤثر بر افزایش آن شده است (۴).

تعاریف گوناگونی از واژه شادی به عمل آمده است. از نظر وینهنون (Veenhoven) (۱۹۸۸) شادی به درجه و میزانی اطلاق می‌گردد که شخص درباره مطلوبیت کل زندگی خود قضاوت می‌کند. این بدان معناست که فرد به چه میزان، زندگی خود را دوست دارد و از آن لذت می‌برد (۶).

لیوبومیرسکی (Lyubomirski) (۲۰۰۵) نیز شادی را تجربه احساس نشاط، خشنودی و همچنین بامعنا بودن زندگی می‌داند. طبق این تعریف، شادی پدیده‌ای ذهنی و درونی است و هر فردی دارای الگویی منحصر به فرد است که به واسطه آن تجاربتش را به‌گونه‌ای تعبیر و تفسیر می‌کند که باعث حفظ شادی‌اش شود (۷).

داینر (Diener) (۲۰۰۳) معتقد است شادی، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش به عمل می‌آورد و مواردی چون رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود (۸).

آرگایل (Argayl) (۲۰۰۱) در تعریف شادی به بررسی زمینه‌یابی که بر روی نمونه‌های فراوان انجام شده، اشاره کرده و معتقد است که شادی شامل حالت خوشحالی یا سرور (هیجانان مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افسردگی و اضطراب (عواطف منفی) است. او دریافت که رابطه مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت نیز از اجزای شادی هستند (۵).

شادی مفهومی است که چندین مؤلفه اساسی دارد: نخست، مؤلفه عاطفی و هیجانی که باعث می‌شود فرد

سلامتی مفهومی چند بعدی است که علاوه بر عدم بیماری و ناتوانی، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربر می‌گیرد. اغلب روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی، جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند. گرچه تلاش‌هایی که در جهت گذر از الگوی سنتی سلامتی صورت گرفته‌اند، زمینه لازم را برای تلقی سلامت به‌عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته، ولی این تلاش‌ها کافی نیستند. الگوهای جدید سلامت به‌طور عمده بر ویژگی‌های منفی تأکید دارند و ابزارهایی که برای اندازه‌گیری سلامت به کار می‌برند، عموماً با مشکلات بدنی (تحرک، درد و خستگی)، مشکلات روانی (اضطراب و افسردگی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی و مشکلات زناشویی) سروکار دارند (۲).

با این حال طی یک دهه اخیر با گسترش مباحث مربوط به روان‌شناسی مثبت، تمایل به مطالعه جنبه‌های مثبت سلامت نیز به موازات ابعاد منفی آن در حال افزایش است (۳).

روان‌شناسی جدید سعی دارد توجه خود را صرفاً به مشکلات روانی معطوف نکرده و بیشتر بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید کند. طبق بیان سلیگمن و سیک زنت میهالی (Seligman & Csikszentmihalyi) (۲۰۰۰)، روان‌شناسی باید به یک اندازه با رشد و سلامتی و درمان آسیب‌ها مرتبط باشد. پس از جنگ جهانی دوم، روان‌شناسی به علم مداوای بیماران تبدیل شده است. این توجه غالباً انحصاری به آسیب‌شناسی، انسان کامل و جامعه کامیاب را به فراموشی می‌سپارد. این در حالی است که هدف روان‌شناسی مثبت، سرعت‌بخشیدن به مرکز ثقل روان‌شناسی است، به‌گونه‌ای که در آن علاوه بر درمان بیماری‌ها به ساخت کیفیات مثبت زندگی نیز اقدام شود (۴).

یکی از موضوعات اصلی روان‌شناسی مثبت، شادی (Happiness) است که به دلیل تأثیرات عمده‌ای که بر شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان انسان دارد، طی یک دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای را در حوزه بهداشت

این فرض استوار است که شادی به واسطه افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد.

مواد و روش‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش، ۱۷۸ نفر از معلمان مقاطع تحصیلی راهنمایی و متوسطه آموزش و پرورش شهرستان رامشیر بودند، حجم نمونه به کمک فرمول کوکران ($p=0/05, t=1/96, q=p=0/05$) ۱۵۰ نفر برآورد گردید اما به دلیل عدم دسترسی به فهرست نام آزمودنی‌ها، برای انتخاب تصادفی گروه نمونه با افزایش حجم نمونه به ۲۰۰ نفر برای کاهش خطای نمونه‌گیری، روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای به کار برده شد. برای اجرای پژوهش، نخست از میان ۳۰ مدرسه راهنمایی و متوسطه، ۱۶ مدرسه به تصادف انتخاب شدند (۸ مدرسه دخترانه و ۸ مدرسه پسرانه) و سپس با مراجعه به مدارس مورد نظر از میان دبیران هر مدرسه، ۱۲ دبیر به تصادف انتخاب و ضمن ارایه توضیحات لازم، از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. گفتنی است که پیش از تکمیل مقیاس‌های مورد نظر توسط آزمودنی‌ها، توضیحاتی در زمینه هدف پژوهش و شیوه تکمیل مقیاس‌های به کار برده شده توسط پژوهشگران برای آزمودنی‌ها ارایه گردید.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس، سابقه شغلی و سطح تحصیلات مورد استفاده قرار گرفت.

۲- پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHQ= Oxford Happiness Questionnaire): در بین پرسش‌نامه‌هایی که برای سنجش شادمانی استفاده شده است، پرسش‌نامه شادمانی آکسفورد، جایگاه ویژه‌ای دارد (۱۸). ابزار مذکور در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و لو (Argayl & Lu) تهیه شده است. آرگایل و لو پایایی آزمون را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۱۸).

همواره از نظر خلقی، شاد و خوشحال باشد. دوم، مؤلفه اجتماعی که گسترش روابط اجتماعی با دیگران و افزایش حمایت اجتماعی را به دنبال دارد. سوم، مؤلفه شناختی که باعث می‌شود فرد شادکام وقایع روزمره را به گونه‌ای تعبیر و تفسیر کند که خوشبختی وی را به دنبال داشته باشد (۹).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه شادی نشان می‌دهند که سبک تفکر و رفتار افراد شاد، انطباقی و کمک‌کننده است. این افراد با دیدگاهی روشن به امور می‌نگرند، از دعا و نیایش بهره می‌برند، برای حل مسایل خود فعالانه تلاش می‌کنند و به موقع از دیگران کمک می‌طلبند. از سوی دیگر افراد غمگین به شکلی بدبینانه فکر و رفتار می‌کنند، در خیالات خود فرو می‌روند، خود و دیگران را سرزنش کرده و از تلاش برای حل مشکلات اجتناب می‌ورزند (۱۰).

بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند شادی با ابعاد مختلف سلامت و در نتیجه رضایت از زندگی، رابطه مثبت و معناداری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد (۱۲-۱۰).

در تبیین این یافته‌ها پژوهشگران بر این باورند که افراد شاد نه تنها به شرایط و اتفاقات به شیوه‌ای مثبت‌تر و سازگارانه‌تر پاسخ می‌دهند، بلکه از سطح استرس کم‌تر و سیستم ایمنی قوی‌تری برخوردارند و خلاق‌تر از افراد غمگین هستند؛ به بیان دیگر افراد شاد نه تنها در اداره جزر و مد زندگی روزانه بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدزای زندگی نیز موفق‌تر عمل می‌نمایند (۱۳-۱۵).

سایر پژوهش‌ها نیز به تأثیر سلامت روان و کاهش مشکلات هیجانی بر افزایش رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند (۱۶ و ۱۷).

این یافته‌ها پایه شکل‌گیری پژوهش حاضر بود. پژوهش حاضر با هدف بررسی سازوکارهای اثرگذاری شادی بر رضایت از زندگی از طریق افزایش سطح سلامت روان انجام شد. الگوی پیشنهادی این پژوهش بر

کاملاً ناراضی‌ام (۱) قرار دارد (۲۲). این پرسشنامه در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته و شواهد روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است (۱۷). در پژوهشی که بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به دست آمده است. روایی این پرسشنامه به شیوه تحلیل عاملی محاسبه شده و نتایج آن حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس است که ۰/۵۴ از واریانس را تبیین می‌کند (۱۶).

برای آزمون نقش واسطه‌گری سلامت روان در رابطه شادی و رضایت از زندگی از مراحل پیشنهادی بارون و کنسی (Baron & Kenny) (۱۹۸۶)، به روش سلسله مراتبی هم زمان استفاده شد. بر پایه پیشنهاد بارون و کنسی چنانچه با ورود متغیر واسطه‌ای به معادله، ضریب متغیر پیش‌بین اولیه به سمت صفر میل نماید واسطه‌گری احراز می‌شود، به عبارت دیگر کاهش معنادار بتا بیانگر نقش واسطه‌ای متغیر مرتبه جدید در ارتباط بین متغیر مرتبه قبل و متغیر ملاک است (۲۳).

یافته‌ها

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ گزارش شده است. میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۲/۱۶ سال (انحراف معیار ۵/۷۰)، میانگین سنی مردان ۳۲/۳۳ سال (انحراف معیار ۵/۷۴) و میانگین سنی زنان ۳۲/۰۱ سال (انحراف معیار ۵/۶۶) بود.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین به منظور مقایسه میانگین نمرات زنان و مردان از آزمون T برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

بین میانگین نمرات زنان و مردان در مقیاس‌های شادی و سلامت روان، تفاوت معناداری مشاهده نشد و تنها تفاوت در مقیاس رضایت از زندگی به نفع زنان بود (جدول ۲).

جدول ۳ ماتریس همبستگی بین متغیرهای شادی، سلامت روان و رضایت از زندگی را نشان می‌دهد.

والینت (Valyent) نیز پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۳ محاسبه کرده است (۱۸). در ایران نیز علی‌پور و همکاران (۱۳۷۹) با نظرخواهی از ده متخصص، روایی صوری مطلوبی را برای این ابزار گزارش کرده‌اند (۱۹). این پژوهشگران همچنین در پژوهشی که روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام دادند، پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ را پس از سه هفته و پایایی تنصیفی ۰/۹۲ را گزارش کردند (۱۹). لازم به توضیح است که در آزمون آکسفورد، ۲۹ ماده وجود دارد و هر ماده شامل چهار گویه است. نمره گویه‌ها بین ۰-۳ می‌باشد. بدین ترتیب که هر پاسخ‌گو می‌تواند حداکثر نمره ۸۷ (۲۳/۳)، و حداقل نمره صفر را به دست آورد (۱۹).

۳- پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28= General Health Questionnaire-28): پرسش‌نامه سلامت عمومی از ابزارهای غربال‌گری شناخته شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و در سطح گسترده و در موقعیت‌های گوناگون برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک به کار می‌رود (۲۰). پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای چهار خرده‌مقیاس است که هر یک دارای هفت پرسش می‌باشند. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: علایم جسمانی، علایم اضطرابی، کارکردهای اجتماعی و علایم افسردگی (۲۰). ضرایب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۱). این پرسش‌نامه دارای جمله‌های ساده‌ای پیرامون وضعیت جسمانی و روانی فرد است که هر کدام بین ۰-۳ نمره را به خود اختصاص می‌دهند (۲۱).

۴- مقیاس رضایت از زندگی داینر (SWLS= Satisfaction with Lift Scale): این مقیاس پنج گویه‌ای جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است (۲۲). روایی (به شیوه همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۵) مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است (۲۲). پاسخ‌های این مقیاس در یک طیف پنج‌درجه‌ای از کاملاً راضی‌ام (۵) تا

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

(n=۱۷۸)			
متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۸۶	۴۸/۳
	مرد	۹۲	۵۱/۷
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	۵۱	۲۸/۷
	لیسانس	۱۱۲	۶۲/۹
	فوق لیسانس	۱۵	۸/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳۵	۱۹/۷
	متأهل	۱۴۳	۸۰/۳
سابقه شغلی (سال)	زیر ۵ سال	۵۸	۳۲/۵
	۵ تا ۱۰ سال	۴۹	۲۷/۵
	۱۰ تا ۱۵ سال	۲۵	۱۴/۱
	بالای ۲۰ سال	۲۸	۱۵/۷
جمع		۱۷۸	۱۰۰

جدول ۳- ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای شادی، سلامت روان و رضایت از زندگی

متغیر	سلامت روان	رضایت از زندگی
شادی	۰/۲۸	۰/۵۴
سلامت روان	۱	۰/۲۳

همچنین به منظور بررسی نقش واسطه‌ای متغیر سلامت روان برای شادی و رضایت از زندگی، روش رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی هم زمان مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۴).

جدول ۴ نتایج چهار گام توصیف شده توسط بارون و کنی (۱۹۸۶)، به منظور پیش‌بینی نقش واسطه‌گری متغیر سلامت روان برای شادی و رضایت از زندگی، به شیوه رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی هم‌زمان می‌باشد.

به این منظور، نخست مقدار بتای رضایت از زندگی از طریق شادی محاسبه شد. در گام اول، شادی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی وارد معادله رگرسیون شد که معنادار بودن ضریب بتای به‌دست آمده ($\beta=۰/۲۸$ و $P<۰/۰۰۱$) نشان‌گر این بود که شادی پیش‌بینی‌کننده معنادار رضایت از زندگی است و ۳۰ درصد از واریانس رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کند ($F=۷۴/۸۰$). لذا شرط اولیه واسطه‌ای بودن برقرار است.

در گام دوم، نقش شادی در پیش‌بینی سلامت روان بررسی شد. با توجه به معنادار بودن ضریب بتای به‌دست آمده ($\beta=۰/۱۴$ و $P<۰/۰۰۱$) می‌توان نتیجه گرفت ملاک دوم واسطه‌ای بودن نیز برقرار است و ۷ درصد واریانس سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند ($F=۱۵/۲۳$).

در گام سوم، شادی و سلامت روان به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی، وارد معادله رگرسیون شدند و ضریب رگرسیون سلامت روان بر رضایت از زندگی محاسبه شد ($\beta=۰/۱۰$ و $P<۰/۰۰۵$).

چنانچه سلامت روان یک متغیر واسطه‌ای کامل بین

جدول ۲- مقایسه مردان و زنان از لحاظ متغیرهای شادی، سلامت

روان و رضایت از زندگی (n=۱۷۸)					
شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	T	P value	
شادی (OHQ)	مرد	۵۷/۰۴	۱۴/۱۲	۰/۷۷	۰/۲۹
	زن	۵۷/۶۰	۱۱/۴۶		
سلامت روان (GHQ-28)	مرد	۲۹/۲۶	۷/۸۴	۰/۴۶	۰/۷۳
	زن	۳۰/۰۳	۶/۲۴		
رضایت (SWLS)	مرد	۲۳/۲۵	۷/۳۷	۰/۰۱	۲/۵۳
	زن	۲۵/۷۰	۵/۳۱		

مقادیر همبستگی به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار به دست آمد. مقادیر قطر ماتریس ضریب پایایی ابزار پژوهش به روش آلفای کرونباخ است.

بین متغیرهای شادی و سلامت روان ($r=۰/۲۸$ ، $p<۰/۰۰۱$)، شادی با رضایت از زندگی ($r=۰/۵۴$ ، $p<۰/۰۰۱$) و سلامت روان و رضایت از زندگی ($p<۰/۰۰۱$) همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد (جدول ۳).

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی سلامت روان از طریق شادی و رضایت از زندگی

P value	T	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		متغیرهای وارد شده در هر مرتبه	گام
		خطای استاندارد	B	ضریب بتا	عرض از مبدأ		
۰/۰۰۱	۴/۶۵	۰/۲۸	۱/۱۷	۰/۸۱	۱۰/۴۵	رضایت از طریق شادی	یک
۰/۰۰۱	۷/۸۱	۰/۱۴	۳/۷۷	۰/۷۴	۱۶/۲۰	سلامت از طریق شادی	دوم
۰/۰۰۵	۴/۴۸	۰/۱۰	۱/۹۰	۰/۳۱	۲۹/۱۱	رضایت از طریق سلامت	سوم
۰/۰۰۹	۱/۰۴	۰/۰۷	۰/۳۲	۰/۱۴	۷/۴۵	رضایت از طریق شادی و سلامت	چهار

شادی و رضایت از زندگی باشد، با کنترل سلامت روان، اثر شادی باید برابر با صفر باشد. در صورتی که این متغیر نیمه‌واسطه‌ای باشد، اثر شادی تا حدی کاهش می‌یابد، ولی حذف نمی‌شود.

بنابراین در گام چهارم نیز از نتایج به‌دست‌آمده از گام سوم استفاده می‌شود. با بررسی ضریب شیب به‌دست‌آمده برای متغیر شادی ($\beta=0/07$ و $P=0/09$)، می‌توان نتیجه گرفت مقدار بتای به‌دست‌آمده غیرمعنادار است. بنابراین می‌توان پذیرفت سلامت روان، نقش یک متغیر واسطه‌ای را در رابطه بین شادی و رضایت از زندگی ایفا می‌کند؛ به این دلیل که برای پذیرش نقش متغیر واسطه‌ای کامل باید میزان رابطه، صفر بوده و یا معنادار نباشد. در این مطالعه، شیب از $0/28$ به $0/07$ کاهش یافت، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رابطه واسطه‌ای اتفاق افتاده است. میزان واسطه‌ای بودن با محاسبه اختلاف شیب‌های گام اول و چهارم محاسبه می‌شود که این مقدار $0/21 = 0/28 - 0/07$ است.

بحث

یافته‌های این پژوهش همانند یافته‌های سایر بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه، نشان‌دهنده نقش مؤثر شادی در افزایش سلامت روانی و رضایت از زندگی بود. اما چگونگی این تأثیرگذاری بر این دو متغیر (سلامت روان و رضایت از زندگی) متفاوت است؛ بدین ترتیب که متغیر شادی بر سلامت روان، اثر مستقیم دارد و در زمینه میزان رضایت از زندگی دارای اثر غیرمستقیم می‌باشد؛ به بیان دیگر، شادی با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را در پی دارد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های لیوبومیرسکی (۲۰۰۵)، سالوی (Salovey) و همکاران (۲۰۰۰) و شوارتز و استراک (Schwartz & Strack) (۱۹۹۱)

بنابراین در گام چهارم نیز از نتایج به‌دست‌آمده از گام سوم استفاده می‌شود. با بررسی ضریب شیب به‌دست‌آمده برای متغیر شادی ($\beta=0/07$ و $P=0/09$)، می‌توان نتیجه گرفت مقدار بتای به‌دست‌آمده غیرمعنادار است. بنابراین می‌توان پذیرفت سلامت روان، نقش یک متغیر واسطه‌ای را در رابطه بین شادی و رضایت از زندگی ایفا می‌کند؛ به این دلیل که برای پذیرش نقش متغیر واسطه‌ای کامل باید میزان رابطه، صفر بوده و یا معنادار نباشد. در این مطالعه، شیب از $0/28$ به $0/07$ کاهش یافت، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رابطه واسطه‌ای اتفاق افتاده است. میزان واسطه‌ای بودن با محاسبه اختلاف شیب‌های گام اول و چهارم محاسبه می‌شود که این مقدار $0/21 = 0/28 - 0/07$ است.

بر پایه پیشنهاد بارون و کنی (۱۹۸۶)، چنان‌چه با ورود متغیر واسطه‌ای به معادله، ضریب متغیر پیش‌بین اولیه به سمت صفر میل نماید واسطه‌گری احراز می‌شود، به عبارت دیگر کاهش معنادار بتای بیانگر نقش واسطه‌ای متغیر مرتبه جدید در ارتباط بین متغیر مرتبه قبل و متغیر ملاک است.

جهت بررسی الگوی پیشنهادی، یافته‌های این چهار مرحله، نقش واسطه‌گری متغیر سلامت روان در رابطه شادی و رضایت از زندگی را تأیید نمود. براساس آن‌چه ضریب خطای به‌دست‌آمده نشان می‌دهد

مورد تهدید قرار می‌گیرد (۷).

سالوی و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که عواطف مثبت، به‌خصوص شادی، فعالیت‌های قلبی و عروقی و سیستم ایمنی بدن را بهبود می‌بخشد و در ارتباط مستقیم با افزایش وضعیت سلامت اشتها، خواب و حافظه، روابط خانوادگی، دوستی و در نهایت سلامت روان است (۱۰).

لوکاس (Lucas) و همکاران (۲۰۰۱)، در پژوهشی با عنوان ارزیابی و اعتباربخشی مقیاس شادی نشان دادند که عواطف مثبت و به‌خصوص شادی، فعالیت‌های قلبی و عروقی و به‌خصوص سیستم ایمنی را بهبود می‌بخشد و کاهش سطح افسردگی و اضطراب را در پی دارد (۱۲).

شوارتز و استراک (۲۰۰۸)، در پژوهشی با عنوان ارزیابی موضوعی مدل قضاوتی در زمینه شادی نشان دادند که افراد شاد به شرایط و اتفاقات به‌شيوه مثبت‌تر و سازگارانه‌تری پاسخ می‌دهند، سطح استرس کم‌تر و سیستم ایمنی قوی‌تری دارند و خلاق‌تر از افراد ناشاد هستند (۱۵).

گروهی دیگر از پژوهش‌ها نیز به تأثیر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی بر افزایش رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند.

سامانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری، رضایت از زندگی و سلامت روان نشان دادند که کاهش مشکلات هیجانی از عوامل مؤثر بر افزایش سطح رضایت از زندگی بود (۱۶).

هامارت و همکاران (۲۰۰۱)، در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی در جوانان و بزرگسالان نشان دادند که به واسطه افزایش سطح سلامت روان، میزان رضایت از زندگی افزایش خواهد یافت (۱۷).

نتیجه‌گیری

متغیر شادی بر دو متغیر رضایت از زندگی و سلامت روان تأثیرگذار است؛ اما چگونگی این تأثیرگذاری بر

همخوان است که کاهش میزان شادی و نشاط در زندگی فرد را با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند (۷، ۱۰ و ۱۵). همچنین نتایج پژوهش حاضر هم‌سو با یافته‌های هامارت (Hamarat) و همکاران (۲۰۰۴) و سامانی و همکاران (۲۰۰۸) است که نشان داده‌اند اضطراب، استرس و افسردگی در افراد، تجربه ناخرسندی درباره زندگی را به دنبال دارد (۱۶) و (۱۷). در واقع می‌توان از احساس شادی، برای درمان بیماری‌های روانی، بالا بردن نرخ امید و تلاش برای ارتقاء سطح زندگی در افراد سالم، بالا بردن مقاومت روانی و تقویت نیروی دفاعی در مقابل استرس و انواع پیشگیری در جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی استفاده کرد (۷).

با توجه به این که این موضوع می‌تواند توانایی برقراری ارتباط اجتماعی و بین فردی را در حد چشم‌گیری افزایش دهد، به نظر می‌رسد احساس شادی موجب تقویت نیروی حیاتی، نیرومندی مکانیزم‌های ایمن‌سازی جسمی و تقویت بنیه روانی، برقراری روابط مثبت با دیگران، هدفمند شدن زندگی، رشد شخصیتی و نوع دوستی می‌شود (۵).

یافته‌های این بررسی، نقش پیش‌بینی متغیر شادی بر پیامدهای سازگارانه را تأیید نمود. این یافته‌ها گویای اهمیت تقدم تغییر احساسات (سلامت روان) بر تغییر نگرش (رضایت از زندگی) بود.

هر چند تغییر در احساسات به تغییر در نگرش درباره پدیده‌ها می‌انجامد، تغییر در احساسات نیز خود ریشه در مهارت‌ها و توانمندی‌هایی دارد که آموختنی هستند. از این رو می‌توان با طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب، احساسات و نگرش‌های مثبت را در انسان‌ها ایجاد نمود.

لیوبومیرسکی و همکاران در سال ۲۰۰۵، در پژوهشی نشان دادند که تجربه استرس، احساس شادکامی را کاهش می‌دهد یعنی هرچه فرد، استرس بیشتری را تجربه کند، از میزان شادکامی وی کاسته می‌شود و سلامت روانی وی

این نتایج، یافتن نتایج لازم برای مقایسه یافته‌های این پژوهش را دشوار ساخت. نظر به اهمیت نقش شرایط محیطی در ارتقاء منابع درون فردی، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده، گروه‌های با سطوح اقتصادی- اجتماعی پایین به‌عنوان گروه‌های مقایسه، انتخاب و بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

از کارکنان واحد تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان خوزستان که در اجرای این پژوهش به ما یاری رساندند قدردانی می‌شود.

این دو متغیر متفاوت است. به این ترتیب که متغیر شادی بر سلامت روان، اثر مستقیم دارد و بر روی متغیر رضایت از زندگی نیز دارای اثر غیرمستقیم است. به عبارت دیگر، افزایش شادی، کاهش مشکلات جسمانی و روانی را در پی دارد و کاهش این مشکلات نیز به افزایش رضایت از زندگی می‌انجامد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از آن جمله می‌توان به زیاد بودن شمار سؤالات پرسش‌نامه‌ها و طولانی شدن زمان اجرای آن اشاره کرد. مسأله‌ای که می‌توانست بر میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر منفی بگذارد. اندک بودن بررسی‌های انجام‌شده در ایران و جهان و نیز محدودیت دسترسی به

References

- Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom.* 1996;65(1):14-23.
- Chang S, Chan A. Measuring psychological well-being in the Chinese personality and individual differences. *Journal of Adolescence.* 2005; 38(3): 1307-16.
- Robbins BD. What is the good life? positivism and renaissance of humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychologist.* 2008;36:96-112.
- Seligman MA, Csikszent MH. Positive psychology. *Journal of American Psychologist.* 2000; 55(4): 5-14.
- Argyle MA. *The psychology of happiness.* London: Routledge. 2001;1357-64.
- Veenhoven R. Advances in understanding happiness. Published in French in *Reve Quebecoise de psychologie* 1997; 18: 29-74 .
- Lyubomirsky S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *Am Psychol.* 2001;56(3):239-49.
- Diener ER. Frequently Asked question (FAQ'S) about subjective well-being (Happiness and life satisfaction). A primer for reporters and newcomers. [Cited Oct 16 2005]. Available at: URL: [Http://www.s.psych.uivc.edu/-ediener/fag.html](http://www.s.psych.uivc.edu/-ediener/fag.html).
- Hiltes P, Argyle M. Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences.* 2001; 30: 595-608.
- Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *Am Psychol.* 2000;55(1):110-21.
- Adler MG, Fagley NS. Appreciation: individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *J Pers.* 2005;73(1):79-114.
- Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *J Pers Soc Psychol.* 1996;71(3):616-28.
- Diener ER. Recent findings on subjective well-being. *Journal of Clinical Psychology.* 1997;820(61):27-56.
- Taylor RJ, Chatters LC. Church members as a source of informal social support. *Review of Religious Research* 1988; 30(2): 193-202.
- Schwartz N, Strack F. Evaluating one's life: a judgment model of subjective well-being. In: Strack F, Argyle M, Schwartz N. (Eds.) *Subjective well-being: An interdisciplinary approach.* Great Britain: Pennington Press. 1991; 27-47.
- Samani SI, Jokar BA, Sahragard NA. [Resiliency, mental health and life satisfaction (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2008; 13(3): 290-5.
- Hamarat E, Thompson D, Zabrocky KM, Steele D, Matheny KB, Aysan F. Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Exp Aging Res.* 2001;27(2):181-96.

18. Argyle M. The psychology of happiness. Persian Translator:: Bahrami F, Gohari Anaraki M, Neshat Doust HT, Palahang H. Tehran: Jahad e daneshgahi. 2003.
19. Alipour A, Nourbala AA, Ejei J, Motieyan H. [Happiness and immunology performance(Persian)]. Journal of Psychology. 2000; 40: 219-233.
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139-45.
21. Palahng H, Nasr-Esfahani M, Barahani M. [Investigate the epidemiology of mental disorders in the city of Kashan(Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1995; 2(4): 19-27.
22. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71-5.
23. Baron RM, Kenny DA. The moderate or mediate or variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology. 1986; 51(4): 1173-82.