

بررسی رابطه بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری (مطالعه موردی معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس)

عبد القادر تکه ئی^۱، شهرزاد تارک^۲

^۱ استادیار، مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبد کاووس، ایران.

^۲ معلم و کارشناس ارشد، مدرسه غیر انتفاعی بصیر، گنبد کاووس، ایران.

نام نویسنده مسئول:

عبد القادر تکه ئی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف، بررسی رابطه بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس انجام شده است؛ پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی؛ از نظر میزان کنترل بر متغیرهای پژوهش از نوع توصیفی و درمیان انواع روش های تحقیق توصیفی، پیمایشی می باشد و با توجه به اینکه نمونه را در یک مقطع زمانی بررسی می کند از نوع مقطعی می باشد همچنین از حیث توجه به زمان، گذشته نگر، و از نظر توجه به نتایج، نتیجه گرا و با توجه به نوع داده ها، کمی می باشد جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس بوده که تعداد آنها ۶۰۰ نفر می باشد؛ به منظور تهیه و تعیین حجم نمونه آماری مورد نظر از جدول مورگان استفاده شد. بر اساس این جدول حجم نمونه مورد نظر ۲۳۴ نفر تعیین گردید. پس از آن روش نمونه گیری تصادفی طبقاتی مورد استفاده قرار گرفت. جهت گرد آوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد استفاده شد؛ تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده نرم افزار آماری SPSS صورت پذیرفت؛ نتایج حاصل از آزمون های نشان داد که بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری رابطه معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، امید به زندگی، کیفیت زندگی کاری.

مقدمه

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است (شادوروپاشا، ۱۳۹۴) سلامت روان نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می نماید (صادقیان و حیدریان پور، ۲۰۰۹) سلامت روان کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه گیری واقعی آن تقریباً غیر ممکن است؛ از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روان عبارت است از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض های هیجانی و تمایلات شخصی خود (میرکمالی و همکاران، ۱۳۹۴) علاوه بر این، سلامت روانی به عنوان حالتی تعریف می شود که الف- نداشتن بیماری روانی، ب- حضور سطح مطلوبی از بهزیستی را شامل می شود (قائدی و همکاران، ۱۳۸۷). سلامت روان از راه دور شامل سه حوزه روانپزشکی از راه دور، روانشناسی از راه دور، و بهداشت رفتاری از راه دور است و به طور کلی طیف وسیعی از خدمات تخصصی و فوق تخصصی از جمله ارزیابی های بالینی، روان درمانی فردی و گروهی، مداخلات روانشناسی، آزمایشات شناختی و خدمات روانپزشکی را شامل می شود (گیبسون و همکاران^۱، ۲۰۱۱).

گستل و همکاران^۲ (۲۰۱۱) امید را به عنوان یکی از مهم ترین جنبه های سلامت روانی معرفی کرده و ارتباط بین این دو را ثابت نموده اند. درواقع، امید بازتاب میزان رسیدن به نتایج است که غیرقطعی ولی درعین حال ممکن ارزیابی شده است (فلاسکاس و همکاران^۳، ۲۰۰۷) در تعریفی رایج تر امید، اسنایدر^۴ (۲۰۰۰) امید را به عنوان یک نیرو و قدرتی ترسیم می کند که با این قابلیتها مشخص می شوند:

۱) تعیین هدف ها، ۲) ندوین راهبردهای رسیدن به این هدف ها (گذرگاه ها) و ۳) داشتن انگیزه لازم برای استفاده از این راهبرد ها (عامل) (ویتن و همکاران^۵، ۲۰۱۴). امید یعنی موفقیت و آینده ای بهتر و دلیلی برای زیستن. وقتی امید وجود داشته باشد، شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت. امیدیک حالت انگیزشی است که دربردارنده دو بعد، انرژی معطوف به هدف و راه های دستیابی به اهدافی که مولفه های اصلی آن ها امیداست که ازدوران کودکی آموخته می شوند. ازاینرو اکثر مردم ناامیدکسانی هستند که آموزش های امیدوارانه ندیده اند یا از امیدواربودن منع شده اند. (حسینی، ۱۳۸۸) امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک کننده ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه های نو کسب نماید و نیروهای تازه ای را در فرد ایجاد کند. (حسینی و همکاران، ۱۳۸۹)

امیدبه زندگی در تمام ابعاد زندگی، عنصری ضروری است. امیدتوانایی باورداشتن احساس بهتر، درآینده می باشد. و این امید است که پس از بحرانها آرامش رابه فرد بازمی گرداند. پس در بهداشت روانی نقش مهمی دارد. (رابینسون^۶، ۱۹۸۴) امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امید به زندگی و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یأس آور می شود (آنتونی^۷، ۲۰۰۷) امید به زندگی مهم ترین ستون جدول عمر است (سرایي، ۱۳۹۰). از سویی دیگر کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیراً به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که در صدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است؛ هنگامی که سازمان کیفیت زندگی کاری به کارکنان خود ارا نه می دهد، یک رویکرد عالی در جهت جذب و حفظ کارمندان خود انجام داده است. در واقع باعث شکل گیری این ایده می شود که سازمان قادر به ارا نه محیط، کاری مناسب به کارکنان خود می باشد و رضایت شغلی برای کارکنان خود به وجود می آورد (نور و عبدالله^۸، ۲۰۱۲). بسیاری از تعاریف در این زمینه، به منظور دستیابی به یک محیط، کاری کارآمد است که بتواند نیازهای فردی و سازمانی منابع انسانی را برآورده سازد و بر ابعاد کیفیت زندگی کاری که در تعاریف ون لار شامل رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری،

¹ -Gibson etal² - Gestel etal³ - Flaskas atal⁴ -snyder⁵ - Weiten etal⁶ - Rolanson⁷ - Anthony⁸ - Noor & Abdullah

وضع عمومی سلامتی، ارتباط کار و منزل، استرس در کار و کنترل در کار است، تاثیر مثبت بگذارد. در جامعه امروز بهبود زندگی کاری به صورت یکی از مهمترین اهداف مطرح می باشد؛ هدف از کیفیت زندگی کاری را باید بهبود بهداشتی (فیزیکی و روانی) افراد و بهبود بهره وری آنان دانست؛ اهداف اساسی یک برنامه کیفیت کاری اثر بخشی، بهبود شرایط کاری، و اثر بخشی بیشتر در سازمان می باشد؛ باین حال در عمده مطالعات داخلی صورت گرفته این موضوع نادیده انگاشته شده و یک فضای خالی در ادبیات مدیریت برای تحقیق در این باره وجود دارد که این خود، انگیزه‌ای جهت انجام پژوهش حاضر می باشد. از این رو، در این پژوهش سعی بر آن است که ارتباط بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری را مورد بررسی قرار گیرد. پرسش اصلی تحقیق آن است که آیا بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری رابطه معناداری وجود دارد؟ و در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع رابطه چگونه می باشد؟ یافته‌های پژوهش ضمن آن که موجب بسط مبانی نظری پژوهش‌های گذشته در ارتباط با سلامت روان در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران می شود، می تواند مورد استفاده مدیران و سایر استفاده‌کنندگان اطلاعات مدیریتی قرار گرفته و در امر تصمیم‌گیری آنان راهگشا باشد.

مبانی نظری

سلامت روانی

بهداشت روان از پیشینه‌ای به قدمت انسان متمدن و تاریخیچه‌ای کوتاه، به لحاظ علمی برخوردار است. با اینکه فلاسفه هزاران سال در خصوص سعادت سخن گفته اند. صرفاً در سال ۱۹۰۸ بود که برای نخستین بار قانونی برای بهبود سلامت روان تاسیس گردید و در سال ۱۹۱۹ جامعه‌ی ملی سلامت روان تشکیل شد. اصطلاح سلامت روان بیانگر وضعیت سلامت فرد است که نداشتن بیماری‌های روان تنی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در رفتارهای اجتماعی و افسردگی را در بر می گیرد (گلدبرگ و هیلر^۹، ۱۹۹۷). جانشون نیز معتقد است که سلامت روان به معنای اجرای موفقیت آمیز عملکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های سازنده، برقراری ارتباط با سایر افراد جامعه و توانایی تطبیق با تغییرات یادگیری و اعتماد به نفس می شود (عارفی، ۱۳۸۹). منیجر بیان می دارد که سلامت روان عبارت است باز سازی فرد از جهان اطرافش در حداکثر امکان، به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و موثر او به طور کامل شود. اما از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روان عبارت از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود می داند به عبارت دیگر بهداشت روان حالت خاصی از روان است به بهبود رشد و کمال شخصیت گردد و به فرد کمک می کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد. بخش اصلی سلامت روان کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل تر، شادتر، هماهنگ تر و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (ذاکری، ۱۳۹۰).

عوامل موثر بر سلامت روان

همه‌ی متخصصان متفق القول اند که سلامت روان در تحول شخصیت واحد نقش بنیادین دارد تصور تحول موزون انسان بدون وجود سلامت روان غیرممکن است. بی شک عوامل متعددی بر سلامت روان تاثیر می گذارند که فهرست کردن همه‌ی آنها دشوار است چرا که وجود تفاوت‌های فردی ممکن است به تنوع در عوامل موثر بر سلامت روان بیانجامد، با این حال یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها در زمینه زیست شناسی و علوم اجتماعی، دانش ما را درباره عواملی که ممکن است سلامت روان را تحت تاثیر قرار دهند، وسعت بخشیده اند. به اعتقاد چاهن، برخی از الگوهای مهمی که علت اختلال‌های روانی را از زوایای گوناگون مورد بررسی قرار می دهد عبارت است از:

۱- الگوی پزشکی که بر نقش شرایط اندام وار گوناگون می تواند کنش مغز را تحت تاثیر قرار داده، به اختلال روانی بیانجامد تاکید ورزیده است.

۲- الگوی روان تحلیل گری در مرحله نخست، بر موقعیت‌های تنش زایی که به وسیله ایجاد اضطراب متضمن تهدید برای فرد است، متمرکز می شود. چنانچه فرد به طور موثر با موقعیت اضطرابی سازش حاصل کند، اضطراب حذف می شود و در صورتی

که اضطراب و تنش ادامه یابد فرد نوعاً به مکانسیم های دفاعی گوناگون که سلامت روانی وی را تحت تاثیر قرار می دهد متوسل می شود. این الگو به تجارب آغازین کودکی در خانواده که به وسیله ی هدایت نادرست والدین سرکوب شده است اهمیت بسیار می دهد.

۳-الگوی رفتاری نگری، یادگیری معیوب را عامل اساسی اختلال روانی می داند، سلامت روان به طور گسترده ای توسط شکست و یادگیری رفتارهای سازش نایافته ی ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت های اجتماعی به طور موفقیت آمیز تحت تاثیر قرار می گیرد. ناگفته پیداست رفتارهای سازش نایافته مانند سایر مهارت ها، از محیط آموخته می شوند.

۴-الگوهای هستی نگر - انسان نگر بر توقف یا تحریف تحول فرد به عنوان عاملی اساسی، که بر سلامت روان اثر می گذارد، تاکید می ورزند. این الگوها بر تقویت انگیزش و شکل گیری خود در فرد تاکید می کنند. چنانچه فرد مجال های رشد فردی و خودشکوفایی را انکار کند، اضطراب، ناامیدی و ناکامی را تجربه خواهد کرد که در نهایت به سازگاری وی خواهد انجامید. این الگوها بیانگر این نکته است که از طبیعت انسانی، که اساساً رو به توحید یافتگی و سازندگی دارد، به وسیله شرایط ناخوشایند محیطی موجب سازش نایافته می شود (ذاکری، ۱۳۹۰).

۵-الگوی بین فردی، نارضایتی از روابط بین فردی را ریشه رفتار سازش نایافته می داند. دیدگاه بین فرهنگی - اجتماعی بر نقش آسیب شناسی شرایط اجتماعی همچون فقر، تبعیض، فرقه های مختلف و خشونت به عنوان عوامل مهمی که بر سلامت روان افراد در جامعه اثر می گذارند تاکید می ورزند (ذاکری، ۱۳۹۰).

امید به زندگی

مقصود از اصطلاح امید به زندگی عمر متوسط است و آن معادل تعداد سالهای عمر است که در زمانی معین به هر یک از افراد یک نسل از تولد تا پایان حیات می رسد به عبارت دیگر امید به زندگی میانگین تعداد سالهایی است که پس از هر سن یک فرد عمر خواهد کرد؛ انسان به دلیل تبصره ها، شرایط و استثناهاست که امیدوار می شود در غیر اینصورت در مواجهه با بسیاری از حوادث نامطلوب که در مواقعی برای خود و دیگران بسیار اتفاق می افتد باید دچار ناامیدی و افسردگی گردد و زندگی برای وی معنایی نداشته باشد. شاید رمز اساسی افراد افسرده و حتی مضطرب استفاده بیش از حد از این تعریف شناختی در زندگی روزمره خود است (تفکر تساوی گونه) که منتهی به برهم خوردن تعادل در بیم و امید می گردد بدیهی است که تا چه حد جمع امور و وقایع آن هم از بعد اجتماعی و روانی بی معناست (کاظمی پور، ۱۳۸۳).

کیفیت زندگی کاری

در طول دو دهه ی گذشته واژه کیفیت زندگی کاری مرتباً در مجلات و نشریات معتبر به کار رفته است. یک تعریف استاندارد و مورد توافق برای کیفیت زندگی کاری در ادبیات علمی و تخصصی وجود ندارد (رویوالا^{۱۰}، ۲۰۰۷). اگر چه تعریف مشترکی از این مفهوم وجود ندارد ولی به طور کلی این واژه از جانب محققین به هر چیزی که باعث بهبود شرایط کلی سازمان می شود اطلاق می گردد. کیفیت زندگی کاری به معنای فرآیندی است که به وسیله آن همه اعضای سازمان از راه مجاری ارتباطی باز و متناسبی که برای این مقصود ایجاد شده است، در تصمیمهایی که بر شغلشان بخصوص و بر محیط کارشان به طور کلی اثر می گذارد به نوعی دخالت می یابند و در نتیجه مشارکت و خشنودی آنها از کار بیشتر می شود و فشار عصبی ناشی از کار برایشان کاهش می یابد. در واقع کیفیت زندگی کاری نمایانگر نوعی فرهنگ سازمانی یا شیوه مدیریت است که کارکنان بر اساس آن احساس مالکیت، خودگردانی، مسئولیت و عزت نفس می کنند. (بورتون^{۱۱}، ۲۰۰۷).

پیشینه پژوهش

¹⁰ -Royuela

¹¹ -Burton

در این قسمت به پاره‌ای از پژوهش‌های انجام شده در رابطه با بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری اشاره خواهد شد:

رابرت و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین سلامت روانی و کیفیت زندگی پرداخت، یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی با سلامت روانی رابطه مثبت دارد و میانگین نمره خرده مقیاس افسردگی آزمون سلامت روانی در زنان بیشتر از مردان بود و کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان گزارش شده است. چانگ و همکاران^{۱۳} (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت روانی و امید به زندگی پرداختند؛ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد بین سلامت روانی و امید به زندگی رابطه معناداری وجود دارد و این رابطه مثبت است. لارسون و همکاران^{۱۴} (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سلامت روانی و کیفیت زندگی در پرستاران پرداختند، نتایج حاصل از این پژوهش نشان از رابطه معنادار بین متغیرهای پژوهش بود به عبارت دیگر بین سلامت روانی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. هونگ و چانگ^{۱۵} (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی سلامت عمومی و رضایت زناشویی با کیفیت زندگی پرداختند، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سلامت عمومی و رضایت زناشویی با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد و این رابطه مثبت است. بیگز و همکاران^{۱۶} (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی اثر ثروت بر سلامتی و امید به زندگی پرداختند. در واقع، ایشان به بررسی رابطه بین تولید ناخالص داخلی و امید به زندگی همه افراد و نیز میزان مرگ و میر کودکان و بیماران مبتلا به سل در کشورهای آمریکای لاتین و برای سال‌های ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۷ پرداختند. نتایج نشان داد که افزایش GDP اثر مثبت و قابل ملاحظه‌ای بر سلامت افراد دارد. قدرت این رابطه به شدت تحت تأثیر تغییرات سطوح فقر و نابرابری بود. زمانی که نابرابری نیز در حال افزایش است، افزایش GDP اثر بسیار کمی بر امید به زندگی و میزان مرگ و میر دارد. اما، زمانی که فقر و نابرابری کاهش می‌یابند، افزایش رشد اقتصادی منجر به افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ و میر می‌شود. فانالی جونز^۳ در سال (۲۰۰۷) در تحقیقی که در مورد "مقایسه سلامت روانی معلمان با دیگر گروه‌های شغلی صورت" گرفته است، به این نتیجه رسید که خستگی مزمن، اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب و نیز فرسودگی شغلی در معلمان نسبت به دیگر گروه‌های شغلی بیشتر است (برگرفته از مقاله). مصطفایی^{۱۳۹۴} در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت روانی و امید به زندگی با گرایشهای روان رنجوری در دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهر خوی پرداختند؛ یافته‌ها نشان داد که بین بعد سلامت روانی با گرایشهای روان رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ بین سلامت وجودی با گرایشهای روان رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد همچنین بین امید به زندگی با گرایشهای روان رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. رضایی^{۱۳۹۴} در پژوهشی به بررسی رابطه رضایت شغلی و سلامت روانی با کیفیت زندگی کاری پرستاران پرداخت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران شهر ارومیه تشکیل می‌داد، نتایج نشان داد رضایت شغلی و سلامت روانی با کیفیت زندگی کاری پرستاران رابطه معناداری وجود دارد. هوشمند راد و چراغعلی^{۱۳۹۳} در پژوهشی به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی کاری و سلامت روانی با رفتار شهروندی سازمانی کارکنان دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان پرداختند؛ یافته‌های تحقیق نشان دادند که رابطه معناداری بین کیفیت زندگی کاری و سلامت روانی با رفتار شهروندی سازمانی وجود دارد همچنین بین ابعاد کیفیت زندگی کاری (پرداخت منصفانه و کافی، محیط کاری ایمن و بهداشتی) با رفتار شهروندی سازمانی رابطه معناداری وجود دارد

ارائه مدل مفهومی

شکل زیر، مدل مفهومی این پژوهش را که بر اساس مبانی نظری و همچنین مطالعات انجام شده در سایر تحقیقات طراحی شده است را نشان می‌دهد.

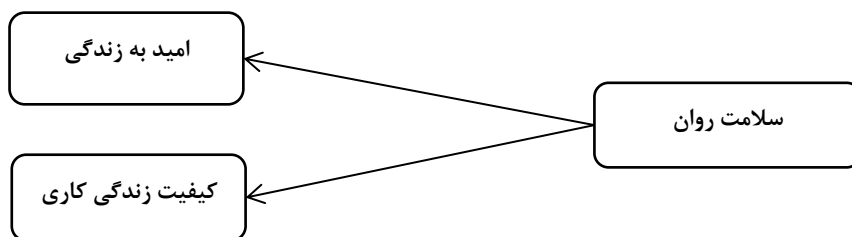
¹² -rabert etal

¹³ -Chang etal

¹⁴ Larson etal

¹⁵ -Hong &chang

¹⁶ - Brian et a



شکل (۱) مدل مفهومی پژوهش

هدف و فرضیه های پژوهش

هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری می باشد که در زیر فرضیه های این پژوهش بیان شده اند.

فرضیه اول: بین سلامت روان و امید به زندگی رابطه معنا داری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین سلامت روان و کیفیت زندگی کاری رابطه معنا داری وجود دارد.

روش شناسی پژوهش

تحقیق حاضر از نظر روش گردآوری داده ها، توصیفی- پیمایشی و همبستگی می باشد. توصیفی از آن جهت که یافته ها به همان صورت که جمع آوری شده اند، بدون هیچ گونه دست کاری توصیف می گردند و روابط بین متغیرها بررسی شده و رابطه بین متغیر مستقل و متغیرهای وابسته ارزیابی می شوند. از آنجا که اطلاعات توسط یک نمونه غیر احتمالی از جامعه اصلی به وسیله پرسشنامه به دست آمده بعد پیمایشی این بررسی نیز تأمین گردیده است. در پژوهش حاضر، برای تایید روایی پرسشنامه از روش خبرگان استفاده شده است. همچنین باید اذعان داشت در تحقیق حاضر، محقق از روش پرسشنامه ای^{۱۷} استفاده کرده است. روش پرسشنامه ای یکی از متداول ترین روش های جمع آوری داده ها در تحقیقات میدانی است. در این گونه تحقیقات پرسشنامه ها از مهم ترین منابع جمع آوری اطلاعات هستند، در این پژوهش از پرسشنامه سلامت روان (GHQ)، پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱)، پرسشنامه کیفیت زندگی کاریوران (۱۹۹۵) استفاده شده است. در این پژوهش برای اطمینان از پایایی پرسشنامه های توزیع شده بین کارکنان با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه های این پژوهش محاسبه گردید که در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱)- ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه های پژوهش

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ
سلامت روان	۳۰	۸۷۶ .۰
امید به زندگی	۱۵	۸۷۹ .۰
کیفیت زندگی کاری	۲۰	۸۹۹ .۰

جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی تمامی معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس می باشد. که تعداد آنها ۶۰۰ نفر می باشد؛ لذا به منظور تهیه و تعیین حجم نمونه آماری مورد نظر از جدول مورگان استفاده شد. بر اساس این جدول حجم نمونه مورد نظر ۲۳۴ نفر تعیین گردید. پس از آن روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل ها در دو بخش مجزا، به صورت آمار توصیفی و آمار استنباطی می باشند. در بخش توصیفی، از جدول ها و نمودارها برای توصیف و شناخت جمعیت مورد مطالعه بهره گرفته می شود. در بخش آمار استنباطی نیز فرضیه های تحقیق با روش ضریب همبستگی مورد آزمون قرار گرفت.

¹⁷-Questionnaire method

یافته های پژوهش

در ادامه، با ارائه آمار توصیفی از جامعه و نمونه مورد بررسی در جدول (۲)، ارائه نتایج آزمون فرضیه ها و در نهایت ارائه مدل نهایی پژوهش، که در اصل براساس نتایج آزمون فرضیه ها و اصلاح مدل مفهومی ارائه شده است، یافته های پژوهش تشریح خواهد شد.

جدول (۲) فراوانی ویژگی های اعضای نمونه

ویژگی افراد	زیرگروه	تعداد	درصد	مد یا نما
جنسیت	مرد	۱۹۶	۸۰.۸۳	مرد
	زن	۳۸	۲۰.۱۶	
تحصیلات	کاردانی	۱۶	۸۰.۶	کارشناسی
	کارشناسی	۴۲	۹۰.۱۷	
	کارشناسی ارشد	۱۲۹	۱۰۰.۵۵	
	دکتری و بالاتر	۴۷	۲۰.۲۰	
سابقه کاری	کمتر از ۱۰ سال	۸۹	۳۸	کمتر از ۱۰ سال
	۱۱ تا ۲۰ سال	۶۸	۱۰۰.۲۹	
	۲۱ الی ۳۰ سال	۷۷	۹۰.۳۲	

آزمون فرضیات

جدول (۳) آزمون فرضیه اول پژوهش

متغیر	شاخص آماری	امید به زندگی (متغیر ملاک)
ضریب همبستگی پیرسون	ضریب همبستگی	۸۸۷.۰***
	سطح معناداری	۰.۰۰۰
	حجم نمونه	۲۳۴
***. همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است		

جدول (۴) آزمون فرضیه دوم پژوهش

متغیر	شاخص آماری	کیفیت زندگی کاری (متغیر ملاک)
ضریب همبستگی پیرسون	ضریب همبستگی	۸۷۲.۰***
	سطح معناداری	۰.۰۰۰
	حجم نمونه	۲۳۴
***. همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است		

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی رابطه بین سلامت روان با امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس پرداختیم بر این اساس فرضیه های تحقیق به وسیله ضرایب همبستگی و نرم افزار اس پی اس مورد آزمون قرار گرفته اند. فرضیه اول این تحقیق، رابطه بین سلامت روان با امید به زندگی را آزمون نموده است. نتیجه حاصل از آزمون این فرضیه بیانگر آن است که بین سلامت روان با امید به زندگی معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش های پیشین از جمله چانگ و همکاران (۲۰۱۴)، بیگز و همکاران^{۱۸} (۲۰۱۰)، مصطفایی (۱۳۹۴) همسو می باشد زیرا در پژوهش های یاد شده نیز این رابطه مورد تایید قرار گرفته است؛ در تبیین فرضیه فوق می توان گفت که برخورداری از سلامت جسمی، روانی، و اجتماعی از جمله مهم ترین ضرورت های انسان ها در هر جامعه ای است که علاوه بر فواید شخصی و اجتماعی، موجب ارتقا و رشد جامعه می شود. سلامت چه فردی و چه جمعی بی تردید از مهم ترین ابعاد مسائل حیات انسان است و شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است. از سویی دیگر امید به زندگی و اهمیت و جایگاه آن، برای برخورداری از زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر است؛ سلامت روانی به دبیران کمک می کند تا تصمیمات را هدفمندتر و مسیرها (شیوه های انتخاب شده برای نیل به اهداف) را دقیق تر انتخاب نمایند که این امر می تواند زمینه ساز و تقویت کننده امید به زندگی باشد. فرضیه دوم این تحقیق، رابطه بین سلامت روان با کیفیت زندگی کاری را مورد آزمون قرار داد نتیجه حاصل از آزمون این فرضیه بیانگر آن است که بین سلامت روان با کیفیت زندگی کاری معلمان مقطع متوسطه شهر گنبد کاووس رابطه معناداری وجود دارد؛ نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش های پیشین از جمله رابرت و همکاران (۲۰۱۶)، لارسون و همکاران^{۱۹} (۲۰۱۳)، هونگ و چانگ^{۲۰} (۲۰۱۱)، رضایی (۱۳۹۴) همسو می باشد زیرا در پژوهش های یاد شده نیز این رابطه مورد تایید قرار گرفته است. در تبیین این نتیجه می توان گفت کارکنان به طور میانگین یک سوم از عمر خویش را در سازمانشان سپری می نمایند. از آنجا که محیط و شرایط کاری در محیط کاری انعطاف پذیری لازم را دارد طبیعتاً سلامت روانی بهبود می یابد؛ با توجه به وجود سلامت روانی مسئولیت پذیری مشترک افزایش یافته و تنش های شغلی کاهش می یابد در نتیجه کیفیت زندگی کاری نیز افزایش می یابد. نتایج این پژوهش یافته های پژوهش گران دیگر مرتبط و مطابقت دارد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر با یافته های پیشینه پژوهش هم خوانی دارد، می توان گفت که از پشتوانه تئوری قوی و محکمی برخوردار بوده و فرضیه های آن بر اساس مبانی نظری قابل اتکایی استوار است.

پیشنهادهای کاربردی

با توجه به نتایج یاد شده پیشنهادهای کاربردی زیر می توانند اثر بخش واقع شوند:
-برگزاری دوره های آموزشی برای کارکنان جهت آشنایی آنان با سلامت روان و امید به زندگی و کیفیت زندگی کاری و مزایای آن.

- فراهم نمودن مراکز مشاوره ای، برای معلمان جهت کاستن اثرات موقعیت تنش زا و آموزش شیوه های مقابله با تنش.
- آموزش مهارت های اجتماعی مانند جرات آموزی و شیوه های کنترل خشم
- تدوین برنامه های آموزشی به منظور ارتقای سطح بهداشت روانی
- کاستن عوامل تنش زای محیط کاری و خانوادگی
- آموزش راه های صحیح ارتباطات اجتماعی و خانوادگی
- معلمان شایسته با توجه به تخصص به کار گیری شوند در این بین آموزش مناسب نیز برای توانایی آن ها در نظر بگیرند چرا که این امر سبب می شود توانایی دبیران در سلامت روانی افزایش یابد.
- شایسته است فضای کاری به گونه تیمی طراحی شود که دبیران در بیان ایده ها و احساسات آزادی عمل داشته باشند
- همچنین زمینه مشارکت فکری و عملی آنان فراهم آید تا از این طریق سلامت روانی افزایش یابد.

¹⁸- Brian et a

¹⁹ Larson et al

²⁰ -Hong & chang

منابع و مراجع

- [۱] حسینی، سیدمونس، (۱۳۸۸) رابطه امید به زندگی و سرسختی روانشناختی. اندیشه و رفتار ۳(۱۲۳)
- [۲] حسینی و همکاران، (۱۳۸۹)، رابطه امید به زندگی و سرسختی روان شناختی در دانشجویان دختر و پسر، فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره دوم
- [۳] ذاکری، سیدمحمدکاظم، (۱۳۹۰)، اثربخشی آموزه های دینی بر سلامت روان و رشد اجتماعی دانش آموزان دوره ی راهنمایی شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- [۴] سرایی، حسن. (۱۳۹۰). جمعیت شناسی مبانی و زمینه ها، تهران، سمت.
- [۵] شادور، لیلا. پاشا، رضا. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه ای روان در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه معناد و غیر معناد به اینترنت شهر دزفول، مجله علوم پزشکی صدرا، دوره ۲، شماره ۲، صفحات ۱۱۹ تا ۱۳۰.
- [۶] عارفی، مژگان، (۱۳۸۹)، رابطه سبک های هویت با سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد
- [۷] قائدی، م. ؛ یعقوبی، ح؛ امیدی، ع. ، ظفر، م؛ بخشی، ش. (۱۳۸۷)مقایسه سلامت روان، مکانیزم های مقابله ای، حمایت اجتماعی و احتمال خودکشی و سوء مصرف مواد مخدر در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه شاهد در سال ۱۳۸۶. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه شیراز، صفحه ۳۴۷ تا صفحه ۳۵۰.
- [۸] کاظمی پور، شهلا. (۱۳۸۳). مبانی جمعیت شناسی، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، چاپ دوم، ص ۹۴.
- [۹] میر کمالی، سید محمد؛ خبار، کبری؛ فرهادی امجد، فرهاد. (۱۳۹۴). نقش سلامت روان بر عملکرد تحصیلی با میانجیگری انگیزی پیشرفت تحصیلی، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، سال شانزدهم، شماره ۲، (پیاپی ۶۰) از صفحه ۱۰۱ تا صفحه ۱۰۹.
- [10] Anthony JC. Health Psychology. Translated by:mohammadi SH. Tehran: Virayesh; 2007. p. 103-5. Persian.
- [11] Burton J. Cohen, Susan C. Kinnevy, Melissa E. Dichter(2007). The quality of work life of child protective investigators:A comparison of two work environments, Children and Youth Services Review,vol29.
- [12] Gibson KL, Coulson H, Miles R, Kakekakekung C, Daniels E, O'Donnell S. Conversations on telemental health: listening to remote and rural First Nations communities. Rural Remote Health 2011;11(2):19.
- [13] Goldberg D P, Hillier V F. (1997). "A Scaled Version of The General Health Quesstionnaire". Psycholmed, 9, 139-145.
- [14] Rolanson,L. (1984). Psychiatricnursing:human xperience. Newyork:saunders co
- [15] Royuela, vicente. Lopez-Tomayo, jordi and Surinach, jordi(2007). The Institutional vs. the Academic Definition of the Quality of work life. What is the focus of the European Commission?,Research Institute of Applied Economics
- [16] Sadeghian E, Heidarian pour A. [Determination of mental health and related stressors in student of Hamadan medical university]. The Hayat official scientific quarterly publication of the School of Nursing & Midwifery 2009;15(1):71-81. (Persian)
- [17] Sarina Muhamad Noor & Mohamad Adli Abdullah(2012), Quality Work Life among Factory Workers in Malaysia, Procedia - Social and Behavioral Sciences,vol 35.
- [18] Weiten W, Dunn S. D, Hammer Y. E. Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century. Mason:Cengage Learning; Edition: 10th2014. ISBN- 13:978-1111186630