

## بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان

\*دکتر عباس بخشی پور رودسری<sup>۱</sup>، حمید پیروی<sup>۲</sup>، احمد عابدیان<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>عضو هیات علمی دانشگاه تبریز و کارشناس مرکز مشاوره دانشگاه تهران،

<sup>۲</sup>آفایم مقام مرکز مشاوره دانشگاه تهران، <sup>۳</sup>کارشناس مرکز مشاوره دانشگاه تهران

### خلاصه

**هدف:** هدف از این مطالعه بررسی بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران بود.

**روش انجام کار:** آزمودنی های پژوهش را کل جامعه دانشجویان ورودی جدید سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ در بر می گرفت که مرکب از ۳۲۶۱ نفر (۱۲۴۸ نفر مذکر و ۲۰۱۲ نفر مونث) بودند و مقیاس های زیر را کامل کردند: پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی به همراه پرسش نامه های سلامت عمومی، مقیاس رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی که جهت سنجش سلامت روانی، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به کار رفتند.

**نتایج:** یافته های پژوهش نشان داد که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش بینی می کند و همچنین تاهل هم به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر همبسته بود.

**بحث و نتیجه گیری:** به طور کلی نتایج نشان می دهد که می توان بر حسب پاره ای از متغیرها مانند شاخص های رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و پاره ای ویژگی های جمعیت شناختی دانشجویان آسیب پذیر و در معرض خطر را شناسایی نمود.

**واژه های کلیدی:** سلامت روانی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، دانشجو، آسیب پذیری

### مقدمه

آسیب پذیری را دارا می باشند، در معرض خطر ابتلا به بیماری های روانی خاص قرار می گیرند. آسیب پذیری را می توان به طرق مختلف صورت بندی کرد. شیوع خانوادگی اختلالات روانی که از طریق معیار میزان انطباق قابل برآورد است، یکی از شاخص های وجود زیرساخت های زیست شناختی برای اختلال و عارضه روانی خاص است. در سطح روان شناختی نیز می توان به متغیرها و عوامل معینی به عنوان شاخص های آسیب پذیری اشاره نمود: از جمله میزان رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، نگرش های ناکارآمد، سبک اسنادی خاص، صفات شخصیتی خاص و غیره.

مساله اصلی که در پژوهش حاضر دنبال می شود بررسی رابطه میان میزان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با میزان سلامت عمومی در دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ دانشگاه تهران است.

دانشگاه ها سازمان هایی هستند که هر ساله تعداد قابل توجهی از جمعیت جوان را جذب می کنند و طی زمان معینی توانمندی های علمی و عملی این اشخاص را پرورش می دهند و در نهایت نیروهای آموزش دیده و متخصص را در اختیار جامعه وسیع تر می گذارند. دوره تحصیلی دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعدد، دوره ای فشارزا است. مدل رایجی که برای توضیح شروع بیماری روانی معرفی شده است مدل آسیب پذیری - استرس<sup>۱</sup> می باشد (۱). در نتیجه با توجه به تشدید سطوح استرس در دوره تحصیلات دانشگاهی می توان انتظار داشت درصدی از دانشجویان که سطوح بالاتر

\* آدرس: تهران - خیابان ۱۶ آذر - خیابان ادوارد براون - پلاک ۲۱ و ۲۳

طبقه پنجم - مرکز مشاوره دانشگاه تهران

تاریخ وصول: ۸۴/۵/۲۶ تاریخ تایید: ۸۴/۱۲/۲۴

<sup>1</sup>- Vulnerability-stress model

خودکشی قرار دارند (۱۲).

مه‌یر و دینر نشان دادند که رضایت از زندگی با سلامت روانی بالا همبسته است. هرچه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشد فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است (۱۳).  
مالتبای و همکاران دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از سبک‌های مقابله‌ای موثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند (۱۴).  
عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (۱۴). آدلر و فاگلی نشان دادند که رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی به خوش‌بینی و معنویت‌گرایی فرد متأثر است، به عبارت دیگر هرچه افراد خودآگاه‌تر و خوش‌بین‌تر و از معنویت‌گرایی بالاتری برخوردار باشند، به همان میزان از رضایت بالاتری برخوردارند (۱۵).

به‌طور خلاصه، با توجه به پژوهش‌های پیشین رضایت از زندگی به‌عنوان یک متغیر بر نوع مقابله‌فرد با استرس‌های زندگی و به‌همین واسطه بر سلامت روانی فرد تأثیر می‌گذارد و چون رضایت از زندگی دارای سه بعد زمانی گذشته، حال و آینده است بررسی آثار متمایز این ابعاد بخشی از اهداف پژوهش حاضر است.

### حمایت اجتماعی و سلامت روانی

راتوس معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق تعدیل و تضعیف می‌کند:  
۱- توجه عاطفی: شامل گوش‌دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات همدلی، مراقبت، فهم و قوت‌قلب‌دادن.  
۲- یاری‌رسانی: یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می‌انجامد.  
۳- اطلاعات: ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد.

پژوهش حاضر در پی آن است تا به این سوال پاسخ دهد که آیا می‌توان از روی شاخص‌های رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی و نیز پاره‌ای از متغیرهای جمعیت‌شناختی بر مبنای شاخص سلامت عمومی میزان آسیب‌پذیری دانشجویان را مشخص نمود.

### رضایت از زندگی و سلامت روانی

محققان مختلف نشان داده‌اند که رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی است (۵-۲). رضایت از زندگی از سایر سازه‌های روان‌شناختی مانند عاطفه مثبت و منفی، عزت‌نفس و خوش‌بینی متمایز است (۶). شواهد تجربی حاکی از آن است که بعد زمانی رضایت از زندگی مهم است (۷، ۵). رضایت از گذشته و رضایت از حال و رضایت از آینده سه بعد متمایز رضایت از زندگی است. سایر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با رضایت از زندگی مانند امید و خوش‌بینی نیز به سوی دیدگاه زمانی آینده‌مدار حرکت کرده‌اند (۹، ۸). لازاروس<sup>۱</sup>، کانر<sup>۲</sup> و فولکمن<sup>۳</sup> به چندین مسیر اشاره کرده‌اند که دیدگاه امیدوارانه و خوش‌بینانه موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت می‌شود و کیفیت مقابله با منابع استرس را بهبود می‌بخشد (۱۰).

شوارتز<sup>۴</sup> و استراک<sup>۵</sup> نشان داده‌اند که متمایز سازی سه سطح رضایت از زندگی یعنی رضایت از گذشته، حال و آینده برای برآورد تأثیرات این سازه بر سلامت روانی به پیش‌بینی‌های دقیق‌تر سلامت روانی و مقابله با منابع استرس زندگی منجر می‌شود (۱۱). کوووما-هانکانن و همکاران یک فراتحلیل در زمینه رضایت از زندگی انجام دادند و دریافتند که رضایت کمتر از زندگی با خطر بالاتر خودکشی همبسته است، حتی وقتی متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت سلامت پایه و مصرف الکل کنترل شود. مردان ناراضی از زندگی در مقایسه با زنان ناراضی، ۲۵ بار بیشتر در معرض خطر

1- Lazarus

2- Kanner

3- Folkman

4- Schwartz

5- Strack

6- Ratus

" رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی - تصویری با سلامت روانی معنی دار است. به بیان دیگر هر چه میزان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی تصویری در شخص بالاتر باشد، سلامت روانی فرد نیز بالاتر است."

### روش کار

جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه دانشجویان دختر و پسر پذیرفته شده در کنکور سال ۸۲-۱۳۸۱ دانشگاه تهران است. از کلیه دانشجویان ورودی یعنی ۳۲۶۱ نفر درخواست شد تا پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی را به همراه سه پرسش نامه زیر تکمیل نمایند:

۱- پرسش نامه سلامت عمومی فرم ۱۲ سوالی<sup>۱</sup>:

این پرسش نامه از سوی گلدبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۷۲) برای شناسایی اختلال های روانی غیر روان پریشی معرفی شد (۲۴). از این ابزار می توان برای بررسی سلامت روانی و به عنوان ابزار غربالگری اختلال های روانی استفاده کرد (۲۵). این ابزار از ویژگی های روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (۲۶، ۲۵).

۲- پرسش نامه رضایت از زندگی زمانی<sup>۳</sup> (TSWLS): این ابزار از سوی پات، دینر و سو (۱۹۹۸) معرفی شد و دارای ۱۵ آیتم است و دارای سه خرده مقیاس رضایت از زندگی گذشته، رضایت از حال و رضایت از زندگی آینده می باشد که هر کدام دارای ۵ آیتم است. سازگاری درونی این پرسش نامه (ضریب آلفا) ۰/۹۳ و همبستگی این آزمون با سایر آزمون هایی که حیطة مشترک را می سنجد ۰/۸۹ ذکر شده است (۵). در تحقیق حاضر، از هر آزمودنی یک نمره کلی رضایت از زندگی (TSWLS) و سه نمره برای خرده مقیاس های آن به دست آمد.

۳- مقیاس حمایت اجتماعی<sup>۴</sup> (SSS). این مقیاس دارای ۱۲ آیتم است.

۴- ارزیابی: ارائه پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد منجر به تصحیح عملکرد.

۵- جامعه پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه پذیری بوجود می آید در نتیجه اثرات سود مندی به دنبال می آورد (۱۶). پژوهش ها به طور ثابت بر نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی بر استرس تاکید داشته اند (۱۷). میزان مرگ و میر در مردانی که متاهل هستند به نحو معنی داری پایین تر از کسانی است که مجردند (۱۸). لو معتقد است حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس زا را تعدیل می کند و به تجربه عواطف مثبت می انجامد. حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۱۹).

دلیلی و آندرز نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب فائق آمدن بر مشکلات زندگی زناشویی می شود. زوجینی که از حمایت اجتماعی برخوردارند رضایت بالاتری (۲۰) استروبی و همکاران اشاره کردند که حمایت اجتماعی به مثابه یک تعدیل کننده تجربه سوگ عمل می کند. افرادی که فقدان را تجربه می کنند وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با آن کنار می آیند و بهبودی از تجربه سوگ با سهولت بهتری صورت می گیرد. همچنین حمایت اجتماعی در کاهش علایم افسردگی پس از سوگ تاثیر معنا داری می گذارد (۲۱). ادبیات پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی را می توان به دو دسته تقسیم کرد: اول مطالعاتی که متمرکز بر سیستم های حمایتی در محیط است. دوم، مطالعاتی که به سازه حمایت اجتماعی تصویری توجه دارند یعنی بنا به تصور شخصی، چه میزان از حمایت شخصی برخوردار است. در مجموع تحقیقات بر نقش حمایت اجتماعی واقعی و تصویری تاکید داشته اند (۲۲، ۲۳).

در تحقیق حاضر نقش دریافت و ادراک فردی از میزان حمایت در تعیین آسیب پذیری، مورد بررسی قرار می گیرد. با توجه به پیشینه مطالعاتی در زمینه های رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی تصویری فرضیه زیر را می توان در مورد دانشجویان ۸۲-۱۳۸۱ صورت بندی نمود:

1. GHQ-12

2. Goldberg

3. Temporal Satisfaction with Life Scale

4. Social Support Scale

برای آزمودن این فرضیه از روش آماری رگرسیون چندگانه روش گام به گام استفاده شد. در این تحلیل سلامت روانی که از طریق پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) سنجیده می شود، به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای رضایت کلی از زندگی و حمایت اجتماعی که به ترتیب با آزمون رضایت از زندگی زمانی (TSWLS) و مقیاس حمایت اجتماعی (SSS) سنجیده می شود به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. در جدول یک میانگین و انحراف معیار هر سه مقیاس فوق نشان داده می شود.

ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۶۲ گزارش شده است (۲۷). این مقیاس و مقیاس قبلی به خوبی می توانند آزمودنی های مبتلا به افسردگی و اضطراب را از آزمودنی های سالم متمایز نمایند. به منظور تحلیل داده های جمع آوری شده از تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

#### یافته ها

فرضیه پژوهشی اعلام می داشت که میان رضایت از زندگی و میزان حمایت اجتماعی با سلامت روانی رابطه معنی دار آماری برقرار است.

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی، رضایت از زندگی گذشته، رضایت از زندگی حال، رضایت از زندگی آینده و حمایت اجتماعی در دانشجویان مورد بررسی**

مقیاس ها	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	۱/۸۲	۲/۳۹
رضایت از زندگی گذشته	۲۱/۵۸	۷/۰۹
رضایت از زندگی حال	۲۱/۸۶	۷/۳۴
رضایت از زندگی آینده	۲۳/۷۹	۵/۶۸
مجموع رضایت از زندگی	۶۷/۲۳	۱۶/۸۳
حمایت اجتماعی	۱۰/۱۷	۲/۴۵

همان طور که از جدول ۲ معلوم می شود هر دو متغیر رضایت از زندگی زمانی (TSWLS) و مقیاس حمایت اجتماعی (SSS) به نحو معنی داری سلامت عمومی را پیش بینی می کنند ( $P < ۰/۰۰۱$ ). این یافته ها، فرضیه پژوهشی را تایید می کنند. از میان دو متغیر پیش بینی کننده، رضایت از زندگی پیش بینی کننده قوی تری است.

مجدور همبستگی ( $R^2$ ) این متغیر ۰/۲۱۷ است، یعنی ۲۲ درصد واریانس میان رضایت از زندگی سلامت عمومی مشترک است. وقتی مقیاس حمایت اجتماعی به معادله اضافه شود، این میزان به ۰/۲۸ افزایش می یابد، یعنی رابطه خالص میان حمایت اجتماعی با سلامت عمومی ۰/۶۲ و از لحاظ آماری معنی دار است.

**جدول ۲- تحلیل رگرسیون چندگانه رابطه میان سلامت عمومی با رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی**

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۳۷۹۱/۰۳	۱	۳۷۹۱/۰۳	۸۴۷/۶۵	۰/۰۰۱
خطا	۱۳۶۴۹/۷۴	۳۰۵۲	۴/۴۷		
کل	۱۷۴۴/۰۷	۳۰۵۲			
رگرسیون	۴۸۷۹/۹۲	۲	۲۴۳۹/۹۶	۵۹۲/۶۶	۰/۰۰۱
خطا	۴۸۷۹/۸۵	۳۰۵۱	۴/۱۲		
کل	۱۷۴۴۰/۷۸	۳۰۵۳			

واریانس عمومی را توضیح می دهد. دو متغیر پیش بینی کننده دیگر هر چند رابطه معنی دار با متغیر وابسته دارند اما سهم کوچکی در توضیح واریانس وابسته ایفا می کنند. به طور خلاصه بر مبنای جدول ۲ فرضیه یک تایید می شود، یعنی میان رضایت از زندگی به ویژه رضایت از حال و حمایت اجتماعی با سلامت عمومی رابطه معنی داری برقرار است.

در جدول ۳ میانگین دانشجویان دختر و پسر در متغیرهای وابسته آمده است. این جدول نشان می دهد که دانشجویان دختر و پسر از لحاظ سلامت عمومی کلی تفاوتی ندارند، اما دختران دانشجو از لحاظ حمایت اجتماعی و نیز رضایت کلی از زندگی از پسران دانشجو متفاوتند. به عبارت دیگر دانشجویان دختر احساس می کنند از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند و رضایت کلی آنها از زندگی نسبت به دانشجویان پسر بالاتر است.

با توجه به این که رضایت از زندگی (TSWLS) از سه خرده مقیاس رضایت از گذشته (TSWLS - Past) رضایت از حال (TSWLS - Present) و رضایت از آینده (TSWLS - Future) تشکیل شده است به منظور تحلیل دقیق تر داده ها یک بار دیگر تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام به گام انجام گرفت. در این تحلیل به جای رضایت از زندگی کلی، سه خرده مقیاس این آزمون به همراه مقیاس حمایت اجتماعی به عنوان پیش بینی کننده های سلامت روانی (GHQ) در نظر گرفته شدند، و مشخص شد هر چهار متغیر مستقل در پیش بینی سلامت روانی، پیش بینی کننده های معنی داری هستند، ( $P < 0/001$ ). اما متغیر رضایت از زندگی حال، قدرتمندترین پیش بینی کننده است و ۲۲ درصد واریانس سلامت عمومی را توضیح می دهد. دومین متغیر پیش بینی کننده، مقیاس سلامت اجتماعی (SSS) و تقریباً ۶ درصد

**جدول ۳ -** مقایسه میانگین های دانشجویان پسر و دختر در سه متغیر سلامت عمومی، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی

متغیر وابسته	دختر	پسر	تفاوت میانگین ها I - J	خطای معیار	معنی داری
سلامت عمومی	I	J	٪۱۰۵	٪۰۸۹	٪۰۲۳۸
حمایت اجتماعی	I	J	٪۵۴۹	٪۰۹۱	٪۰۰۱
رضایت از زندگی	I	J	۴/۴۲۹	٪۶۲۲	٪۰۰۱

وابسته نشان داد که تفاوت میان متاهلین و مجردین معنی دار نیست ( $P > 0/05$ ).

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار دانشجویان متاهل و مجرد در سه شاخص متغیر وابسته آمده است. اجرای MANOVA برای تعیین تفاوت بین دانشجویان متاهل و مجرد در سه متغیر

**جدول ۴ -** میانگین و انحراف معیار دانشجویان متاهل و مجرد

مقیاس	وضعیت	تاهل میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	متاهل	۱/۶۳	۲/۰۵
	مجرد	۱/۸۲	۲/۴
حمایت اجتماعی	متاهل	۱۰/۵۳	۲/۲۲
	مجرد	۱۰/۱۶	۲/۴۵
رضایت از زندگی	متاهل	۶۸/۲۸	۱۵/۶۶
	مجرد	۶۷/۲۰	۱۶/۸۶

انحراف معیار دانشجویان بر حسب محل سکونت در متغیرهای سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در جدول ۵ آمده است.

بنابراین دانشجویان از لحاظ متغیر وضعیت تاهل در هیچ یک از شاخص های متغیر وابسته تفاوت معنی دار نداشتند. با توجه به این که آیا دانشجویان ورودی بر حسب محل سکونت در متغیرهای وابسته تفاوت دارند یا خیر، میانگین و

**جدول ۵ - میانگین و انحراف معیار دانشجویان بر حسب محل سکونت در متغیرهای سلامت عمومی،**

رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی

مقیاس	محل سکونت	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	تهران	۱/۴۳	۲/۱
	مرکز استان	۲/۰۲	۲/۴۹
	شهرستان	۲/۳۳	۲/۶۷
	دهستان	۲/۲۱	۲/۱۹
	خارج از کشور	۳/۸	۴/۳۲
حمایت اجتماعی	تهران	۱۰/۴۹	۲/۱۶
	مرکز استان	۹/۹۱	۲/۶۵
	شهرستان	۹/۸۵	۲/۶۷
	دهستان	۹/۲۹	۲/۶۵
	خارج از کشور	۹/۴	۲/۴۴
رضایت از زندگی	تهران	۷۰/۰۷	۱۶/۶۹
	مرکز استان	۶۵/۲۶	۱۶/۲۶
	شهرستان	۶۴/۰۴	۱۶/۵۴
	دهستان	۶۱/۵۶	۱۶/۴۶
	خارج از کشور	۵۶/۲	۲۱/۸۹

با توجه به بعد زمانی متغیر رضایت از زندگی، در تحقیق حاضر رضایت از زندگی حال، قدرتمندترین پیش بینی کننده سلامت روانی است. هر چند رضایت از آینده و رضایت از گذشته نیز از لحاظ آماری پیش بینی کننده های معنی دار سلامت روانی هستند. حمایت اجتماعی تصویری نیز یک متغیر پیش بینی کننده سلامت روانی است و از این لحاظ نیز تحقیق حاضر با تحقیقات پیشین همسو است (۱۹-۲۳).

هر چه دریافت شخص از میزان حمایتی که از سوی دیگران دریافت می دارد بالاتر باشد به همان نسبت سلامت روانی بالاتری دارد.

اجرای MANOVA نشان داد که دانشجویان بر حسب محل سکونت در شاخص های سلامت عمومی، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی از هم تفاوت دارند ( $P < 0/001$ ). آزمون های ANOVA به عنوان آزمون های مکمل نشان داد که دانشجویان بر حسب هر سه شاخص متغیر وابسته تفاوت معنی داری دارند ( $P < 0/001$ ).

### بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر همسو با تحقیقات پیشین (۱۵-۱۲، ۷، ۵، ۴) نشان داد که رضایت از زندگی یک پیش بینی کننده سلامت روانی است. به بیان دیگر هر چه میزان رضایت فرد از زندگی بالاتر باشد سلامت عمومی و روانی نیز بالاتر است.

با توجه به رابطه معنی دار بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان و بالا بودن این سه متغیر در دانشجویانی که نزد والدین خود زندگی می کنند و یا به ایشان دسترسی دارند، می توان در گزینش دانشجو طرح بومی گرایشی را اجرا نمود. زیرا که آسیب پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر می باشد. تاهل، با سلامت روانی بالاتر، رضایت بیشتر از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بالاتر همبسته است. تسهیل برای دانشجویان مجرد در جهت اختیار تاهل می تواند یک اقدام پیشگیرانه و مثبت تلقی شود. تفاوت دانشجویان ورودی بر حسب محل سکونت نیز نشان داد هر چه محل تحصیل دانشجو به محل سکونت نزدیک تر باشد رضایت بالاتر از زندگی، احساس حمایت اجتماعی بیشتر و سلامت روانی مناسب تری مشاهده می شود. دانشجویان تهرانی با فاصله ای در خور توجه در هر سه شاخص بر دانشجویان سایر محل های سکونت برتری داشتند. این یافته تاکید مجددی است بر طرح بومی گرایشی.

به طور خلاصه مسئولان دانشگاهی لازم است با مد نظر قراردادن این متغیرها در جهت تخصیص امکانات دانشگاهی به این گروه های آسیب پذیر از تشدید وضعیت این دانشجویان پیشگیری کنند.

از میان دو متغیر پیش بینی کننده، رضایت از زندگی حال پیش بینی کننده قوی تری است. پس از آن حمایت اجتماعی تصویری قرار می گیرد. دانشجویان بر حسب جنسیت و وضعیت تاهل در سلامت روانی تفاوت معنی داری ندارند. دانشجویان بر حسب سهمیه ورودی نیز در هر سه شاخص تفاوت دارند. به طور خلاصه دانشجویان منطقه ۳ و تا اندازه ای دانشجویان آزاده، آسیب پذیرترند. به احتمال زیاد، سطوح بالاتر استرس در این دو گروه دانشجویان مسبب این تفاوت ها است. متغیر جمعیت شناختی دیگر، نوع دبیرستانی است که دانشجویان از آن فارغ التحصیل شده و به دانشگاه راه یافته اند. بهترین شاخص ها در دانشجویان دبیرستان های غیر انتفاعی دیده می شود و در دانشجویان دبیرستان های دولتی بدترین نتایج دیده می شود. از لحاظ محل سکونت نیز در دانشجویان شهرستان های کوچک و دهستان ها شاخص های آسیب پذیری بالاتری دیده می شود و بالاترین شاخص سلامت در دانشجویان تهرانی دیده می شود. این تفاوت ها نیز بر حسب میزان حمایت اجتماعی و تجربه استرس معمول روزانه قابل تفسیر است. فوت و غیبت والدین نیز یک شاخص آسیب پذیری است. در تحقیقات آتی می توان متغیرهای دیگر و واسط را سنجید. از جمله می توان میزان استرس تجربه شده یا متغیرهایی چون سبک اسناد و رابطه آن را با سلامت عمومی بررسی نمود.

#### منابع

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Contributions of the Psychosocial sciences to Human Behavior in: Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 2003:157-206.
2. Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of well-being; America's perception of life quality. New York: plenum, 1976.
3. Fordyce MW. The happiness measures: A sixty second index of emotional well-being and mental health. Edison Community press. U.S.A, 1977.
4. Pavot W, Diener E. The affective and cognitive context of self-reported measure of subjective well-being. Social Indicators Research, 1993, 28, 1-20.
5. Pavot W, Diener E, Suh E. The temporal satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment, 1998, 70, 340-354.
6. Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of well-being measures. Journal of personality and Social Psychology, 1996, 71, 616-628.

7. Karniol R. The motivational impact of temporal focus: Thinking about the future and the past. *Annual Review of psychology*, 1996, 47, 593-620.
- 8- Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 1985, 4, 219-247.
9. Snyder CR, Sympson SC, Ybasco FC, Borders TF, Babyak MA, Higgins RL. Development and validation of the state Hope scale. *Journal of Personality and social Psychology*, 1996, 70, 321-325.
10. Lazarus RS, Kanner AD, Folkman S. Emotions: A Cognitive-phenomenological analysis. In Plutchik R and Kellerman H. *Emotion: Theory, research and experience*, New York: Academic, 1980, 182-217.
11. Schwartz N, Strack FE. valuating one's life: A Judgment model of subjective well- being. In. Argyle M, Schwartz N. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* Oxford, England: Pergamon, 1991, 27-48.
12. Koiumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, koskenvuo M. Life statisfaction and suicide: A-20Year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158(3). 433-439.
13. Myers DG, Diener ED .Whois happy? *Psychological science*, !995, 6(1), 10-19.
14. maltaby J, Day L, Mccutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*, 2004 , 95 , 411-428.
15. Adler MG, Fagley N S. Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of personality*, 2005, 73(1)79-114.
16. Rathus SA. *Psychology*. Holt, Rinehart and Winston, 1990.
17. Fleming MZ, MacGowan BR, Robinson L, Spitz J, Salt P. The body image of the postoperative female- to- male transsexual. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1982, 50, 461-462.
18. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health study. *American Journal of Epidemiology*. 1982, (116), 123-140.
19. Lu L. Social Support, reciprocity, and well-being. *The Journal of Social Psychology*, 1997, 137 (5) 618-628.
20. Dehle C, Landers JE. You can't always get what you want ,but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinical Psychology*, 2005 , 24 (7). 1051-1076.
21. Stroebe W, Zech E, Stroebe MS, Abakoumkin G. Does social support help in bereavement? *Journal of social and clinical psychology*, 2005, 24(7), 1030-1050.
22. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The social support questionnaire, *Journal of personality and social psychology*, 1983. 44. 127-139.
23. Sarason IG, Sarason BR. *Social support: Theory, Research, and Applications*. Dordrecht, Nijhoff, 1985.
24. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford university press London, 1972.
۲۵. باقری یزدی س ع، بوالهیری ج، پیروی ح. بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال اول، شماره ۴.
- 26-Montazeri A. The 12-item General Health Questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of life outcomes*, 2003. 1:66.
- 27- Cassidy T, Long C. Problem-Solving style, stress and psychological illness: development of a multifactorial measure. *British Journal of clinical psychology*, 1996, 35, 265-277.