

بررسی رابطه سلامت روان و رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی در دانش آموزان

سمیه رجب پور^۱، رویا هادی زاده^۲، امیر حسین پوراریا^۳

^۱ استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان - ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی، موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان - ایران

^۳ کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم شناسی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد-ایران

چکیده

هدف از این تحقیق، بررسی رابطه سلامت روان و رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی در دانش آموزان است. در این تحقیق که تحقیقی همبستگی است از روش بررسی اسناد، مدارک و روش میدانی استفاده شده است. در این مطالعه از سه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، رضایت از زندگی (SWLS) و پرسشنامه خودکشی در نوجوانان (ASQ) استفاده شده است که نتایج حاصله با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (تحلیل مانوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. یافته های این تحقیق نشان داد که خودکشی در این شهرستان رابطه معناداری با میزان سلامت روان و میزان رضایت زندگی در دانش آموزان دوره متوسطه دوم دارد.

واژه های کلیدی: سلامت روان، رضایت از زندگی، گرایش به خودکشی

مقدمه

مرگی که ناشی از خودکشی عمدی و توسط خود شخص رخ می دهد، اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود می باشد. روشن ترین دلیل آن مشکلات پیچیده انسان نیازمندی است که برای رهایی از مشکلات خود، خودکشی را به عنوان بهترین راه حل انتخاب می کند. خودکشی عملی اتفاقی و بی معنی نیست بلکه راهی برای رها شدن از یک مشکل یا بحران است که شخص را به طور شدید رنج می دهد. خودکشی با نیازهای برآورده نشده، احساس یاس و درماندگی، تعارض های دوگانه در زندگی و فشار روانی غیر قابل تحمل رابطه مستقیم دارد، به نظر می رسد خودکشی، یک اقدام فردی است که امکان دارد از جانب شخص سر بزند و در بروز آن عوامل اجتماعی نیز نقش اساسی دارند. (دیوانی، ۱۳۹۳: ۲۸).

اقدام به خودکشی، با روشهای متفاوتی صورت می گیرد. شیوع روشهای مختلف اقدام به خودکشی و نیز، خودکشی در جوامع مختلف و در دوره های زمانی مختلف، متفاوت بوده است. نشان داده شده است که بیش از ۹۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، حداقل به یک اختلال روانی مبتلا هستند.

تعدادی از تحقیقات نشان می دهد افرادی که دست به خودکشی می زنند دارای پنج مشخصه عمده می باشند: مشکلات عمده با همسر، وجود یک فرد جدید در زندگی (همسر دوم)، وجود بیماری در یکی از اعضای خانواده، وجود یک بیماری شدید جسمی در فرد، شکست عاطفی. همچنین افرادی که اقدام به خودکشی می کنند دارای سابقه مشکلات مزمن در ارتباط با ازدواج، فرزندان، شغل، مسائل مالی، مسائل بهداشتی و اعتیاد هستند. دو سوم از افراد متاهل دارای مشکلات زناشویی می باشند. به طور کلی مشکلات مزمن اجتماعی همچون اختلافات زناشویی، طلاق، بیکاری، خانواده های پر جمعیت، بدهی و سابقه زندان در میان افرادی که دست به خودکشی می زنند شایع است.

متاسفانه در کشور ما آمار و ارقام به صورت منابع مرجع در این زمینه وجود ندارد. با این وجود مطالعات محدود انجام شده مبین تفاوت زیاد با آمارها و نسبت هایی است که در کتب مرجع ذکر می گردد. (پاکزاد، ۱۳۹۶: ۵۲). در مطالعات ملی ایران میزان خودکشی ۶ تا ۸ درصد هزار نفر برآورد شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷).

از نکات قابل توجه خودکشی در ایران، تفاوت الگوی اقدام به خودکشی براساس جنس می باشد. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر بوده و شایع ترین انواع خودکشی در زنان مسمومیت دارویی و خودسوزی است. بیشترین علت خودکشی مربوط به تنش زوایای محیطی، اختلافات زناشویی، تهمت های ناموسی، ازدواج تحمیلی و مشاجرات خانوادگی می باشد. (اسکندری، ۱۳۹۳: ۲۸).

از آنجا که اغلب موارد خطر اقدام به خودکشی قابل پیشگیری می باشد و پرستاران به دلیل ارتباط نزدیک با مددجویان از جایگاه ویژه ای در سیستم بهداشتی و درمانی برخوردارند، می توانند با ارایه برنامه های آموزشی و مشاوره در سطح مدارس، محیط کار، منازل، مراکز بهداشتی، بیمارستان ها، در زمینه شناسایی افراد مستعد به خودکشی موثر باشند. (یاسمی، ۱۳۹۲: ۳۴).

طبقه نظر فروید، خودکشی نشان دهنده یک آرزوی سرکوب شده برای کشتن یک موضوع محبوب از دست رفته است و نوعی عمل انتقام جویانه محسوب می شود. (جوانمرد، ۱۳۸۸: ۸۵).

خودکشی رفتاری با سبب شناسی زیستی، روانی و اجتماعی است که برخی از این عوامل فردی و برخی اجتماعی هستند. مطالعات متعددی به بررسی علل موثر در خودکشی پرداخته است. مطالعه برخورداری (۱۳۹۶) نشان داد در زنان و در گروه ۲۰ تا ۲۹ ساله میزان خودکشی بیشتر است. از میان این رده سنی آنان که در زندگی زناشویی خود رضایت کمتری دارند بیشتر گرایش به خودکشی نشان می دهند. مصطفی زاده (۱۳۹۴) هم نشان داد که سابقه بیماری روانی، رابطه معناداری با گرایش مجدد به اقدام به خودکشی دارد.

۹۵ درصد کسانی که خودکشی و یا اقدام به خودکشی می کنند اختلال روانپزشکی دارند و افسردگی، اختلالات مرتبط با مصرف مواد و رفتار تکانشی بارز جز مهمترین اختلالات روانپزشکی در خودکشی محسوب می شوند. افسردگی به تنهایی ۷۰ درصد اینها را شامل می شود. افزایش دسترسی به خدمات پایه سلامت روان، مدیریت رسانه ها در خصوص نحوه صحیح انعکاس اخبار مرتبط با خودکشی، کاهش دسترسی به روش های مهلک، ایجاد خدمات حمایتی و درمانی، کاهش انگ اجتماعی مرتبط با خودکشی و ثبت دقیق رفتارهای خودکشی برای مشاهده روندهای دمو گرافیک از راهبردهای موثر برای کاهش خودکشی است. (مشیری، ۱۳۹۵: ۸۵).

احساس شادی و نشاط یکی از ضروری ترین خواسته های فطری و نیازهای روانی انسان بشمار می رود و به دلیل تاثیرات عمده بر سالم سازی و بهسازی جامعه، مدت مدیدی است ذهن آدمین را به خود مشغول کرده است به طوری که امروزه بسیاری از ملل به نوعی درصدد ایجاد یک جامعه سالم و با نظاط هستند، زیرا به نظر می رسد احساس شادی از یکسو انسان ها را برای زندگی بهتر و بازدهی بیشتر آماده می کند و از سوی دیگر به دلیل ویژگی مسری بودن آن، بستگی های فرد را به محیط گسترده می کند. از این رو مادامی که شهروندان احساس شادی کنند همواره در خدمت شهر و افراد جامعه اهتمام بیشتری می ورزند، از این روافزایش نشاط و سرزندگی و امید آفرینی فردی و اجتماعی مفهومی بیش از یک احساس شادی و رضایت و خرسندی سطحی و معمولی دارد. (عزیزی، ۱۳۹۸: ۱۲). افزایش رضایت از زندگی موجب حفظ سلامتی و تا حدودی طول عمر افراد می شود. رضایت از زندگی می تواند سلامت جسمی را نیز بهبود بخشد، افرادی که رضایت بیشتری از زندگی خود دارند احساس امنیت بیشتری می کنند و آسانتر تصمیم میگیرند و دارای روحیه مشارتمی بیشتری هستند (هاشمی مفرد، ۱۳۹۷: ۵۴).

مدارس، هم در رشد روانی و هم در سلامت روانشناختی کودکان مؤثر هستند. شواهد به طور فزاینده ای رابطه نزدیکی را بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان و همچنین عملکرد اجتماعی آنان نشان می دهند. علاوه بر موفقیت تحصیلی، کودکان و نوجوانانی که از سلامت روان و سلامت اجتماعی برخوردار هستند، احساس رضایت بیشتری را در ارتباط با خانواده و همسالانشان دارند. کودکانی که اختلالاتی در حوزه سلامت روان دارند، بیشتر در معرض افت تحصیلی، و ترک تحصیل قرار دارند که این موضوع آن ها را در معرض آسیب های دیگری مثل اشتغال به کار غیرقانونی، مصرف مواد، بزهکاری، خشونت و بیکاری در آینده قرار می دهد. رشد اجتماعی و عاطفی مناسب کودکان، مستقیماً منجر به پیشرفت تحصیلی در آنها می شود و احساس کارآیی و رضایت را در معلمان نیز افزایش می دهد. دستیابی به چنین پیشرفتی در حوزه سلامت روان کودکان، با رسالت آموزشی مدارس نیز سازگار است. (همان: ۴۹).

از نظر ضرورت اجتماعی، نیز با توجه به اینکه دانش آموزان بعنوان یکی از اقشار مهم اجتماعی، سرمایه ملی بشمار می آیند بنابراین توجه به عواطف و احساسات این قشر از جامعه از اهمیت بسازایی برخوردار است.

تحقیق در زمینه سلامت روان و خودکشی دارای اهمیت است، به این دلیل که آنها نشان دهنده بار بهداشتی بزرگی هستند، به طوری که عدم وجود سلامت روان منجر به ناتوانی در عملکردهای روزانه زندگی و ناوتوانی روانی شده و با اختلالات سوء مصرف مواد همراه است و خودکشی منجر به مرگ سالانه یک میلیون نفر در سراسر جهان می شود. دوم این که برای حمایت از تلاش های در حال افزایش سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان ها برای اجرای برنامه کاری در موسسات بهداشت روان کم درآمد، نیاز به شناسایی راهبردهای ارجاعی بهینه برای غربالگری عوامل خطر کلیدی است. سوم این که شناسایی عوامل خطر می تواند برای طراحی فعالیتهای پیشگیرانه برای کاهش شیوع ناخوشی و مرگ و میز همراه با عدم وجود سلامت روانی و خودکشی استفاده شود. پیشگیری از خودکشی نیازمند طرح ملی است که اجرای آن با همکاری نهادهای مختلفی همچون آموزش و پرورش، صدا و سیما، بهزیستی، وزارت بهداشت و درمان و وزارت ارشاد امکان پذیر است. (مشیری، ۱۳۹۵: ۳۵). در ایران تعداد پژوهش های انجام شده در زمینه گرایش به خودکشی اندک می باشد و با توجه به شیوع بالای خودکشی و اثرات زیان بار آن بر فرد، خانواده و جامعه، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

از همین رو، مطالعه پژوهشی حاضر با هدف کلی بررسی رابطه سلامت روان و رضایت از زندگی در گرایش به خودکشی در دانش آموزان متوسطه دوره دوم در شهر قوچان؛ و اهداف جزئی ذیل :

بررسی رابطه مقیاس علائم جسمانی در گرایش به خودکشی در دانش آموزان متوسطه دوره دوم در شهر قوچان.

بررسی رابطه مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب در گرایش به خودکشی در دانش آموزان متوسطه دوره دوم در شهر قوچان.

بررسی رابطه مقیاس کارکرد اجتماعی در گرایش به خودکشی در دانش آموزان متوسطه دوره دوم در شهر قوچان.

بررسی رابطه مقیاس علائم افسردگی در گرایش به خودکشی در دانش آموزان متوسطه دوره دوم در شهر قوچان.

بررسی رابطه رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی در دانش آموزان متوسطه دوره دوم در شهر قوچان .

؛ به مرحله اجرا درآمد.

روش پژوهش

این تحقیق از نوع کاربردی است و با در نظر گرفتن موضوع پژوهش که بررسی رابطه سلامت روان و رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی در دانش آموزان است، روش تحقیق در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی^۱ بوده است. این پژوهش از این منظر که نظرات دانش آموزان را پیرامون سلامت روان و رضایت از زندگی و گرایش به خودکشی مورد بررسی قرار داده توصیفی است. این تحقیق از نوع تحلیل رگرسیونی می باشد. جامعه آماری این تحقیق از کلیه دانش آموزان متوسطه دوره دوم شهرستان قوچان مشغول به تحصیل در سال ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل شده است که طبق آمار اداره آموزش و پرورش تعداد آن برابر با ۲۰۳۱ نفر می باشند. نمونه ی آماری تحقیق براساس فرمول کوکران و روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای ، برابر ۳۲۳ نفر

^۱-correlation

بوده اند، اما از آنجا که پیش بینی می شد برخی از پرسشنامه ها ناقص تحویل داده شود یا بخشی از آنها مفقود گردد، تعداد ۳۵۰ پرسشنامه توزیع گردید و پس از کنار گذاشتن پرسشنامه های مخدوش، نهایت ۳۲۳ پرسشنامه تحلیل شد. تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح آمار توصیفی از آماره هایی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده گردید. برای تعیین میزان همبستگی بین هر یک از مولفه های سلامت روان و رضایت از زندگی و گرایش به خودکشی از تحلیل واریانس چندمتغیره (تحلیل مانوا) استفاده گردید. در تحلیل مانوای یک گروهی نتایج عیناً با نتایج رگرسیون یکسان است. همچنین برای تعیین میزان همبستگی بین مولفه های سلامت روان با تک تک مولفه های رضایت از زندگی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده گردید.

ابزار پژوهش

الف - پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از:

۱- مقیاس علائم جسمانی

۲- مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب

۳- مقیاس کارکرد اجتماعی

۴- مقیاس علائم افسردگی

مقیاسها:

دارای ۴ مقیاس فرعی است که عبارتند از:

(۱) مقیاس نشانه های جسمانی: شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی آنها همراه با نشانه های جسمانی، در GHQ 28 سوال ۱ تا ۷ میباشد.

(۲) نشانه های اضطرابی و اختلال خواب: شامل مواردی که با بیخوابی و اضطراب مرتبط اند، در GHQ 28 سوال ۸ تا ۱۴

(۳) کارکرد اجتماعی: توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسایل زندگی روزمره میسنجد. آشکار ساختن احساس افراد در کنار آمدن با موقعیتهای متداول زندگی، در GHQ 28 سوال ۱۵ تا ۲۱

(۴) نشانگان افسردگی: شامل موارد افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی، و در GHQ 28 سوال ۲۲ تا ۲۸

که برای هر مقیاس فرعی یک نمره وجود دارد و یک نمره هم مربوط به نمره کلی افراد می باشد.

ب- پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS)

این پرسشنامه توسط داینر، ایمونز، لارسن و گریفین در سال ۱۹۸۵ ساخته شد. داینر خود از پیشگامان حوزه رضایت از زندگی است و نظریات بسیاری در این زمینه ارائه داده است.

این مقیاس از ۵ گزاره که مولفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه گیری می کند، تشکیل شده است. آزمودنیها اظهار می دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آنها نزدیک است. این مقیاس متشکل از ۴۸ سوال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می کرد و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سوال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسیهای متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافت و به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت.

این پرسشنامه اکنون دارای ۵ ماده است که هر ماده در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۷ نمره گذاری می گردد. با توجه به سهولت اجرای این پرسشنامه و ویژگی های روانسنجی مناسب، استفاده از آن به خصوص در پژوهش های مرتبط با رضایت از زندگی بسیار زیاد است.

نگاه به رضایت از زندگی به مثابه سازه ای دارای ابعادی از جنس رضایت، نگاهی نارسا است. به نظر می رسد کلی بودن مفهوم زندگی و انتزاعی بودن آن رضایت از زندگی را دارای ویژگی منحصر به فردی نموده است.

ج- پرسشنامه خودکشی در نوجوانان (ASQ)

پرسشنامه خودکشی در نوجوانان ۱۳ سوال دارد و توسط کیت طراحی شده است. هدف اصلی آن ارزیابی میزان تمایل یا احتمالی خودکشی در نوجوانان است. هر سوال دو گزینه دارد. گزینه بلی ۱ امتیاز و خیر نمره صفر می گیرد. میزان اقدام به خودکشی در نوجوانان در سال های اخیر افزایش چشمگیری یافته است. در پایان نامه نوری (۱۳۹۱) روایی صوری پرسشنامه به تایید دو تن از اساتید دانشگاهی رسید و همچنین پائینی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خودکشی در نوجوانان ۶۵/۰ (ASQ) به دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول این پرسشنامه است.

نتایج

یافته های حاصله از نتایج آزمون فرضیات پژوهش در جداول ذیل خلاصه شده است.

گرایش به خودکشی		
سلامت روان	همبستگی پیرسون	۰/۵۹
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
رضایت از زندگی	همبستگی پیرسون	۰/۴۹
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
P<0.01		n= ۳۲۲

جدول ۱- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روان و رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	F	P	R	R ²	β	t	P
علائم جسمانی	گرایش به خودکشی	۳۴/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۲۴	۲/۹۳	۰/۰۰۴
علائم اضطرابی و اختلال خواب		۱۵/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۲۶	۲/۳۹	۰/۰۰۲
کارکرد اجتماعی		۲۱/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۰/۴۷	۰/۲۵	۴/۰۲	۰/۰۰۱
علائم افسردگی		۱۸/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۳۲	۵/۶۷	۰/۰۰۱

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه رابطه مولفه های سلامت روان با گرایش به خودکشی

گرایش به خودکشی		
خانواده	همبستگی پیرسون	۰/۴۹
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
دوستان	همبستگی پیرسون	۰/۵۱
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
مدرسه	همبستگی پیرسون	۰/۴۷
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
محیط زندگی	همبستگی پیرسون	۰/۴۶
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
خود	همبستگی پیرسون	۰/۴۵
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰
		n= ۳۲۲
		P<0.01

جدول ۳- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی

با توجه به جدول ۳- بین خانواده ($r = ۰/۴۹$)، دوستان ($r = ۰/۵۱$)، مدرسه ($r = ۰/۴۷$)، محیط زندگی ($r = ۰/۴۶$) و خود ($r = ۰/۴۵$) با گرایش به خودکشی رابطه مثبت و معنی داری در سطح ۰/۰۰۱ دارد. بنابراین بین رضایت از زندگی و مولفه های آن با گرایش به خودکشی با توجه به مثبت بود ضریب همبستگی می توان بیان کرد که تغییرات دو متغیر در جهت هم عمل می کنند یعنی با افزایش مقدار یک متغیر مقادیر متغیر دیگر افزایش می یابد و برعکس.

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که در آزمون سلامت روان گرفتن نمره پایین نشان دهنده سلامت روان بیشتر و در آزمون رضایت از زندگی نمرات بالاتر بیانگر رضایت بالاتر فرد پاسخ دهنده از زندگی خواهد بود و برعکس.

با توجه نتایج جدول ۱ نتیجه می گیریم که، بین سلامت روان ($r = ۰/۵۹$) و رضایت از زندگی ($r = ۰/۴۹$) با گرایش به خودکشی رابطه مثبت و معنی داری در سطح ۰/۰۰۱ دارد. بنابراین بین سلامت روان و رضایت از زندگی با گرایش به خودکشی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. با توجه به مثبت بود ضریب همبستگی می توان بیان کرد که تغییرات دو متغیر در جهت هم عمل می کنند یعنی با افزایش مقدار یک متغیر مقادیر متغیر دیگر افزایش می یابد و برعکس.

دوران تحصیل، که سال های بین ۶ تا ۱۸ سال عمر دانش آموز را به خود اختصاص می دهد دوران سرنوشت ساز و شخصیت ساز اوست. دانش آموز در این سال ها تجارب مختلفی کسب می کند، واکنش های گوناگونی را از معلمان در مدرسه و از والدین در

خانه دریافت می کند و در مقابل قضاوت های مختلف دیگران نسبت به خود و برداشت های خود از واکنش های خود از دیگران به تصور ثابتی درباره خودش می رسد.

در نهایت، دانش آموز با تشکیل یک مفهوم خود مثبت یا منفی، به صورت فردی با اطمینان، دارای عزت نفس بالا، مصمم و بردبار، یا به صورت فردی نامطمئن، نامصمم دارای اعتماد نفس پایین، مضطرب و بی تحمل در می آید. همه این ویژگی های شخصیتی که شالوده سلامت روانی یا بیماری روانی فرد را می ریزند در سال های تحصیل در مدرسه شکل می گیرند.

مدارس، هم در رشد روانی و هم در سلامت روانشناختی دانش آموزان مؤثر هستند. شواهد به طور فزاینده ای رابطه نزدیکی را بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان و همچنین عملکرد اجتماعی آنان نشان می دهند. علاوه بر موفقیت تحصیلی، کودکان و نوجوانانی که از سلامت روان و سلامت اجتماعی برخوردار هستند، احساس رضایت بیشتری را در ارتباط با خانواده و همسالانشان دارند. دانش آموزانی که اختلالاتی در حوزه سلامت روان دارند، بیشتر در معرض افت تحصیلی، و ترک تحصیل قرار دارند که این موضوع آن ها را در معرض آسیب های دیگری مثل اشتغال به کار غیرقانونی، مصرف مواد، بزهکاری، خشونت و بیکاری در آینده قرار می دهد. رشد اجتماعی و عاطفی مناسب دانش آموزان، مستقیماً منجر به پیشرفت تحصیلی در آنها می شود و احساس کارآیی و رضایت را در معلمان نیز افزایش می دهد. دستیابی به چنین پیشرفتی در حوزه سلامت روان دانش آموزان، با رسالت آموزشی مدارس نیز سازگار است.

محققان مختلف نشان داده اند که رضایت از زندگی یکی از پیش بینی کننده های سلامت روانی است. رضایت از زندگی از سایر سازه های روان شناختی مانند عاطفه مثبت و منفی، عزت نفس و خوش بینی متمایز است. شورتز و استراک نشان داده اند که متمایز سازی سه سطح رضایت از زندگی یعنی رضایت از گذشته، حال و آینده برای برآورد تاثیرات این سازه بر سلامت روانی به پیش بینی های دقیق تر سلامت روانی و مقابله با منابع استرس زندگی منجر می شود. کووما 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 و وضعیت سلامت پایه و مصرف الکل کنترل شود. مردان ناراضی از زندگی در مقایسه با زنان ناراضی، ۲۵ بار بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند. مهیر و دینر نشان دادند که رضایت از زندگی با سلامت روانی بالا همبسته است. هر چه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشد فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است. عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است.

در انجام این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بودیم، از قبیل: جامعه آماری پژوهش به دانش آموزان شهر قوچان مربوط است، لذا در تعمیم نتایج به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. عدم همکاری بعضی از دانش آموزان. کمبود سوابق مرتبط با موضوع پژوهش

سپاسگزاری

برخورد لازم می دانیم که، از مسئولین محترم موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان و تمامی عزیزانی که در این پژوهش شرکت نمودند نهایت تقدیر و تشکر را ابراز نماییم. همچنین از سرکار خانم دکتر سمیه رجب پور به خاطر راهنمایی های ارزنده شان سپاسگزاریم.

منابع

- اسکندری، لیدا. (۱۳۹۳). آثار خودکشی و عواقب آن، تهران: ارسباران.
- پاکزاد، پیمان. (۱۳۹۶). سلامت روان در جوانان و نوجوانان، چاپ اول، تهران: طویی.
- پورنقاش تهرانی، سعید. (۱۳۸۳). داروها و رفتار، تهران: سمت.
- جوانمرد، منوچهر. (۱۳۸۸). علل اقدام به خودکشی، چاپ سوم، تهران: جنگل.
- دیوانی، ابوالفضل. (۱۳۹۳). خودکشی جوانان و نوجوانان و انگیزه های آن، چاپ سوم، تهران: شکوه.
- عزیزی، منصور. (۱۳۹۸). مشکلات روانشناختی و افکار خودکشی، چاپ اول، تهران: برتر.
- مشیری، حامد. (۱۳۹۵). سلامت روان و مشکلات رفتاری در نوجوانان، چاپ ششم، تهران: آستانه.
- هاشمی مفرد، صمد. (۱۳۹۷). سلامت روان، چاپ دوم، تهران: دانشگاه.
- یاسمی، محمدتقی. (۱۳۹۲). علل و عوامل خودکشی، چاپ پنجم، تهران: دانشگاه تربیت معلم.
- جلیلی، امیر (۱۳۸۵). تأثیر درمان فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسنادی و نگرش های ناکارآمد. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران.
- شریفی ونداد، اسعدی سید محمد، محمدی محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳)، پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیص برای SCID بر اساس DSM IV. فصلنامه تازه های علوم شناختی. شماره ۳، ۸-۲۲.
- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم و استفان دابسون، کیت. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۲، ۲۵-۳۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجد زاده، سید رضا، (۱۳۸۵)، استاندارد سازی پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، ۱۲-۱.
- Barker, E. (2014, March 15). *How To Be More Satisfied With Your Life – 5 Steps Proven By Research*. Retrieved May 26, 2015, from <http://time.com/25208/howtobemoresatisfiedwithyourlife5stepsprovenbyresearch/> Here
- Diener, E., Emmons, R., Larson, R., & Griffin, S. (n.d.). *The Satisfaction with Life Scale*. Retrieved May 27, 2015, from <http://www.unt.edu/rss/SWLS.pdf> here
- Diener, E. (n.d.). *The Satisfaction with Life Scale*. Retrieved May 27, 2015, from <http://www.ppc.sas.upenn.edu/lifesatisfactionscale.pdf> here
- Diener, E., & Pavot, W. (1993). *Review of the Satisfaction With Life Scale*. Retrieved May 27, 2015, from

http://www.ksbe.edu/_assets/spi/pdfs/survey_toolkit/other_samples/pavot_diener.pdf here

Hsu, B. (n.d.). *Happiness versus Life Satisfaction: What's the Difference?* Retrieved May 28, 2015, from

<http://www.patheos.com/blogs/blackwhiteandgray/2012/10/happinessversuslifesatisfactionwhatsstheifference/> here

Life Satisfaction. (n.d.). Retrieved May 22, 2015, from
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/lifesatisfaction/> here

Veenhoven, R. (n.d.). *The Study of Life Satisfaction*. Retrieved May 25, 2015, from