

رابطه‌ی بین "کیفیت زندگی" و "سلامت روان" دانش‌آموزان روستایی متوسطه دوم

^۱ پویا حیدری
^۲ حسن مومنی
^۳ زهرا امین فلاح
^۴ صدیقه جعفری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۱

چکیده

کیفیت زندگی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان است و مطالعه آن می‌تواند به شناخت بهتری از وضعیت کیفیت و سلامت روان دانش‌آموزان بینجامد. لذا، هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه کیفیت زندگی و سلامت روانی دانش‌آموزان متوسطه دوم است. روش مطالعه حاضر کمی-همبستگی و با ابزار پرسشنامه و بر روی جامعه دانش‌آموزی روستایی متوسطه شهرستان دهلران در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۷ صورت گرفته است. جامعه آماری ۱۱۷۶ نفر و حجم نمونه نیز بر اساس جدول مورگان ۳۰۸ نفر است. اعتبار پرسشنامه از طریق توزیع مقدماتی تعدادی پرسشنامه (۲۵ مورد) و بر اساس آزمون آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته است. برای بررسی فرضیات تحقیق از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی مستقل و رگرسیون استفاده شده است. همچنین پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل ترکیب پرسشنامه استاندارد سلامت روانی گلدبرگ (۱۹۷۸) و پرسشنامه محقق ساخته کیفیت زندگی است. نتایج نشان دادند سطح کیفیت زندگی دانش‌آموزان در حد بالا و سطح سلامت روان نیز در حد متوسط است. بین متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. میزان این همبستگی ($r = 0/70$) و ($P \leq 0/05$) حاصل شد. نتایج رگرسیون نیز نشان داد که متغیر کیفیت زندگی به میزان ۰/۴۹ متغیر سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند. از نتایج دیگر این تحقیق رابطه معنادار بین جنسیت و سلامت روان دانش‌آموزان بود. با توجه به اثرگذاری کیفیت زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان، وزارت آموزش و پرورش باید بیش از هر اقدام دیگری بر موضوع ارتقاء کیفیت زندگی دانش‌آموزان که بر سلامت روان دانش‌آموزان نقش به‌سزایی دارد تمرکز نماید.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی، دانش‌آموزان متوسطه، حمایت اجتماعی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران، Pouya 9179@gmail.com

^۲ کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ایلام، تهران (نویسنده مسئول)، hasan1841@gmail.com

^۳ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، zahraaminfalah1356@gmail.com

^۴ کارشناسی آموزش ابتدایی، ایلام، ایران، sadigheh1400@gmail.com

مقدمه

سلامت زیربنای توسعه و پیشرفت جامعه در تمامی ابعاد اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بشمار می‌آید. تصور جامعه بدون سلامت تصویری ناممکن است. نگاه به سلامت موضوعی جدید نیست؛ اما هر چه جلوتر پیش می‌رویم سهم آن در بدنه جامعه بانشاط و مولد بیشتر آشکار می‌شود. لذا از مهم‌ترین موضوعات برای هر جامعه موضوع سلامت است. موضوع سلامت به طور کل در بردارنده سلامت اجتماعی و روانی است و تحت تأثیر عوامل مختلفی است که جامعه و فرهنگ نیز به طور مستقیم و غیر مستقیم در حفظ و پیشگیری از آن نقش مهمی دارد. با این حساب، سلامت روانی مشمول وضعیتی می‌شود که فرد در آن ضمن لذت بردن از زندگی خویش، تفکرات و رفتار غیرطبیعی نداشته و قادر به برقراری ارتباط مناسب و موثر با محیط پیرامون خود است و دارای رفتاری مناسب و متعادل و مفید است. در نزد «سازمان بهداشت جهانی»^۱ سلامت به حالتی اطلاق می‌شود که فرد ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود را تشخیص دهد، کارا و مولد باشد و در اجتماع نقش مثبتی داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). یا سلامت روانی صرفاً به معنای فقدان بیماری نیست بلکه آمیزه‌ای از ابعاد مطلوب فیزیکی، روحی و رفاه اجتماعی است (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی)^۲، از آنجا که سلامت روانی یک ضرورت فوری است در نتیجه سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت روان و سلامت روانی از مهمترین سرمایه‌گذاری‌ها بوده و نتایج و ثمرات بسیار ارزشمند و فراگیر را به همراه دارد (پیلتن و قانعی، ۱۳۹۱: ۷۳).

راجع اهمیت سلامت تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که علی‌رغم اینکه موضوعات سلامت مختص به تمامی گروه‌های جامعه است، اما در گروه سنی جوانان خاصه دانش‌آموزان بسیار مهم‌تر است. تا جایی که گفته شده مشکلات سلامت روان در گروه دانش‌آموزان متوسطه به موضوع عمومی و در حال شکل‌گیری تبدیل شده که نیازمند برخی اقدامات پیشگیرانه جدی است (وینزر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). برخی مطالعات حاکی از رقم‌های نسبتاً بالای ناپهنجاری‌های روحی و عاطفی مرتبط با سلامت در بین دانش‌آموزان و دانشجویان برای مثال ۲۰ درصد دانش‌آموزان در امریکا (اتحادیه ملی خدمات دانشجویان، ۲۰۱۳)، و ۲۵ درصد در انگلستان است (مرکز اطلاعات مراقبت‌های اجتماعی و سلامت، ۲۰۱۳). مطالعه دیگری میزان اختلالات ناشی سلامت روانی و علائم افسردگی را حدود ۳۴ درصد ذکر کرده است (ابراهیم^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). در کشورمان نیز اگرچه به دلایل گوناگونی هنوز میزان دقیقی از اختلالات سلامت روان وجود ندارد اما به گفته رئیس انجمن

1. Health

2. WHO

3. OECD

4. Winzer

5. Ibrahim

روانپزشکان حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد نوجوانان و جوانان کشور از مشکل اختلالات روانی در رنج هستند (تابناک، ۱۳۹۷). که این رقم در بردارنده‌ی گروه سنی دانش‌آموزان متوسطه نیز می‌باشد. رحیمی و همکاران نیز میزان اختلالات روانی در گروه سنی ۱۸ سال به بالا در کل کشور را حدود ۲۳/۶ درصد ذکر کرده‌اند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۰؛ به نقل از نوربالا و همکاران، ۱۳۹۳: ۴).

پیامدهای مشکلات سلامت روانی فراوان و گسترده هستند؛ برای مثال سازمان مطالعات دانش‌آموزی در امریکا اشاره کرده است که دانش‌آموزان امریکایی که از تبعات سلامت روانی رنج برده‌اند عمدتاً به ترک تحصیلی انجامیده است (نلسون و همکاران، ۲۰۰۴)؛ از نظر موفقیت تحصیلی در محدودیت شدید بوده‌اند؛ در کلاس برای سایر همکلاسی‌ها و معلم ایجاد مشکل کرده‌اند و تنها ۰/۲۳ آنها می‌توانند به دوره تحصیلی بعدی راه پیدا کنند (اداره حسابرسی دولتی ایالات متحده، ۲۰۰۸؛ پلنتی^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). و در کل، اثرات منفی بر روی عملکرد تحصیلی آنان بر جای می‌گذارد (رادمن و گاستاوسن^۴، ۲۰۱۲).

یکی از مفاهیمی که اخیراً در کانون مطالعات علوم انسانی قرار گرفته «کیفیت زندگی»^۵ است. در سه ده اخیر، مفهوم کیفیت زندگی به عنوان مفهومی بین رشته‌ای در رشته‌های مختلف مانند علوم سیاسی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، علوم تربیتی، مدیریت، علوم محیطی و علوم مرتبط با سلامت به واسطه نقشی که در سلامت روان افراد دارد مورد مطالعه قرار گرفته است (بالینگر^۶، ۲۰۰۴؛ سرنگان و کای مکسی^۷، ۲۰۱۴؛ خراسانی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۶). هرچند در مورد تعریف دقیق کیفیت زندگی اجماع واحدی وجود ندارد، اما عمده صاحب‌نظران در این باب که «مفهومی چندبعدی»^۸ و در برگیرنده جنبه‌های مختلف روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی است توافق دارند (لی و ونگ^۹، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی به طور کلی به تصور و درک فرد نسبت به زندگی و سطح رفاه از جمله تمام جنبه‌هایی مانند سلامتی، خانواده، کار شبکه‌های اجتماعی و محیط کار، فرهنگ، نظام ارزش‌ها و آمال‌ها، آرزوها و استانداردها که بر رضایتش اثر می‌گذارد، اشاره دارد (رایبیرو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷). مفهوم کیفیت زندگی شامل هم قضاوت شناختی و هم دارای اثرات مثبت و منفی است. بعد

1. Nelson

2. United States Government Accountability Office

3. Planty

4. Rudman & Gustavsson

5. Quality-of-Life

6. Bullinger

7. Serinkan & Kaymakçi

8. multidimensional construct

9. Li & Weng

10. Ribeiro

«شناختی» (رضایت از زندگی) به تمایز بین آمل‌ها و دستیابی‌ها و تحقق آنها اشاره دارد (لی، ۲۰۰۸). از دهه هفتاد، ارزیابی کیفیت زندگی روبه رشد بوده است. در سال‌های اخیر کیفیت زندگی به عنوان ابزار و مفهومی مهم و مفید برای تعیین بسیاری از بیماری‌ها و ناهنجاری‌ها شناخته شده است (برلین و فلیک، ۲۰۰۳؛ پکمیزو و یک‌و همکاران، ۲۰۱۱). البته باید دانست توجه به کیفیت زندگی به هیچ وجه جدید نیست؛ چنین علاقه‌ای در انحصار عالمان اجتماعی نیست؛ اما در سال‌های اخیر پیشرفت‌های حوزه اقتصاد و سیاست اجتماعی در کنار دگرگونی‌هایی که در محیط سیاست‌گذاری‌ها روی داده، توجه عالمان اجتماعی را به ابعاد خاصی از کیفیت سیاست‌گذاری‌های رفاه معطوف کرده است (عنبری، ۱۳۹۰: ۳۵۷-۳۵۶). مضافاً بسیاری از صفات اکتسابی دانش‌آموزان از قبیل اضطراب، افسردگی، ناامیدی و تشویش حکایت از کیفیت زندگی و سبک زندگی ناسالم دارند (صالح زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

اگرچه مطالعات سلامت روان مربوط به جوانان و دانش‌آموزان کم و بیش انجام گرفته است ولی این مطالعات اکثراً در نواحی شهری بوده‌اند و در مورد نواحی روستایی هنوز به قدر کفایت کاری انجام نشده است. از طرفی حجم پژوهش‌ها در زمینه کیفیت زندگی و سلامت روان در کشورهای مختلف بسیار زیاد است اما اکثریت آنها بر روی گروه‌های خاص و ویژه، نظیر افراد کهنسال و میانسال و مبتلا به دردهای مزمن، معتادان، افراد دارای معلول و نارسای جسمی و ... بوده است و نوجوانان به ویژه دانش‌آموزان متوسطه با خلا تحقیقات تجربی روبه رو است (سلطانی شال و همکاران، ۱۳۹۰).

آسانا^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی تایلند در پایان نتیجه می‌گیرند که سطح بالای کیفیت زندگی (۰/۳۶) مشاهده شده در دانش‌آموزان با فقدان استرس، سلامت روانی خوب و رفاه همراه بوده است. در کل مواردی نظیر داشتن تشویش و اضطراب، رفاه کلی و افسردگی بر سلامت روانی اثرگذارند (آسانا و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات دیگری در خصوص رابطه کیفیت زندگی و سلامت روانی دانش‌آموزان به مواردی نظیر افسردگی، اختلالات روانی و عاطفی و تشویش‌های خاص اشاره کرده‌اند (کائوچی و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه دیگری کانال^۵ و همکاران وی (۲۰۱۴) در خصوص معنای کیفیت زندگی و افراد مبتلا به اختلالات روانی به شش دسته عوامل مؤثر از قبیل «احساس بیمار بودن و رفاه»، «خود استقلالی و کنترل»، «خود درکی»، «فعالیت»، «حس تعلق» و «امید و ناامیدی» اشاره کرده‌اند (کانال و همکاران، ۲۰۱۴). علی‌پور و

1. Cognitive

2. Berlim & Fleck

3. Pekmezovic

4. Assana

5. Connell

همکاران (۱۳۹۵) در تحقیق خود نتیجه می‌گیرند که وضعیت کیفیت زندگی دانش‌آموزان در حد متوسط بوده و محققین در پایان، اجرای انواع مداخلات را جهت بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه با تأکید بر ابعاد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی پیشنهاد می‌کنند (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). در تحقیق دیگری بهدانی (۱۳۹۱) نتیجه می‌گیرد که به طور کل سطح سلامت روان دانش‌آموزان روستایی نسبت به هم‌تایان شهری خود پایین‌تر است. کیم^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی با موضوع رابطه وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی دانش‌آموزان کره‌ای، گزارش داده‌اند که دانش‌آموزانی که از سطح کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند، به مراتب وضعیت سلامت روانی بهتر و همچنین رضایت از زندگی و موفقیت تحصیلی بهتری از خود بروز داده‌اند (کیم و همکاران، ۲۰۱۷). زانگ و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی معتقدند که دانش‌آموزان روستایی با پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر علی‌الخصوص دختران نسبت به هم‌تایان شهری خود از سطح سلامت روان پایین‌تری برخوردارند. سوآ و همکاران نیز در پژوهشی بدین نتیجه رسیده‌اند که شیوع ناهنجاری‌های سلامت روان در دانش‌آموزان روستا نسبت به هم‌تایان شهری بیشتر است (سو و همکاران، ۱۹۹۳). وانگ^۲ نیز در پژوهشی معتقد است که به طور کلی میزان تشویش و اختلالات سلامت روان دانش‌آموزان روستایی نسبت به هم‌تایان شهری بیشتر است (وانگ، ۲۰۰۲). ویلز،^۳ نیز در خصوص کیفیت زندگی به مفهوم حمایت اجتماعی اشاره می‌کند و آن را بستر ارتباطات مفید و مطلوب میان افراد تلقی می‌کند. هرچه پیوند فرد با اطرافیانش بیشتر و محکم‌تر باشد، حمایت اجتماعی بیش‌تری از او صورت می‌گیرد. حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت واقع شدن و ارزشمند بودن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماع تأثیرگذار است. بنابراین، طبق این نظریه، حمایت اجتماعی عامل اثرگذار بر سلامت به طور کلی و روان فرد است (ودادهیر و ساداتی، ۱۳۹۰).

در واقع لزوم اهمیت بررسی کیفیت زندگی و سلامت دانش‌آموزان که در تحقیقات مذکور بدان‌ها اشاره شد این است که بیش از دوسوم جوانان کشور در مدرسه در حال تحصیل هستند از این‌رو، مطالعه کیفیت زندگی و سلامت روانی می‌تواند به برنامه‌ریزی‌های واقعیت‌گرایانه‌تر و به اقدامات لازم و موثر در این حوزه منجر شود. دیگر، درصد این موضوع می‌تواند دورنمای سلامت روانی دانش‌آموزان را در اختیار مسئولان و متولیان حوزه آموزش و پرورش و نیز وزارت بهداشت قرار داده و نسبت بدان اقدامات پیشگیرانه اتخاذ شود. با شرح مطالب پیشین، هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت روان در دانش‌آموزان متوسطه نواحی روستایی شهرستان

1. Kim

2. Su

3. Wang

4. Wills

دهلران است و سوال محوری این مطالعه نیز اینگونه است: چه رابطه‌ای بین کیفیت زندگی و سلامت روان دانش‌آموزان روستایی متوسطه دوم وجود دارد؟

روش

پارادایم حاکم بر تحقیق حاضر کمی است. از نظر نوع تحقیق، توصیفی و روش نیز همبستگی است. جامعه آماری متشکل از ۱۱۷۶ دانش‌آموزان متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ و حجم نمونه ۳۲۰ نفر تعیین شده است که در پایان جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کنار گذاردن پرسشنامه‌های بسیار ناقص در نهایت ۳۰۸ پرسشنامه سالم برای تجزیه و تحلیل باقی ماندند. روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای است. قابل ذکر است بیشتر روستاهای مورد مطالعه فاقد مدرسه متوسطه بودند. لذا، ابتدا تمام نواحی روستایی و روستاهای دارای مدرسه و فاقد مدرسه تعیین شدند؛ در وهله بعد تمام روستاهایی که مدارس متوسطه روستایی داشتند انتخاب شدند و برای حصول نمونه‌های دیگر به مدارس شهری آنها مراجعه شد. به عبارتی دانش‌آموزانی که در روستا و در مدرسه روستایی خود محصل بودند و آنهایی که به خاطر عدم مدرسه در روستا، به مدارس شهری رفت و آمد می‌کردند انتخاب و در نهایت مورد پرسش قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده ترکیبی از دو پرسشنامه ذیل است: ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه شامل ۳۹ سوال و هدف از آن بررسی کیفیت زندگی دانش‌آموزان در مدرسه از ابعاد مختلف رضایت عمومی، عواطف منفی، رابطه با معلم، فرصت، پیشرفت، ماجراجویی، انسجام اجتماعی است. این پرسشنامه در پیوستاری قرار می‌گیرد به طوری که اگر نمرات پرسشنامه بین ۳۹ تا ۷۸ باشد، میزان کیفیت زندگی در این جامعه ضعیف است؛ در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۷۸ تا ۱۱۷ باشد، میزان کیفیت زندگی در سطح متوسط و اگر نمرات بالای ۱۱۷ باشد، میزان کیفیت زندگی بسیار خوب می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعات چندی در کشور به کار رفته است برای مثال، سلطانی‌شال و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه اشاره می‌کنند که پرسش‌نامه «کیفیت زندگی در مدرسه» اعتبار و پایایی خوبی دارد و می‌توان از آن برای ارزیابی کیفیت زندگی مدرسه در دانش‌آموزان در جمعیت ایران استفاده کرد. ۲- پرسشنامه‌ی استاندارد سلامت روانی گلدبرگ (۱۹۷۸): دارای چهار مؤلفه‌ی (سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی) و متشکل از ۲۸ سوال است. در تحقیقاتی نظیر تقوی (۱۳۸۰) و بشارت (۱۳۸۸) میزان اعتبار بالای ۰/۹۰ حاصل شده است. برای بررسی اعتبار پرسشنامه حاضر نیز از آلفای کرونباخ استفاده شده که میانگین ۰/۸۹ برای متغیرهای تحقیق حاصل شده است. (جدول یک).

ملاک‌های ورود پرسش‌شوندگان به مطالعه عبارت بودند از: ۱- دانش‌آموزان متوسطه دوم ساکن روستا یا ساکن روستا اما محل تحصیل در شهر؛ و ۲- تمایل پرسش‌شوندگان به تکمیل کردن پرسشنامه‌ها. همچنین در راستای رعایت اصول اخلاقی در ابتدای توزیع پرسشنامه‌ها موکداً گفته شد که پرسشنامه‌ها فاقد هر گونه درج نام و نام خانوادگی هستند و هیچ گونه نیازی به نوشتن مشخصات نیست و داده‌های تحقیق صرفاً در راستای مطالعه کیفیت و زندگی و سلامت روانی می‌باشد. نحوه توزیع پرسشنامه‌ها نیز چنین بود که با هماهنگی‌های اولیه با مسئولان مدرسه و دبیر کلاس، در حدود ۳ دقیقه موضوع تحقیق و هدف آن برای دانش‌آموزان شرح داده شد و در ادامه نحوه تکمیل کردن پرسشنامه‌ها به اختصار بیان شد.

جدول (۱): آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

آلفای کرونباخ	ابعاد پرسشنامه
۰/۸۷	رضایت عمومی
۰/۷۹	عواطف منفی
۰/۹۲	ماجراجویی
۰/۹۱	انسجام اجتماعی
۰/۹۲	سلامت روان

یافته‌های توصیفی

نمونه منتخب متشکل از ۵۷ درصد پسر و ۴۳ درصد دختر است. همچنین ۳۵ درصد کل نمونه در مقطع متوسطه اول و مابقی در متوسطه دوم بوده‌اند. از نظر وضعیت درآمد خانواده، حدود ۵۹ درصد در وضعیت درآمدی ضعیف، ۲۷ درصد در وضعیت درآمدی متوسط و ۱۴ درصد در وضعیت درآمدی خوب قرار داشته‌اند. در جدول ۲، شاخص میانگین، شاخص پراکندگی و انحراف معیار دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان محاسبه شده است.

جدول (۲): وضعیت توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان

متغیرهای تحقیق	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۳۰۸	۱۳۵,۱۰۲	۳۲,۰۷۶
سلامت روان	۳۰۸	۷۹,۸۸۹	۱۵,۸۵۱

همانگونه که از جدول ۲ مشخص است میانگین نمرات متغیر "کیفیت زندگی" (۱۳۵,۰۷۶) می‌باشد که بیشتر از نمره ۱۱۷ می‌باشد. بدین مفهوم که سطح کیفیت زندگی بسیار خوب می‌باشد و میانگین نمرات متغیر "سلامت روان" نیز (۷۹,۸۸۹) حاصل شد که به معنای وضعیت سطح متوسط است.

یافته‌های استنباطی

برای بررسی فرضیات تحقیق که مربوط به بررسی رابطه معنادار بین متغیرهای تحقیق می‌باشد از آزمون همبستگی پیرسون و برای بررسی شدت رابطه از تحلیل رگرسیون، استفاده شده است.

جدول (۳): ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و با سلامت روان

		رضایت عمومی	عواطف منفی	ماجراجویی	انسجام اجتماعی	سلامت روانی
رضایت عمومی	ضریب همبستگی	۱	-/۱۸۱	.۷۶۵**	.۷۰۶**	/۶۶۳
	سطح معناداری		/۰۰۲	.۰۰۰	.۰۰۰	/۰۰۱
	حجم نمونه	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸
عواطف منفی	ضریب همبستگی	-/۱۸۱	۱	-.۱۸۸	-.۲۷۲	-.۳۶۳**
	سطح معناداری	/۰۰۲		/۰۰۰	/۰۰۰	/۰۰۰
	حجم نمونه	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸
ماجراجویی	ضریب همبستگی	.۷۶۵**	-/۱۸۱	۱	.۶۵۹**	/۲۲۹
	سطح معناداری	/۰۰۰	/۰۰۰		/۰۰۰	/۰۰۰
	حجم نمونه	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸
انسجام اجتماعی	ضریب همبستگی	.۷۰۶**	-.۲۷۲	.۶۵۹**	۱	/۷۱۴
	سطح معناداری	/۰۰۰	/۰۰۰	/۰۰۰		/۰۰۰
	حجم نمونه	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸
سلامت روانی	ضریب همبستگی	/۶۶۳	-.۳۶۳**	/۲۲۹	/۷۱۴	۱
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	/۰۰۰	/۰۰۰	/۰۰۰	
	حجم نمونه	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸	۳۰۸

معناداری در سطح ۰/۰۰۱. **

جدول ۳ نشان می‌دهد که همبستگی معناداری بین تمام مؤلفه‌های متغیر مستقل و همچنین با متغیر وابسته وجود دارد. مؤلفه‌های کیفیت زندگی همگی رابطه مثبت و معناداری با سلامت روان

دارند و تنها مؤلفه عواطف منفی با سلامت روان رابطه منفی و معناداری دارد. بدین ترتیب همبستگی بین رضایت عمومی و سلامت روان ($R=0/66$)، بین ماجراجویی و سلامت روان ($R=0/22$)، بین انسجام اجتماعی و سلامت روان ($R=0/71$) و بین عواطف منفی و سلامت روان ($R=-0/36$) می‌باشد. بدین معنا که هر چه عواطف منفی بیشتر، سلامت روان کمتر و هر چه عواطف منفی کمتر سلامت روان بیشتر است.

فرضیه: بین کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. فرض صفر: بین کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و فرض یک: بین کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

$$\begin{cases} H_0: \rho = 0 \\ H_1: \rho \neq 0 \end{cases}$$

جدول (۴): همبستگی بین کیفیت زندگی و سلامت روان

نتیجه	Sig	جهت ضریب	شدت ضریب	۲	نوع آزمون	متغیر وابسته	متغیر مستقل
پذیرش فرض تحقیق	۰/۰۰۰	مثبت	زیاد	۰/۷۰	ضریب همبستگی	سلامت روان	کیفیت زندگی

با توجه به جدول ۴، ضریب همبستگی پیرسون مشاهده شده بین کیفیت زندگی و سلامت روان مقدار ۰,۷۰۵ می‌باشد، همچنین سطح معناداری بدست آمده مقداری کوچکتر از سطح خطای در نظر گرفته شده $P \leq 0/05$ می‌باشد، لذا فرض صفر رد و فرض یک مبنی بر اینکه کیفیت زندگی تأثیر مثبتی بر روی سلامت روان دارد، پذیرفته می‌شود. از نتیجه این فرضیه که ضریب همبستگی مقداری مثبت و معناداری بدست آمد، می‌توان گفت هر چه میزان کیفیت زندگی بیشتر شود میزان سلامت روان نیز افزایش می‌یابد. نتیجه فرضیه نشان داد که ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی و سلامت روان مقداری مثبت و معنادار بدست آمد. حال برای بررسی اینکه کیفیت زندگی یک پیش‌بینی کننده متغیر سلامت روان است از رگرسیون خطی استفاده شده است.

در این آزمون، فرضیه آماری به صورت زیر بیان گردیده:

$$\begin{cases} H_0: \beta_0 = \beta_1 = 0 \\ H_1: \beta_0 \neq \beta_1 \neq 0 \end{cases}$$

در آزمون فرضیه فوق، فرض یک مبنی بر این است که ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی و سلامت روان معنادار است و در مقابل فرض صفر مبنی بر عدم معنادار بودن ضرایب رگرسیون می‌باشد:

جدول (۵): ضرایب رگرسیون خطی بین کیفیت زندگی و سلامت روان

متغیرهای پیش بین	B	β	t	معناداری	R	R^2	F	معناداری ملاک	متغیر ملاک
ثابت	۳۲,۸۵		۱۳,۱۱۷	۰,۰۰۰	۰,۷۰۵	۰,۴۹۶	۳۷۲,۵۸۵	۰,۰۰۰	سلامت روان
کیفیت زندگی	۰,۳۴۸	۰,۷۰۵	۱۹,۳۰۲	۰,۰۰۰					

با توجه به جدول ۵ (سطوح معناداری به دست آمده برای ضرایب رگرسیون کمتر از سطح خطای ۰,۰۵ است و این بدان معناست که ضرایب رگرسیون معنادار هستند) مدل رگرسیون زیر حاصل می‌شود:

$$y = 32.85 + 0.348x_1 + e_i \quad i = 1, \dots, 384$$

در معادله رگرسیون فوق y متغیر وابسته یعنی سلامت روان، x_1 متغیر کیفیت زندگی و پیش بین و e_i میزان خطای مدل می‌باشد.

بررسی نقش متغیر جنسیت

برای سنجش تفاوت نظرات بین دختران و پسران در مورد متغیر وابسته تحقیق، از آزمون پارامتری تی مستقل استفاده شده است. فرض صفر و فرض مقابل زیر:

$$\begin{cases} H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0 \\ H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0 \end{cases}$$

که μ_1 میانگین نظرات گروه (دختران) و μ_2 میانگین نظرات (پسران) است. این آزمون بدین معناست که آیا بین سلامت روان دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟

جدول (۶): رابطه جنسیت با سلامت روان

جنسیت			متغیر	مؤلفه
Sig	درجه آزادی	اختلاف میانگین		
۰,۰۰۰	۳۷۸	۱,۶۸۳	۱,۷۶۳	سلامت روان

با توجه به جدول ۶، سطح معناداری به دست آمده برای متغیر وابسته تحقیق که کمتر از ۵ درصد است، لذا فرض صفر رد می‌شود. به این معنا که میان سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد. به عبارتی سلامت روان گروه پسران $1/683$ بهتر از سلامت روان دختران است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مقاله حاضر بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت روانی دانش‌آموزان نواحی روستایی متوسطه شهرستان دهلران در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود. وضعیت کلی دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان بر اساس میانگین‌های به دست آمده به ترتیب خیلی خوب و متوسط بودند. نتایج فرضیات حاصل شده نیز نشان دادند که بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و میزان این همبستگی ($r = 0/70$) حاصل شد. همچنین نتایج رگرسیون حاکی از پیش‌بینی ۴۹ درصدی متغیر وابسته یعنی سلامت روان است. نتایج این تحقیق با تحقیقاتی نظیر پرز-کرازادو (۲۰۱۸)؛ آسانا (۲۰۱۷)؛ کیم (۲۰۱۷)؛ کانال (۲۰۱۴)؛ کائوچو (۲۰۱۰)؛ پارسا مهر و رسولی نژاد (۱۳۹۴)؛ علی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) و ارسنجانی شیرازی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. یافته‌های این تحقیق نشان داد که سطح کیفیت زندگی دانش‌آموزان در حد خیلی خوب است و پیش‌بین کننده خوبی برای سلامت روان دانش‌آموزان است.

در خصوص اینکه در این تحقیق، نمونه مطالعه شده از سطح کیفیت زندگی خیلی خوب برخوردار بودند؛ می‌توان گفت دانش‌آموزان در محیط روستا با نقش‌های متعددی روبرو هستند؛ آنها علاوه بر نقش دانش‌آموزی در کارهای مختلف دامداری و کشاورزی ایفای نقش می‌کنند؛ همین ایفای نقش‌های متعدد می‌تواند به ایجاد رضایت از زندگی و احساس خاطر بیشتر و روابط اجتماعی بهتر منجر شود. این یافته با نتایج تحقیقات ایدوی (۲۰۱۳) و ارسنجانی و همکاران (۱۳۹۴) نیز همسو است. در مورد وضعیت سلامت روان نیز که در این مطالعه سطح متوسط حاصل شد، باید به محیط

¹. Erez-Cruzado

². Edvy

روستا مراجعه کرد. محیط روستا بسیاری از دغدغه‌های زندگی مدرن شهری را ندارد؛ خانواده‌ها با نوعی از زندگی کم‌انتظارتر و ساده‌تر روبه‌رواند. همین سبک زندگی خود می‌تواند مولد وضعیت سلامت روان بهتری برای دانش‌آموزان باشد.

در باب رابطه‌ی کیفیت زندگی و سلامت، گیدنز معتقد است که افزایش اعتماد در جامعه به گسترش هرچه بیشتر کیفیت روابط متقابل در جامعه منجر خواهد شد. همچنین فردی که میزان اعتماد بالایی دارد به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌نماید و ارزیابی مثبتی از افراد جامعه دارد. علاوه بر این، اعتماد اجتماعی بالا باعث گسترش دامنه روابط افراد در جامعه می‌گردد و از این رهگذر، میزان مشارکت اجتماعی و ارزش اجتماعی افراد بالاتر می‌رود. بنابراین محیط روستا بستری فراهم می‌کند که درون خانواده و برون خانواده بر حسب نیاز، از تعاملات اجتماعی بیشتری بواسطه کار گروهی برخوردار شوند و ماحصل این تعاملات، افزایش اعتماد اجتماعی و در نهایت ایجاد حس خاطر و رضایت از زندگی باشد. نظریه ویلز^۱ نیز موید این است که تعاملات و حمایت‌های اجتماعی در محیط زندگی روستایی می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان بینجامد. وی در خصوص کیفیت زندگی به مفهوم حمایت اجتماعی اشاره می‌کند و آن را بستر ارتباطات مفید و مطلوب میان افراد تلقی می‌کند. هرچه پیوند فرد با اطرافیانش بیشتر و محکم‌تر باشد، حمایت اجتماعی بیش‌تری از او صورت می‌گیرد. حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت واقع شدن و ارزشمند بودن را به فرد می‌دهد که همه بر عملکرد فرد در اجتماع تأثیرگذار است. بنابراین محیط روستایی که موجد تعاملات و حمایت‌های اجتماعی است می‌تواند عامل ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان باشد.

یافته دیگر این تحقیق بررسی جنسیت و سلامت روان دانش‌آموزان بود. نتیجه بیانگر آن بود سطح روان دانش‌آموزان پسر بهتر از گروه دختران است. این با نتیجه تحقیق ژائو^۲ و همکاران (۲۰۱۹) که نتیجه گرفته بودند که مردان روستایی از سطح سلامت روان بیشتری نسبت به زنان روستایی برخوردارند سازگار است. همچنین با نتیجه تحقیق بهدانی (۱۳۹۱) که اشاره کرده است سطح سلامت روان دانش‌آموزان دختر روستایی نسبت به مناطق شهری به ویژه اضطراب، بالاتر است سازگار است. آلکر (۲۰۰۸) نیز در تحقیق خود گزارش داده بود که سطح روان دختران نسبت به پسران اندکی بهتر

1. Wales

2. Xiao

3. Ulker

است. در این مورد می‌توان گفت محیط روستا به خودی خود عامل کاهش یا افزایش سلامت روان افراد نیست بلکه فرهنگ عامل موثرتری است. زنان در محیط روستا تابع فرهنگ مردسالاری هستند؛ لذا فرهنگ کار و انتظار تمام قد از کار زنان در روستا می‌تواند عامل آسیب‌زا در سلامت روان آنان باشد.

اگرچه مطالعه حاضر موردی و در سطح محدودی اجرا شده است اما نشان داد که کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی مؤثر است و بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. با این وجود برای تعمیم نتایج، باید مطالعاتی در سطح کلان‌تر انجام شود. به خصوص پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی همزمان بر روی نواحی شهری و روستایی انجام شود و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد دیگر این است با توجه به یافته‌ها که نشان داد کیفیت زندگی دانش‌آموزان بالاتر از خوب و سلامت روان نیز در حد متوسط است؛ ایجاد برنامه‌های شاداب در مدارس روستایی تقویت شود و این زمینه مستعد دانش‌آموزان روستایی، بیش از پیش تقویت شود و مورد غفلت قرار نگیرد. در این راستا، برنامه المپیک ورزشی درون مدرسه‌ای که چندی است در مدارس اجرا می‌شود فرصت خوبی برای افزایش سلامت روان دانش‌آموزان علی‌خصوص در مدارس روستایی است. می‌توان این المپیک ورزشی یا بخشی از آن را در مدارس روستایی اجرا کرد و نتیجه آن می‌تواند ایجاد روحیه شاداب‌تر در روستا و ارج نهادن به دانش‌آموزان مدارس روستایی باشد.

کتابنامه

- ارسنجانی شیرازی، اعظم؛ جوادی فر ناهید؛ جوادی نوری، مژگان و حقیق زاده، محمد حسین. (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر دبیرستان‌های شهر اهواز، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴ (۸)، ۶۵۴-۶۴۳.
- بهدانی، فاطمه. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی سطح اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی روستایی و شهری در مشهد. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴ (۵۶)، ۳۰۱-۲۹۴.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۵ (۲)، ۸۷-۹۱.
- پارسامهر، مهربان؛ رسولی نژاد، سید پویا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش، توسعه اجتماعی، ۱۰ (۱)، ۶۶-۳۵.
- پیلتن، فخرالسادات؛ و قانع، فرزانه. (۱۳۹۱). بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر سلامت عمومی (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه‌های شهر جهرم)، مجله جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۲ (۵)، ۹۴-۷۳.
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روانشناسی، ۵ (۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- خراسانی، محمدمبین؛ حاجیلو، مهدی و ولی‌زاده، زینب. (۱۳۹۶). سنجش و ارزیابی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در روستاهای دهستان کرسف شهرستان خدابنده، مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، ۳ (۸)، ۶۵-۷۸.
- سلطانی شال، رضا؛ کارشکی، حسین؛ آقا محمویان شعریاف؛ حمیدرضا، عبدخداپی؛ محمد سعید و بافنده. (۱۳۹۰). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مدرسه در مدارس شهر مشهد، ۱۹ (۱)، ۷۹-۹۳.
- صالح‌زاده، پروین؛ شگری، امید و فتح‌آبادی، جلیل. (۱۳۹۶). سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور: ایده‌ای نوظهور در روان‌شناسی سلامت تحصیلی. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۱۳ (۴۶)، ۳۰-۱.
- سایت تابناک. (۱۳۹۷). ۳۰ درصد جوانان ایرانی مشکلات روانی دارند، <https://www.tabnak.ir/fa/news/794462/>، تاریخ درج: ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۷.
- عنبری، موسی. (۱۳۹۰). جامعه‌شناسی توسعه: از اقتصاد تا فرهنگ، انتشارات سمت.
- علی‌پور، منصوره؛ یاسری، مهدی؛ ماهری، آق بابک و گرمارودی، غلامرضا. (۱۳۹۵). وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۴ (۴)، ۷۲-۵۷.
- نوربالا، احمدعلی؛ دمری، بهزاد و اصفهانی، سهیل ریاضی. (۱۳۹۳). بررسی روند شیوع اختلال‌های روانی در ایران، مجله دانشور پزشکی، ۲۱ (۱۱۲)، ۱-۱۱.
- ودادهیبر، ابوعلی، ساداتی، محمدحانی. (۱۳۹۰). سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی شهر تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ.

Assana, S., Laohasirivong, W., & Rangseekajee, P. (2017). Quality of Life, Mental Health and Educational Stress of High School Students in the Northeast of Thailand. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 11(8), VC01.

Berlim, M. T., & Fleck, M. (2003). " Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252.

Bullinger, M. (2002). Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative neurology and neuroscience*, 20(3, 4), 93-101.

Chuchoui K, Praikok S, Nutadee N, Permsuwan A. (2010). Stress and quality of life of grade 12 high school students in Muang District, Chiang Mai Province. *J Psychiatr Assoc Thail.*, 26(1):26–34.

Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: are we asking the right questions?. *Social science & medicine*, 120, 12-20.

Edvy, L. (2013). Quality of life indicators of university students in Hungary. *Physical Culture and Sport. Studies and Research*, 58(1), 53-60.

Health and Social Care information Centre (HSCIC) .(2013). *Health Survey for England 2013*. Leeds: Health and Social Care Information Centr.

Kim, E. K., Dowdy, E., Furlong, M. J., & You, S. (2017). Mental health profiles and quality of life among Korean adolescents. *School Psychology International*, 38(1), 98-116.

Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C.(2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research* 47(3):391–400.

Lee, D. J. (2008). A model of quality of college life (QCL) of students in Korea. *Social Indicators Research*, 87(2), 269-285.

Li, G., & Weng, Q. (2007). Measuring the quality of life in city of ndianapolis by integration of remote sensing and census data. *International Journal of Remote Sensing*, 28(2), 249-267.

National Union of Students Service Ltd .(2013). *Mental Distress Survey Overview* Downloaded from www.nus.org.uk/global/campaigns/20130517%20mental%20distress%20survey%20%20overview.pdf

Nelson, R. et al. (2004). Academic achievement of K-12 students with emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children* 71(1):59-73.

OECD (2014) *Guidelines on Measuring Subjective Well-being* (Paris, OECD Publishing).

Pekmezovic, T., Popovic, A., Tepavcevic, D. K., Gazibara, T., & Paunic, M. (2011). Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Quality of life research*, 20(3), 391-397.

Perez-Cruzado, D., Cuesta-Vargas, A. I., Vera-Garcia, E., & Mayoral-Cleries, F. (2018). The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 82.

Planty, M. et al. (2008). The Condition of Education 2008 (NCES 2008-031). National Center for Education Statistics, Institute of Education Services, U.S. Department of Education. Washington, DC.

Rudman A, Gustavsson JP. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 49(8):988–1001.

Ribeiro, I. J., Pereira, R., Freire, I. V., de Oliveira, B. G., Casotti, C. A., & Boery, E. N. (2017). Stress and quality of life among university students: a systematic literature review. *Health Professions Education*.

Serinkan, C., & Kaymakçi, K. (2013). Defining the quality of life levels of the nurses: a study in Pamukkale University. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 89, 580-584.

Su, L., Luo, X., Yang, Z., & Wan, G. (1993). Investigation on prevalence of mental disorders and their influential factors in 13–16 year old adolescents in Hunan province. *Chinese Mental Health Journal (Chinese)*, 7, 221–224.

Ulker, A. (2008). Mental health and life satisfaction of young Australians: The role of family background. *Australian Economic Papers*, 47(2), 199-218.

United States Government Accountability Office. (June 2008). *Young Adults with Serious Mental Illness; Report to Congressional Requesters* GAO Report Number GAO-08-678. Washington, D.C.

Winzer, R., Lindberg, L., Guldbrandsson, K., & Sidorchuk, A. (2018). Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 6, e4598.

World Health Organization. What is mental health? WHO web page: World Health Organization; 2013 [updated 2013/05/01/]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/62/en/>.

Wang, X. (2002). Investigation on mental health of middle school students in Henan province. *Chinese Mental Health Journal (Chinese)*, 16, 343–343.

Xiao, Y., Lin, C., Li, L., & Ji, G. (2019). Individual and family level factors associated with physical and mental health-related quality of life among people living with HIV in rural China. *BMC public health*, 19(1), 4.

Zhang, H., Chang, K., Zhang, F., Greenberger, E., & Chen, C. (2011). Mental health problems and coping styles of urban and rural high school students in China. *Journal of Community Psychology*, 39(8), 1019-1030.

Correlation between “Quality of Life” and “Mental Health” among Rural High School Students

Pouya Hedari, Hasan Momeni, Zahra Amin Falah, Sadegheh Jafari

Abstract

Quality of life is one of the effective factors influencing high school students' mental health, and its study can lead to a better understanding of their mental health status. Therefore, the present research studied the correlation between quality of life and mental health in high school students. Methodology: This quantitative correlational research used the questionnaire tool on the rural high school student community in Dehloran city in the school year 2017-2018. The statistical population consisted of 1176 students and, based on Morgan's table, the sample size was 308. Validity and reliability of the questionnaire were determined through preliminary distribution of a number of questionnaires (25) and by employment of Cronbach's alpha test. Statistical tests (Pearson correlation, independent t-test, and regression) were used to examine research hypotheses. Moreover, the employed questionnaire was a combination of Goldberg's General Health Questionnaire (1978) and the researcher-made questionnaire on quality of life.

Findings: Results showed that the students had a high quality of life and an average level of mental health. There was a significant correlation between quality of life and mental health (correlation coefficient $r=0.70$, and $p \leq 0.05$). Regression results indicated that the independent variable (quality of life) could explain 49% of the variation in the dependent variable (mental health). Moreover, there was a significant correlation between gender and student mental health.

Conclusion: Given the substantial effect that quality of life has on students' mental health, the first step that the Ministry of Education should take is to concentrate on improving the quality of life of high school students through teaching them life skills.

Keywords: Quality of Life, Social Health, High School Students, Social support

