

## بازکاوی مفاهیم بهزیستی روانشناختی

نرگس سروستان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی خرمشهر

### چکیده

مفهوم بهزیستی روان اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی در جامعه استفاده می شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال بهزیستی روان است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می کند آماده نماید. منظور از بهزیستی روان به سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و تفکر اوست. از طرف دیگر بهزیستی روان روی یکی از حالت های افراد تأثیرگذار است بسیاری از پژوهش های اخیر مشخص کرده اند که یک سری اختلالات فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند (محسنی، ۱۳۸۵) عموماً سه واژه بهداشت روانی، سلامت روانی و بهزیستی اگرچه دارای معانی مختلف هستند ولی در مواردی به جای یکدیگر مورد استفاده قرار میگیرد. بعضی از افراد بهداشت روانی را شامل بهداشت روانی مثبت و منفی دانسته اند و بهداشت روانی مثبتاً مترادف با بهزیستی روانی میدانند. در برخی متون، بهداشت روانی به معنای سلامت روانی است و وجود بهداشت روانی در زندگی فرد به منزله سالم بودن او از لحاظ روانی میباشد (شاملو، ۱۳۸۲). بهزیستی روانی و بیماری روانی دو قطب متضاد نیستند، بلکه شاید بتوان آنها را از نقطه هایی بر روی یک پیوستار فرض کرد بهزیستی روان، حالت موفقیت آمیزیک کنش روانی است که نتایج آن فعالیتهای اثربخش، روابط رضایت بخش با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و کنار آمدن با ناملایمات است. از اینرو در تحقیق حاضر، به لحاظ اهمیت مفاهیم بهزیستی روان و رویکردهای نظری شخصیت های مختلف مرتبط با آن، به اهمیت و جایگاه آنها پرداخته است. و در ادامه دیدگاه ها و رویکردهای مختلف را مورد بررسی قرار می دهد.

**واژه های کلیدی:** بهزیستی روان، بهداشت روانی، سلامت روانی، روانشناسی

## مقدمه

بهبودی روان شناختی، اشاره به حسی از سلامتی داشته که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد را شامل می شود. بهبودی روانی از سه مؤلفه تشکیل شده است که عبارتند از رضایتمندی از زندگی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت (دینر و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع بهبودی روانی یا رضایت از زندگی، بزرگترین آرزو و مهم ترین هدف زندگی بشر بوده که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد (دینر و همکاران، ۲۰۰۳). تحقیقاتی که به بررسی راهبردهای مقابله ای و اضطراب اجتماعی پرداخته اند، نشان می دهند بین بهبودی، رضایت از زندگی و اختلال اضطراب اجتماعی، رابطه منفی معنی داری وجود دارد (انج و همکاران، ۲۰۰۵). باتوم ۳ و همکاران (۱۹۹۷) نیز در پژوهشی با بررسی بهبودی روانی افراد دریافتند افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با افراد عادی، از سلامت روانی پایین تری برخوردارند. پژوهشی که توسط اکبرزاده، اکبرزاده، احمدی (۱۳۹۴) با هدف تعیین همبستگی بهبودی روانشناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز صورت گرفت. بیانگر آن بود بین اضطراب اجتماعی و بهبودی روانشناختی، همبستگی منفی و معنی دار وجود داشت و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، بهبودی روانشناختی توان پیش بینی معنی دار اضطراب اجتماعی را دارند.

## بهبودی روان شناختی

مفهوم بهبودی روان اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی در جامعه استفاده می شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال بهبودی روان است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می کند آماده نماید. منظور از بهبودی روان به سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و تفکر اوست. از طرف دیگر بهبودی روان روی یکی از حالت های افراد تأثیرگذار است بسیاری از پژوهش های اخیر مشخص کرده اند که یک سری اختلالات فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند (محسنی، ۱۳۸۵) عموماً سه واژه بهداشت روانی، سلامت روانی و بهبودی اگرچه دارای معانی مختلف هستند ولی در مواردی به جای یکدیگر مورد استفاده قرار میگیرد. بعضی از افراد بهداشت روانی را شامل بهداشت روانی مثبت و منفی دانسته اند و بهداشت روانی مثبتاً مترادف با بهبودی روانی میدانند. در برخی متون، بهداشت روانی به معنای سلامت روانی است و وجود بهداشت روانی در زندگی فرد به منزله سالم بودن او از لحاظ روانی میباشد (شاملو، ۱۳۸۲). بهبودی روانی و بیماری روانی دوقطب متضاد نیستند، بلکه شاید بتوان آنها را از نقطه هایی بر روی یک پیوستار فرض کرد بهبودی روان، حالت موفقیت آمیز یک کنش روانی است که نتایج آن فعالیتهای اثربخش، روابط رضایت بخش با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و کنار آمدن با ناملایمات است. بهبودی روانی با رفاه شخصی و روابط خانوادگی و بین فردی و ایفای نقش در اجتماع ارتباط تنگاتنگ دارد. بهبودی روانی از اوایل کودکی تا لحظه مرگ در پرورش مهارتهای فکری و ارتباطی، یادگیری، رشد عاطفی، انعطاف پذیری و عزت نفس نقش غیرقابل انکار دارد. این

<sup>۱</sup> Diener ED,<sup>۲</sup> Eng W<sup>۳</sup> Button

عوامل به فرد کمک میکند تا در جامعه به گونه ای موفقیت آمیز به ایفای نقش بپردازد (گزارش رئیس بهداری آمریکا، ۲۰۰۰، به نقل از محسنی، ۱۳۸۵).

### تاریخچه بهزیستی روانی

ویلیام جیمز پدر روانشناسی آمریکا در مورد ذهنیت سالم در کتاب انواع تجارب ذهنی مطالبی نوشت او مشاهده کرد برخی افراد در هر سنی با وجود تمامی مشکلات وسخیهایی که در زندگی دارند، خود را به سوی خوشبختی سوق میدهند اینها کسانی هستند که توجه شان را از بیماری، مرگ و کشت و کشتار و ناآرامی برگرفته و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد، قابل پذیرش نیست، بااین حال، مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد. پژوهش و مورد بهزیستی روانی در آمریکای شمالی آغاز شد. اولین مطالعه اصلی در حیطه کمیت تجارب زندگی و سلامت روانی به وسیله گورین، ۴ و ووروف ۵ و فلد ۶ (۱۹۶۰) کامل شد و به وسیله برادبرن و گاپلوتیز در سال ۱۹۶۵ پیگیری شد (برادبرن ۱۹۶۵، به نقل از طالب نیری، ۱۳۸۷) اندروز و ویتنی (۱۹۷۶) یک تک ماده را کشف کردند که قصد اندازه گیری دو جنبه یعنی عاطفه و رضایت را داشت. (کمپل و همکاران (۱۹۷۶) در یک مطالعه مشهور به نام کیفیت زندگی آمریکایی ها، توضیح دادند. بهزیستی از طریق پرسش از مردم درباره رضایت از زندگی شان به طور کلی و نه به صورت شادکامی آنها در زندگی ارزیابی می کنند آنها ترجیح دادند از عبارت رضایت استفاده کنند زیرا در ارتباط با چنین شادکامی به دلیل تنوع زیاد درونی و مفاهیم آن مشکلاتی وجود دارد. (دارون، ۲۰۰۴) روانشناسی مثبت یک اقدام متهورانه علمی، بر فهم و تبیین شادمانی و سلامت ذهنی به طور دقیق به پیش بینی عاملهایی تمرکز دارد که بر چنین حلالتهایی تأثیر می گذارد. (کار، ۲۰۰۱، ترجمه پاشا شریعتی، ۱۳۸۵).

### نظریه ها و تعاریف

در اوایل قرن بیستم مطالعه بر روی بهزیستی شروع به شکل گیری کرد. ویلیام جیمز پدر روان شناسی آمریکا، در مورد ذهنیت سالم در کتاب انواع تجارب مذهبی مطالبی نوشت او مشاهده کرد که برخی از افراد در هر سنی، با وجود تمامی مشکلات وسختی هایی که در زندگی دارند خود را به سوی خوشبختی سوق می دهند اینها کسانی هستند که توجه شان را از بیماری، مرگ، کشت و کشتار و ناآرامی ها، برگرفته و سوی مسائل دلپذیر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول، این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد قابل پذیرش نیست با این حال مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد (حسینی، ۱۳۸۵).

نظریه های غربی بهزیستی روانی اساساً روی مفهوم خود فردیت یافته بنا شده است. معمولاً در آمریکای شمالی

۴. Gurrin

۵. Wowroff

۶. Feld

ویژگی های روانی همچون خودشکوفایی و خودمختاری با بهزیستی روانی تداعی می شود. این ویژگی های صفات و ویژگی های شخصی افراد مستقل و متکی به خود یعنی کسانی که قادر به فراتر رفتن از نفوذ دیگران و جامعه هستند را منعکس می کنند. عقاید شرقیها درباره خود با ادراک آمریکاییهای شمالی از فرد متضاد است. آسیای شرقی نسبت به فرد با این فرض که شخص در ارتباط با دیگران موجودیت می یابد همراه است (کینگ و باند، ۱۹۸۵، به نقل از غضنفری، ۱۳۸۵). فرد به عنوان موجودی که اساساً دارای تمایلات اجتماعی (یونگ، ۱۹۸۴)، گرایش های موقعیت مرکزی و استقلال است و به طور جدایی ناپذیری با دیگران به وسیله روابط عاطفی پیوند می خورد تلقی می شود. فرهنگ های فردگرا که عمدتاً در اروپا آمریکایی شمالی یافت می شود از اولویت دادن به تجربه فردی حمایت می کنند و به طور جدی توجه اعضای شان را به اسنادهای روانی دروغی سوق می دهند. بر عکس فرهنگ های جمع گرا که تکلیف و وظایف مهم فرهنگی قالب افراد را شکل می دهد مردم به طور ثابت به نشانه های اجتماعی بیرونی کشیده شده اند. بنابراین به نظر می رسد در این دو فرهنگ پایه و اساس قضاوت و داوری در مورد رضایتمندی زندگی متفاوت باشد و به انواع اطلاعاتی که برای فرد قابل دسترسی است وابسته باشد (داینر، اوشی، لوکس، ۲۰۰۰، به نقل از غضنفری ۱۳۸۵). نظریه پردازان غربی مانند فروید نسبت به روان انسان دیدگاه منفی دارند. فروید معتقد بود روان انسان مجموعه ای در هم پیچیده از آشفتگی های هیجانی و تعارضات و سائق های غریزی است که انسان را به سمت لذایت جنسی و پرخاشگری می کشاند. یونگ<sup>۸</sup> (۱۹۳۳) و فرنس<sup>۹</sup> (۱۹۶۴)، به نقل از بهرامی، صالحی و کوشکی، (۱۳۹۱) در مخالفت دیدگاه منفی فروید تاکید بر یکپارچگی و هماهنگی خصوصیات خوب و بد انسانها، صفات مردانه و زنانه و ابراز ایگو باعث، اعتقاد به رشد مداوم فرد در طول زندگی می شوند (الیوت، ۱۰، ۱۹۶۸). نوعی بلوغ را مطرح کرد که شامل رشد فردی، داشتن روابط گرم با دیگران، داشتن امنیت هیجانی و خود پندار مبتنی بر واقعیت بود مازلو خصوصیات و مشخصه های افراد خوشکופا را مطرح کرد و بهداشت روانی را حاصل تأمین نیازها و شکوفا شدن استعداد ذاتی انسانها می داند (میرکمالی، ۱۳۷۳).

هدف اصلی سلامت روان کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل تر، هماهنگ تر و شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است مقابله با بیماریهای روانی برای ایجاد جامعه سالم از وظایف اصلی دولتها و افراد جامعه است و هر اجتماع که خواستار بهزیستی و شادکامی افراد خود است باید مردم سازگار و هماهنگ پرورش دهد (میلانی فر، ۱۳۷۸). الگوی راجرز از شخصیت سالم و سلامت روان، انسانی است بسیار کارآمد و با کنش و کارکرد کامل که از تمام تواناییهای و استعدادهایش بهره میگیرد و دارای ویژگی هایی چون آمادگی برای کسب تجربه، احساس آزادی و خلاقیت و آفرینندگی است. از نظر اریکسون سلامتی در کمال است که گاه به صورت تمامیت، وحدت، و یا کمال خودتعریف شده است از سوی دیگر مکتب انسانگرایی معتقد است که عامل سلامت روانی عبارت است از رشد کامل استعدادهای بالقوه به عنوان یک انسان منحصر به فرد (میلانی فر، ۱۳۷۸). روانشناسی انسان گرایی تنها یکی از سه مکتب اصلی است که به سلامت ذهنی و روانی می اندیشد از دیدگاه اریک فرم، ۱۱

۷. King & Band

<sup>۸</sup>. Yung

۹. Frens

۱۰. Elliot

۱۱. Erric Ferom

بهداشت روانی، رفاه فردی و اجتماعی را در برمی گیرد. ازدیدگاه اجتماعی، فرد سالم با پذیرش نقش فعال اجتماعی، با زندگی سازگار می یابد. از دیدگاه فردی، رشد مطلوب همراه با نشاط به مفهوم بهداشت روانی است (احدی، بنی جمالی ۱۳۸۲). فرانکل ۱۲ به معنایجویی افراد در زندگی تأکید دارد. او معتقد است که رفتار انسان که نه بر پایه لذت گرایی نظریه روان کاوی فروید و نه بر پایه نظریه قدرت طلبی آدمی است. بلکه انسانها در زندگی به دنبال معنا و مفهومی برای زندگی خود می باشند. اگر فردی نتواند معنایی در زندگی خویش بیابد، احساس پوچی به او دست می دهد و از زندگی ناامید می شود و سلامت و خستگی از زندگی تمام وجودش را فرا می گیرد، الزاماً این حس منجر به بیماری روانی نمیشود. بلکه پیش آگهی بدی برای ابتلا به این اختلالات است. بنابراین فرانکل بهزیستی را در یافتن معنا و مفهوم در زندگی می دارند (فرانکل، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶، به نقل از خوارزمی، ۱۳۸۶).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (who) ۱۳ سلامت به بهزیستی فرد از لحاظ اجتماعی روانی و زیستی گفته میشود. سلامت حالت خوب بدون کامل، از نظر جسمی روانی و اجتماعی است. این به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست از نظر اوین و همکاران (۱۹۹۶) این تعریف جنبه های مثبت و منفی دارد به اعتقاد آنها در قسمت اول این تعریف، سلامت ازدیدگاه منفی در نظر گرفته شده، چرا که کلمات فقدان بیماری یا ناتوانی را به کار برده است. این تعریف با در نظر گرفتن هردو جنبه، این مطلب را القا می کند که سلامت واقعی هم شامل پیشگیری از بیمار شدن (مانند ناخوشی، آسیب بیماری) است. و هم ارتقای سلامت مثبت را در بر می گیرد که از مورد اخیر تا حدود زیادی غفلت شده است. بن یارد ۱۴ (۱۹۹۶) تعریف سازمان بهداشت جهانی را به این دلیل مورد انتقاد قرار داده است که به دست آوردن حالت خوب بودن کامل، از نظر جسمی روانی و اجتماعی در دنیای واقعی، بسیار مشکل است در ضمن این تعریف عوامل اقتصادی و سیاسی و اجتماعی که می توانند به این وضعیت کمک کنند را نادیده می گیرد و این طور القاء می کند که افرادی که کامل نیستند سالم هم نیستند (جی کریس، ۱۵ ترجمه آشتیانی، ۱۳۸۲). از نظر تاریخی، فیلسوفان بین دیدگاهی که ذهن و بدن را بخشی از یک نظام می دانند و این عقیده که آنها دو مقوله جداگانه هستند در نوسان بوده اند. یونانیها، نظریه اخلاط بیماری را عرضه کردند که اولین بار توسط بقراط در قرن چهاردهم قبل از میلاد مطرح شد و در حدود ۵۰ سال بعد توسط جالینوس بسط داده شد. طبق نظریه های یونانی بیماری زمانی بروز می کند که تعادل چهار مایع تشکیل دهنده بدن (خون، سودا، صفرا، بلغم) بهم بریزد. در روانشناسی معاصر صدها تحقیق این مطلب را ارائه کرده که ذهن فوق ماده است و می تواند سلامت را ارتقاء دهد. واقعیت آن است که تعریف واحدی از بهزیستی وجود ندارد و این اصطلاحی است بسیار گسترده که تفاسیر مختلفی درباره آن ارائه شده و اختلاف نظر زیادی را نیز برانگیخته است. در سطح کلی باید میان ابعاد عینی و روانی بهزیستی فرق قائل شد (مک آلیستر ۲۰۰۵، ۱۶) جنبه های عینی بهزیستی و یا بهزیستی عینی آن دسته از کیفیات مادی و اجتماعی را شامل می شود که به شدت از بهزیستی فرد یا اجتماع متأثر شده و همگام با افزایش کاهش می پذیرند و

---

۱۲. Frankel

۱۳. w.h.o: world health organize

۱۴. Ben Yard

۱۵. G.Kriss

۱۶. Macc Allister

نقش آنها در ارتقاء و بهبود بهزیستی کاملاً صریح و کلیدی است. این ابعاد زمینه‌هایی چون سطح ثروت، تمهیدات آموزش و بهداشتی زیر ساختها و مواردی شبیه آن را در برمی‌گیرد در برداشتی کلی اینها عواملی هستند که در رفاه اجتماعی حائز نقش‌اند و به سادگی می‌توان آنها در مقیاس جمعیتی «بهزیستی روانی» سنجش نمود. در برابر، ابعاد روانی بهزیستی و آنچه اصطلاحاً swb نامیده می‌شود به قضاوت افراد درباره موقعیت‌شان مربوط می‌شود و این که چگونه می‌اندیشند و چه احساسی دارند بهزیستی روانی، چگونه ارزیابی ذهنی افراد درباره زندگی‌شان است و مفاهیمی چون رضایت از زندگی، هیجانات دلپذیر و خوشایند، احساس خود شکوفایی، رضایتمندی از امور و ازدواج و کار، نبود خلقها، هیجانات و احساسات ناخوشایند، میزان کم هیجانات منفی را در بر می‌گیرد. براین اساس بهزیستی روانی چتری است که مفاهیم زیادی را که با درک و دریافت افراد از زندگیشان مرتبط است در پوشش خود می‌گیرد همه انواع و شقوق بهزیستی روانی ارزیابی فرد از زندگی‌اش چه به صورت هیجانی و چه به صورت شناختی، هم در یک موقعیت زمانی همین و هم در طول زمان نشان می‌دهد. اگرچه واژه‌های شادمانی و بهزیستی روانی، گاه به جایی‌کدیگر به کار می‌روند ولی پژوهشگران این حوزه، کاربرد واژه بهزیستی روانی را مناسبتر می‌دانند چرا که واژه شادمانی، دامنه وسیعی از معانی را در بر می‌گیرد که از خلق و خوی مناسب، لحظه‌ای تا کیفیت زندگی در دراز مدت، در نوسان است. بهزیستی روانی، واژه‌ای عمومی برای بیان این مطلب است که مردم درباره زندگی‌شان چه احساسی دارند که شامل پاسخ هیجانی افراد، سطح رضایت آنان از وجوه مختلف زندگی و قضاوت عمومی درباره کیفیت زندگی است (داینر سو ۱۷، لوکاس ۱۸، و اسمیت، ۱۹ ۱۹۹۹). بنابراین SWB شامل دو زمینه شناختی و عاطفی است (کاننیز، ۲۰ ۲۰۰۰). جزء شناختی SWB می‌تواند به دو روش توضیح داده شود رضایت از زندگی و کیفیت زندگی روانی (داینر و لوکاس، ۱۹۹۹) درباره واژه بهزیستی روانی معتقدند که این اصطلاح برای اشاره به نحوه ارزیابی افراد از زندگی‌شان به کار می‌رود و هر دو بخش داوری شناختی درباره رضایت از زندگی و ارزیابی های عاطفی درباره خلقیات و احساسات را شامل است. می‌توان گفت که این اصطلاح هر دو مفهوم رضایت از زندگی و شاید رادبر می‌گیرد.

ارزیابی روانی درباره سلامتی کمتر متعرض وجود زیست شناختی: فرهنگ ارتقاء بهداشت درباره بهزیستی روانی می‌گوید. آن، بلکه بیشتر متوجه احساساتی چون عزت نفس و احساس تعلق از رهگذر یکپارچگی اجتماعی است. بهزیستی روانی، اخیراً توجه زیادی را از سوی روانشناسان و اقتصاددان به خود جلب کرده است. اگرچه اقتصاددانان، به صورت سنتی، توجه چندانی به داده های ذهنی نداشته و بیشتر بر داده های کمی مربوط به جنبه های عینی امور کار می‌کرده‌اند. ولی امروزه تحولی بزرگ در این زمینه رخ داده است و بهتر جستن از داده های مربوط به بهزیستی روانی، یاشادی، توسط آنان گسترش زیادی یافته است. بسیاری از تحلیلگران در عرصه اقتصاد، امروزه به این باور رسیده اند که چون هدف غایی حیات شادی و شادمانی فرد است اقتصاد نیز لازماً جرم متوجه شادمانی فرد است و باید چنین باشد.

<sup>۱۷</sup>. Dainner & Son

<sup>۱۸</sup>. Lokass

<sup>۱۹</sup>. Esmitt

<sup>۲۰</sup>. Kanninz

## بهبودی روانشناختی و کیفیت زندگی

از زمانهای دور بشر به دنبال آرمانهایی بوده است که در آن با رضایت زندگی کند و از زندگی خود خشنود باشد شادمانی از زندگی و احساس بهبودی روانی واژه‌هایی هستند که در روانشناسی امروز برای بیان این حالت به کار می‌روند این واژه‌ها با آنکه در ظاهر با هم تفاوت دارند، اما به یک موضوع اشاره دارند. در قلمرو بهبودی روانی چند فرایند تاریخی را میتوان مشخص کرد.

۱. مطالعات جامعه‌شناسان که عمدتاً متمرکز بر بررسی تأثیر عوامل جمعیت شناختی مانند درآمد و ازدواج بر بهبودی روانی است.

۲. پژوهشهای متخصصان بهداشت روانی با تأکید بر این اندیشه که بهداشت روانی فراتر از فقدان نشانه‌های افسردگی

و

غمگینی است و شادکامی و رضایت از زندگی را نیز در بر می‌گیرد.

۳. پژوهشهای روانشناسان شخصیت که به بررسی شخصیت افراد خوشحال و غمگین پرداخته اند. بهبودی روانی از چند جهت اهمیت دارد.

۱. تأمین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر

۲. اثبات ارزش شادکامی برای انسان

۳. اندازه‌گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخصهای اقتصادی و اجتماعی و میزان سلامت یا جرم (داینروهمکاران ۲۰۰۳) بهبودی روانی یک مفهوم شخصی و فردی است و بر حسب ارزیابی افراد از زندگی خودشان تعریف می‌شود و دارای سه عنصر اصلی است: دو عنصر هیجانی، یعنی تجربه مکرر عاطفه یا هیجان مثبت، تجربه نامکرر اندک هیجان یا عاطفه منفی و نیز عنصر شناختی یا ارزیابی افراد از رضایت‌مندی از زندگی که شامل رضایت افراد از جنبه‌های مختلف زندگی مانند زناشویی، رضایت شغلی ... می‌باشند. اگرچه اشخاص مختلف در زمینه مولفه‌های مهم یک زندگی خوب از قبیل سلامت و روابط موفق با یکدیگر توافق دارند. اما به این مولفه‌های مهم یک زندگی خوب از قبیل سلامت و روابط موفق با یکدیگر توافق دارند، اما به این مولفه‌های و زوایای متفاوتی می‌دهند (پات و داینر، ۱۹۹۳، به نقل از بهرامی، صالحی و کوشکی، ۱۳۹۱) در واقع بهبودی روانی به این نکته اشاره دارد که مردم چگونه زندگی خود را ارزیابی کرده و چه عواطف مثبت و منفی را تجربه می‌کنند. بنابراین فردی دارای بهبودی بالا است که از زندگی خود رضایت داشته و احساسات مثبت زیادی همچون شادی، لذت و خوشی را تجربه کرده و از سطح پایین احساسات منفی مثل غم، اندوه و افسردگی برخوردار باشد. اجزای شناختی (رضایت‌مندی از زندگی (و عاطفی) احساسات مثبت و منفی بهبودی روانی دارای همبستگی درونی بالایی هستند. اکثر مردم زندگی خود را به صورت خوب و بد ارزشیابی می‌کنند و لذا قادرند تا در مورد زندگی خود قضاوت کنند. از این رو مردم همیشه عواطفی را تجربه می‌کنند که دارای یک جزء لذت‌گرا است یعنی یا خوشایند است که واکنش‌های مثبت به دنبال دارد و یا ناخوشایند است که واکنش منفی به همراه دارد بنابراین افراد همیشه دارای سطحی از بهبودی روانی هستند حتی اگر به آن فکر نکنند (به نقل از میرزا حسینی، ۱۳۸۵). طی ۴۰ سال اخیر، روانشناسان و جامعه‌شناسان به مفهوم سازی، اندازه‌گیری و مطالعات ابزاری اندازه‌گیری سلامت روان از طریق تحقیقات بهبودی روانی پرداخته‌اند (کی یز، همکاران، ۲۰۰۲). با این وجود، توجه به مسئله رضایت از زندگی در مقایسه با افسردگی و اضطراب در علوم انسانی به مراتب

کمتر بوده است. برای مثال مایر<sup>۲۱</sup> و داینر (۱۹۹۷) به نقل از آریندل<sup>۲۲</sup> و همکاران، (۱۹۹۹) با مراجعه به چکیده های مقاله علوم روانشناختی بین سالهای ۱۹۶۷ تا ۱۹۹۴ به این نتیجه رسیدند که تعداد مقاله های منتشر شده در قلمرو افسردگی و اضطراب، به ترتیب ۴۶۳۸۰ و ۳۶۸۵۱ مقاله بوده است در حالی که فقط ۲۳۸۹ مقاله در ارتباط با شادکامی و ۱۸۹۶ مقاله در ارتباط با رضایتمندی از زندگی و ۴۰۵ مقاله در زمینه لذت نگاشته شده بودند. کم توجهی روانشناسان به مطالعه احساسات مثبت در مطالعات تطبیقی مختلف نیز نشان داده است. در یکی از مطالعاتی که در مورد مقایسه میزان توجه روانشناسان به احساسات مثبت و منفی صورت گرفته شده است که این نسبت چهارده بر یک به نفع احساسات منفی است (میرز، ۲۳، ۲۰۰۰). با رشد روانشناسی مثبت نگر مطالعه احساسات مثبت به افراد جامعه گسترش یافته و دیگر تنها به مطالعه احساسات منفی از جمله افسردگی پرداخته نمی شود.

بلکه توجه به مطالعه شادمانی و عوامل ایجاد کننده آن فزونی یافته است. کی یز و همکاران (۲۰۰۳). به بررسی بهزیستی ذهنی شکوفایی « و شادمانی به عنوان علائم سلامت روان پرداخت و وجود بهزیستی بالا را تحت عنوان شکوفایی و سطوح بهزیستی ذهنی پایین را «پژمردگی و بی حالی ۲۴» نامیده است. کی یز (۲۰۰۲) در مطالعه در نمونه ۳۰۳۲ نفر از بزرگسالان در ایالات متحده بدین نتیجه دست یافت که ۱۷ / ۲ درصد افراد بهزیستی بالایی گزارش کردند که افراد شکوفا یا رشد یافته نامیده می شوند و ۱۲ / ۱ درصد از بزرگسالان بهزیستی پایینی را گزارش کرده اند که با معیار پژمرده همخوانی داشت. بهزیستی روانی، شامل طیف گسترده ای از رگه ها و ویژگیهای ذاتی و محیطی است لیومرسکی<sup>۲۵</sup> و همکاران (۲۰۰۵) مدل تطبیقی یا التقاط ژنتیک شخصیت یا مدل عواطف جمعیت شناختی محیطی را برای بهزیستی و شادمانی ارائه کردند که شامل مجموعه عوامل ژنتیکی و شرایط محیطی و نیز فعالیتها و تمرین های ارادی و انتخابی است که طبق فرمول زیر تدوین شده است. رفتارهای ارادی + عوامل محیطی + عوامل ژنتیکی = بهزیستی

نخستین عامل مهم و عمده در تعیین بهزیستی افراد عوامل ژنتیکی است. تعیین کننده های ژنتیکی در طول عمر افراد ثابت، در طول زمان پایدار و نسبت به تغییر یا کنترل ایمن هستند این عامل به تنهایی ۵۰٪ از کل واریانس بهزیستی را به خود اختصاص داده است. همچنین طی مطالعه ای که بروی دو قلوها در سن ۲۰ و ۳۰ سالگی انجام شد، میزان همبستگی باز آزمایی تقریباً ۵۰٪ بود، مهمتر این که میزان همبستگی در مطالعات باز آزمایی شادمانی دو قلوهای یک تخمکی در زمانهای مختلف ۸۰٪ بوده است (تلگان و لایکن، ۱۹۹۶: ۲۶) به نقل از شنایدر و لوپر، ۲۷ (۲۰۰۲) در واقع، وراثت، مولفه های ثابت در بهزیستی و شادمانی محسوب می گردد. در مقابل، همبستگی در دو قلوهای دو تخمکی نزدیک به ۷۰٪ بود مطالعات دیگر گرچه تخمین های متفاوتی در خصوص سهم وراثت در

<sup>۲۱</sup>. Mayier

<sup>۲۲</sup>. Arindol

<sup>۲۳</sup>. Myers

<sup>۲۴</sup>. langurship

<sup>۲۵</sup>. Liumersky

<sup>۲۶</sup>. Telgann & Laikon

<sup>۲۷</sup>. Schnaidor & Lypper



شادمانی را نشان داده اند ولی همگی حاکی از این هستند که دو قلوهای یک تخمکی به طور قابل توجهی دارای الگوی شادمانی مشابه بیشتری در مقایسه با دو قلوهای دو تخمکی بودند و همچنین میزان شادمانی این قبیل افراد در بزرگسالی نیز بخش وسیعی از تعیین کننده های ژنتیکی را نشان می دهند بنابر تحقیقات لیومبرسکی و همکاران (۲۰۰۵) تعیین کننده های ژنتیک موجب ویژگی های خلقی شخصیت مثل برون گرایی، درون گرایی، خلق منفی برانگیختگی و ... می شوند که همگی ریشه در نوروبیولوژی افراد دارد و تغییرات این ویژگیهای در طول عمر بسیار اندک است. به عنوان مثال گلان ۲۸ کودکان را از سن ۴ ماهگی تا ۱۱ سالگی مورد پیگیری و مطالعه قرار داد و نشان داد که عدم مردم آمیزی کودکان در سن ۱۱ سالگی مورد پیگیری قرار داد و نشان داد که عدم مردم آمیزی کودکان در سن ۱۱ سالگی احتمالاً ناشی از ویژگی های عمده و خاص برخی از نوزادان است که به واکنش «کند ۲۹» معروف است که این واکنش کند ناشی از الگوی عصبی، شیمیایی و ژنتیکی آنها است. عامل دیگری که بر بهزیستی موثر است اوضاع و شرایط محیطی است. این عامل ۸ الی ۱۵ درصد واریانس بهزیستی و شادمانی را به خود اختصاص می دهد و شامل عواملی چون ملیت، فرهنگ شرایط جغرافیایی مثل آب و هوا، عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات، نژاد وضعیت تأهل، پیشینه و تاریخچه زندگی فرد مثل ضربه های دوران کودکی، تصادف و سوانح وضعیت شغلی، امنیت کاری، درآمد، سلامتی و مذهب و ... است. در پژوهش های مقطعی نشان داده شده است که افراد طبقه متوسط، شادمانتر از افراد طبقه کارگر هستند (لیومبرسکی و همکاران، ۲۰۰۵). بهترین شیوه برای ارتقاء میزان بهزیستی، انجام فعالیتهای رفتاری، شناختی و ارادی است که تأثیر زیادی بر میزان بهزیستی افراد دارد. لازم به ذکر است که ۴۰ ۳۵ در هر واریانس بهزیستی و شادمانی توسط فعالیتهای ارادی تبیین می شود. در ۳۰ سال اخیر محققین همبستگی متغیرهای جمعیت شناسی با بهزیستی روانی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که یافته های جمعیت شناختی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد با بهزیستی روانی همبستگی دارد و این تأثیرات اغلب ناچیز است (لاینر ۳۰ و سلگیمن ۳۱، ۲۰۰۴). به عنوان مثال درآمد، رابطه منطقی با بهزیستی روانی هم در تحلیل در درون یک ملت و هم در تحلیل های بین کشورها قرار دارند ولی در سطح فردی و نیز در سطح ملی، درآمد در طول زمان تغییر می کند و تأثیر کلی کمی بر روی بهزیستی روانی دارد (لاینر و سو ۳۲، ۱۹۹۹، به نقل از بهرامی، صالحی و کوشکی، ۱۳۹۱) اگرچه برخی از مردم جایگاه اجتماعی پول و دسترسی به منابع مادی را عامل اصلی احساس بهزیستی روانی می دانند ولی برخی پژوهشهای این نگرشها را تأیید نکرده اند. در بیشتر پژوهشها همبستگی بین درآمد و احساس روانی بهزیستی پایین گزارش شده است (آرگیل ۳۳، ۱۹۹۹) در یک فراتحلیل از بررسی هایی که ارتباط میان مادیگرایی و احساس بهزیستی روانی را بررسی نموده اند همبستگی کمی بین این دو مورد گزارش مشاهده شده است. پژوهشگران در توجیه این یافته ها بر این باورند که جایگاه اجتماعی ثروت در

۲۸. Gelann

۲۹. Low reactive

۳۰. Lainer

۳۱. Sligmann

۳۲. Sou

۳۳ Argill

دسترسی به منابع مادی اگرچه باعث شادکامی می شوند ولی به خاطر ساز و کار خوپذیری، اندک اندک تأثیر مثبت خود را از دست می دهند تا فرد به نقطه استقرار یا همان سطح سازگاری اولیه برسد. بنابراین موقعیتهای زندگی تأثیر موقعیتی بر احساس روانی بهزیستی دارند. (هدی ویرنگ ۳۴، ۱۹۹۲). دایمر و همکاران (۱۹۹۵) نیز در مطالعه ای که بر روی ۳۱ کشور دریافتند که همبستگی مثبت بین وضعیت اقتصادی و رضایت از زندگی که یکی از ابعاد مهم شادمانی است، در کشورهای ثروت مند وجود دارد. از یافته های این پژوهش چنین استنباط می شود که رشد و توسعه اقتصادی و بهبود وضعیت معیشتی مردم تا حدی که نیازهایشان را بر طرف سازد شادمانی آنها را افزایش میدهد، لکن پس از مرتفع شدن نیازهای اولیه افراد، افزایش شاخصهای اقتصاد تأثیر چشمگیری بر ارتقای سطح شادمانی افراد هماهنگ است. آرگیل معتقد است فعالیتهای اوقات فراغت، از جمله شراکت در برنامه های مذهبی، ورزش و ارتباط اجتماعی بر شادمانی تأثیر مثبت دارند. لوکاس ۳۵ و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از بهرامی، صالحی و کوشکی، (۱۳۹۱) نشان دادند که برای بیشتر مردم، میزان رضایت از زندگی ناشی از تغییرات و پیشرفت موقعیتی مثل ازدواج با گذشت سالها به مرور کاسته می شود بنابراین افراد، هنگامی که به یک پیشرفت موقتی به وسیله رسیدن به موقعیت جدید مثلاً افزایش سطح درآمد یا تغییر در چهره می رسند چنین افزایشی پایدار نخواهد بود. زیرا مردم تمایل به سازگاری و انطباق با شرایط ثابت را دارند بنابراین عوامل موقعیتی در کوتاه مدت برای افزایش بهزیستی و شادمانی، عملی به نظر میرسد. اما در بلند مدت کارایی ندارد. البته قبل از اقدام به ارتقاء شادمانی ضروری است. نخست نیازهای اساسی اولیه برطرف گردد طی مطالعات طولی، تیلی اون ۳۶ و همکاران (۲۰۰۶)، به نقل از بهرامی، صالحی و کوشکی، (۱۳۹۱) نشان داد که بهزیستی روانی عمدتاً دارای بعد هیجانی است که نسبیتی بر عوامل ژنتیکی است و تحت شرایط محیطی تغییر نمی کند. معتقدند این هسته های مرکزی هیجانی با ۳ مولفه رضایت، شادمانی و برانگیختگی، تبیین کننده ۸۵ درصد از میزان بهزیستی روانی افراد است. هر شخص دارای یک دامنه و خط پایه بهزیستی و شادمانی است که در اثر شرایط و تغییرات محیطی، بهزیستی و شادمانی افراد در آن دامنه تغییر می کند و در شرایط معمولی دوباره به خط پایه اصلی باز می گردد. سومین عامل موثر بر سطح بهزیستی، فعالیت های اختیاری رفتارهای ارادی و عمدی است یعنی آنچه که افراد انجام می دهند ناشی از نگرش و شناخت آنها است گسترش دوستی و رفاقتها، گذراندن اوقات بیشتر در طبیعت، گذراندن اوقات در حالت وجد و شادابی انجام بیشتر فعالیت های جسمانی، کشف و استفاده از توانمندی های خود در حیطه شغلی و سایر حوزه های زندگی، مراقبه آموختن، لذت دوست داشتن و شناسایی و تغییر باورهای غیر مفید و ... این گروه از عوامل، گسترده وسیعی دارد و شامل دانه وسیعی از شیوه تفکر و رفتار روزمره افراد است کلیه فعالیتهایی که درجاتی از کوشش و تلاش برای انجام عمل را می طلبد فعالیت ارادی محسوب می شود که افراد می کوشند تا آن را انجام دهند و به خودی خود رخ نمی دهد فعالیت های ارادی در بهزیستی و شادمانی موثر است مثلاً برخی انواع فعالیت های رفتاری، مانند ورزش منظم یا با دیگران مهربان بودن با بهزیستی ارتباط دارد و نیز برخی از فعالیت های شناختی مانند باز سازماندهی موقعیت های ارادی مانند تلاش جهت دستیابی به اهداف مهم شخصی یا تلاش برای یافتن دلایل معنا دار و هدف در زندگی نیز در این حیطه قرار دارد.

---

۳۴. Heddey Wirring

۳۵. Lookas

۳۶. Tilloun

### بهزیستی روانشناختی از دیدگاه روانشناسی مثبت نگر

روانشناسی مثبت شاخه‌ای از روان شناسی است که به شناسایی و گسترش عواملی که باعث رشد و شکوفایی فرد و جامعه می‌شود تمرکز می‌نماید. این شاخه جدید از روان شناسی به جای تمرکز بر درمان کمبودها و ناتوانیها بر افزایش شادمانی و بهزیستی و مطالعه علمی نیرومندیهای شخصی و سیستم‌های اجتماعی مثبت در ارتقای بهزیستی روانی مطلوب تأکید دارد. تمرکز اولیه بر روی روانشناسی مثبت از مطالعات ترمن ۳۷ (۱۹۳۹) بر روی سرآمدی و رضامندی زناشویی و تحقیقات یونگ (۱۹۳۳) در ارتباط با کشف معنی در زندگی و نوشته‌های واتسون (۱۹۲۸) در ارتباط با والدینی کردن موثر شروع شد. سلیگمن در سال «۱۹۹۸» هدف گمشده روانشناسی ۳۸، متذکر شد که روانشناسان باید ۳ یعنی پرورش و تربیت نبوغ و ساختن انسانی نیرومند را بیاد بیاورند او عقیده داشت که روانشناسی تنها مطالعه ضعف و بیماری نیست، بلکه مطالعه توانایی و فضیلت را نیز باید مدنظر قرار دهد. همچنین او یادآور شد که درمان تنها اصلاح آسیب نیست، بلکه بنا نهادن بهترین‌ها در درون‌مان می‌باشد. اظهارات سلیگمن در مورد بنا نهادن ویژگی‌های مثبت و چالش وی برای افزایش تحقیقات در حوزه بهزیستی روانشناختی، با استقبال بسیاری از روان‌شناسان مواجه گردیده، و باعث شروع جنبش روانشناسی مثبت در آمریکا شد. با شروع نهضت روانشناسی مثبت و به دنبال آن، تشخیص این که روانشناسی از زمان شروعش توجه خود را صرفاً معطوف به انسان‌های رنجور و غمگین نموده و مطالعه نتایج عملکردهای مثبت روانی مورد غفلت واقع شده، تمرکز سنتی بر مولفه‌های منفی بهزیستی روانی تغییر یافته و تحقیقات زیادی را موجب شده است. رویکردها و تحقیقات جدید، ویژگیهای مثبت روانشناختی را به عنوان شاخص بهزیستی روانی مورد تأکید قرار داده‌اند. این گروه ترجیح می‌دهند به جای واژه‌ها بهزیستی روانشناختی سهم عمده‌ای در جنبش روانشناسی مثبت و معطوف کردن توجه روانشناسان در سلامت روانی کشاندن فعالیت‌های عملی و تحقیقات‌شان در کمک به افراد در بنا نهادن زندگی سازنده تر و پربارتر داشته است. در سالهای اخیر رویکردهای عمده به مطالعه بهزیستی روانشناختی شامل موارد زیر بوده است (کمپتون، ۲۰۰۱، به نقل از بهرامی، صالحی و کوشکی، ۱۳۹۱).

بهزیستی ذهنی جنبه‌ای از بهزیستی روانی است که بیانگر ارزیابی شخص از زندگی‌اش می‌باشد و شامل متغیرهایی مانند رضامندی از زندگی؛ رضامندی زناشویی، فقدان افسردگی و اضطراب، تجربه مکرر هیجانات و خلق مثبت ماندنی شادی و لذت و ندرت هیجانات و خلق منفی است. این ارزیابی ممکن است شناختی (مانند، رضامندی زناشویی و رضامندی از زندگی) و یا عاطفی مانند تجربه عاطفه خوشایند و هیجانات مثبت یا عاطفه ناخوشایند هیجانات منفی باشد. رایف با انتقاد از تمرکز سنتی تحقیقات پیشین بر روی سلامت ذهنی به عنوان شاخصی بهزیستی روانشناختی، ادعان نموده است که سنجش شادی و عاطفه به تنهایی نمی‌تواند پاسخی روشن در جهت بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن ارائه دهد (اوشی؛ ۳۹، ۲۰۰۰).

رایف معتقد است که سلامت روان شناختی شامل آن چیزی است که فرد به لحاظ روانشناختی نیاز به مولفه‌های مختلف آن دارد، تا با احراز آنها بتواند کارکرد روانی مطلوبی داشته باشد. این مولفه‌ها عبارتند از: خودمختاری، تسلط

۳۷. terman

۳۸. forgotten mission

۳۹. Oishi

بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. رایف (۱۹۹۵) به منظور تعریف ملاکهای سلامت روانی مثبت، کارهای مزلو را در مورد خودشکوفایی، عقیده راجز را درباره کارکرد شخصی کامل، کار یونگ را در مورد تفرد، مطالعات آلپورت را در مورد بالیدگی و دیدگاههای رشدی فراخنای زندگی، خصوصاً مراحل رشد روانی اجتماعی اریکسون، کارهای بهلر ۴۰ را در مورد تمایلات اساسی زندگی، توصیف نیوگارتن ۴۱ از تغییرات شخصیت در بزرگسالی و پیری و همچنین کارهای جاهدودا در مورد ملاکهای سلامت روانی مثبت مورد بررسی قرار داد. ریف با ترکیب تئوریهای فوق و با مرور توجیهات فلسفی و اخلاقی و تدوینهای علوم اجتماعی در ارتباط با عملکرد مثبت و نیرومندی های انسان، مدل شش عاملی خود از بهزیستی روان شناختی را گسترش داد.

### تفاوتهای فردی در بهزیستی روانی

الف) سطح پایه سلامت روانشناختی و عاطفی مدل تعادل جویی پویا از پیشنهاد کردند که در آن افراد دارای سطح پایه ای از سلامت روانشناختی هستند که با شخصیت آنها مشخص می شود. افرادی با شخصیت های ویژه بیشتر احتمال دارد که انواع ویژه ای از حوادث را تجربه کنند. مثلاً افراد برون گرا بیش از افراد درون گرا احتمال دارد که ازدواج کنند و یا موقعیت های شغلی بالا را تجربه کنند. حوادث غیرعادی مانند ازدواج و فوت نزدیکان و ... می تواند میزان سلامت روانشناختی افراد را بالاتر و پایینتر از این خط ببرد. اما بر اساس این مدل افراد تقریباً پس از رفع حادثه غیرعادی و طبیعی شدن موقعیت به خط پایه برمی گردند. واکنش هیجانی و محققان دیگر تفاوت در سلامت روانشناختی را ناشی در واکنش های هیجانی افراد می دانند. بر اساس نظریه شخصیت گری برخی از محققان مانند لارسن و تلزن ۱۹۸۵ به نقل از دینر و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که برون گراها نسبت به درون گراها بیشتر به محرک های خوشایند واکنش نشان میدهند و نیز افراد روان رنجور نسبت به افراد طبیعی بیشتر به محرک های هیجانی؟ واکنش نشان می دهند همین امر باعث می شود برون گراها سطح سلامت روانشناختی بالاتری نسبت به درون گراها داشته باشند تجربه شادی در برون گراها بیشتر است. افراد روان رنجور نیز به سبب تجربه هیجانات منفی از سطح سلامت روانشناختی پایینتری برخوردارند.

ج) پردازش شناختی اطلاعات هیجانی آخرین متغیر خلقی که ممکن است در ارتباط با شخصیت و سلامت روانی شناختی نقش داشته باشد. شیوه ای که افراد اطلاعات هیجانی را پردازش می کند. راستینگ، ۱۹۸۸، به نقل از دینر و همکاران؛ (۲۰۰۳). بیان کرد برخی صفات شخصیتی مانند درون گرایی و برون گرایی به تفاوت های افراد در پردازش محتوی هیجانی مرتبط می شود شواهدی وجود دارد که نشان می دهد افراد اطلاعات هیجانی متناسب با صفات شخصیتی خود را نسبت به سایر اطلاعات هیجانی بیشتر درک می کنند و به یاد می آورند لوکاس و فوجیتا ۴۲ (۲۰۰۰) دریافتند که برون گراها نسبت به درونگراها کندتر می توانند توجه شان را از محرک پاداش دهنده به سمت چیز دیگری معطوف کنند بنابراین احتمال اینکه تجارب مثبت و خوشایند داشته باشند بیشتر از سایر افراد است. داینر (۲۰۰۳) بیان کرد که برون گراها زمانی که در حالت خلق مثبت هستند حوادث را به انگیزه شان ربط می دهند اما

<sup>۴۰</sup>. Buhler

<sup>۴۱</sup>. neugorten

<sup>۴۲</sup>. Lookas & Foojita

درون گراها زمانی که در حالت روانی منفی قرار می گیرند چنین عمل می کنند.

### تفاوت های جنسیتی در مقیاسه ای روانشناختی و بهزیستی

همه افراد با یکدیگر برابر هستند اما مشابه نیستند و تفاوت های احتمالی بین افراد و ضرورت آگاهی از تفاوت های بین آنها امکان فراهم سازی فرصت های لازم برای دستیابی به خودشکوفایی و تحقق بخشیدن به قابلیت های بالقوه را همراه دارد. بر اساس مطالعات انجام شده و تجارب کیفی در بسیاری از ابعاد بهزیستی بین دو جنس تفاوت وجود دارد نقش های اجتماعی، رفتار متناسب با هر جنسی را مشخص می کنند و زنان در مقایسه با مردان آمادگی بیشتری برای صحبت از خود نشان می دهند و زنان خود را از طریق ارتباط با دیگران و مردان به شیوه های سنتی مردانه، یعنی خودهای شغلی تعریف می کنند. رشد زنان مسیری متفاوت سیری مبتنی بر ارتباط را دنبال میکند بر این اساس دختران با مراقبت خود همانند سازی کرده و در فرایند تبادل متقابل با ما در اجتماعی می شوند. همچنین عزت نفس آنان بر اساس احساسی که در نتیجه ارتباط حاصل می شود، شکل می گیرد. با این وجود برای پسران ادراک خود از طریق جدایی روان شناختی از دیگران حاصل می شود در دوره نوجوانی برای زنان خود دریافت روابط مهم سازماندهی و گسترش می یابد که بر اساس فرایند هویتی آنان محسوب می شود بنابراین تجارب اجتماعی شدن متفاوت سبب می شود زنان و مردان رویکردی متناوب به دنیا داشته باشند برای مردان اساساً عمل از نقطه نظر خودمختاری و برای زنان از دیدگاه ارتباطی معنا می یابد تمایل و توانایی مراقبت از دیگران برای بسیاری از زنان جزو معیارهای خودسنجی آنان محسوب می گردد و به عبارت دیگر تبیین ممکن دیگر درباره تفاوت صمیمیت زنان و مردان می تواند با برجسته کردن تفاوت در فرایندهای اجتماعی شدن آنان دنبال گردد. آگاهی از چگونگی پدیدار شدن تفاوت های جنسیتی در هر بافت که مستلزم تعامل بین مردان و زنان است از قبیل محیط کار، زمینه های تحصیلی و ارتباطات، مفید به نظر می رسند. آگاهی از نقش تفاوت های جنسیتی نیز زمینه لازم برای اتخاذ رویکردهای روانی کارآمدتری را تسهیل می کند و به عبارت دیگر آگاهی از تجربه بیمار از جهان به حساسیت بیشتر نسبت به رویکرد روانی اتخاذ شده به درک بیمار منجر می شود. آگاهی بیشتر درباره تفاوت های جنسیتی فرصت های بیشتری برای خودشکوفایی و افزایش سطح سلامت روان شناختی بهینه به همراه دارد. دانش بیشتر هم چنین در شناسایی و جبران ناهماهنگی های تاریخی بین منابع فرصتها مراحل حمایت کننده برای مردان و زنان موثر و مفید واقع می شود (بهرامی، صالحی و کوشکی، ۱۳۹۱).

### منابع فارسی

- ابراهیم مسعودنیا (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عزت نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد سال شانزدهم - شماره ۳۷.
- آرمانی کیا، علیرضا (۱۳۹۴). اضطراب اجتماعی در زنان. مجله دکتر سلام. <http://www.hidoctor.ir/87097.html> اضطراب اجتماعی در زنان.
- استوار، صغری و ندا رضایی، ۱۳۹۴، بررسی رابطه ابعاد شخصیت درونگرایی و برونگرایی و ابراز وجود با اضطراب اجتماعی در

دانشجویان، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، بصورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش، [https://www.civilica.com/Paper-ASIBCONF۰۱-ASIBCONF۰۱\\_۲۴۴.html](https://www.civilica.com/Paper-ASIBCONF۰۱-ASIBCONF۰۱_۲۴۴.html)

اکبرزاده داود، اکبرزاده حسن، احمدی عزتاله (۱۳۹۴). همبستگی ابراز وجود، بهزیستی روانشناختی و پرخاشگری با اضطراب اجتماعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم؛ ۹ (۱): ۲۲-۲۹.

امیری نیا، صمد. (۱۳۷۵). بررسی و مقایسه نیازها و صفات شخصیتی بیماران مضطرب و افراد عادی. دانشگاه فردوسی مشهد پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

بهاروند، وحید، ۱۳۹۴، بررسی ارتباط هیجان طلبی و سلامت عمومی با مصرف سیگار، همایش بین المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی، استانبول، موسسه سفیران فرهنگی مبین، [http://www.civilica.com/Paper-ICPCL۰۱-ICPCL۰۱\\_۰۴۶.html](http://www.civilica.com/Paper-ICPCL۰۱-ICPCL۰۱_۰۴۶.html)

بهنام هاشمیان، بی بی ملیحه و سارا معراجی، ۱۳۹۳، بررسی رابطه خودپنداره بدنی و وابستگی به سیگار با اضطراب مرگ بین دانشجویان، اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار، [https://www.civilica.com/Paper-EPSCONF۰۱-EPSCONF۰۱\\_۴۵۱.html](https://www.civilica.com/Paper-EPSCONF۰۱-EPSCONF۰۱_۴۵۱.html).

پیر دهقان آذر، آقا کوچک آرزو، وکیلی محمود، پور رضایی مهدی (۱۳۹۵). تعیین عوامل پیشگویی کننده مصرف قلیان در دانش آموزان دوره پیش دانشگاهی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۴. مجله علمی پژوهان؛ ۱۵ (۱): ۲۸-۳۶.

حبیب امامی ، سونیا حبیبیان ، پیام صالحی ، فریدون عزیزی . الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران، سال ۱۳۸۰ ؛ مطالعه قند و لیپید تهران . پژوهش در پزشکی. ۱۳۸۲؛ ۲۷ (۱): ۴۷-۵۲.

حیدری غلامرضا، شریفی هومن، حسینی مصطفی، مسجدی محمدرضا (۱۳۸۳). بررسی وضعیت مصرف سیگار و عوامل همراه آن در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۲. پژوهنده، دوره ۹، شماره ۵ (پی در پی ۴۱)؛ از صفحه ۲۵۳ تا صفحه ۲۵۶.

رضوی، عبدالحمید، کاظمی، سلطانعلی، محمدی، محمد. (۱۳۹۰). بررسی رابطه صفات شخصیتی و سبک های مقابله ای با اضطراب اجتماعی دانشجویان نابینا و عادی دانشگاه های استان فارس. روانشناسی افراد استثنایی، ۱ (۴)، ۱۰۹-۱۳۴.

زارع پور فاطمه، کمالی محمود، علاقبند مریم، قیصری مهدی، سرلک شهناز. بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال . مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۹۱؛ ۲۰ (۱): ۶۴-۷۲.

سادات موسوی، اشرف؛ متین خواه، فاطمه؛ مسجدی، محمدرضا (۱۳۹۲). نقش پیشبین ابعاد شخصیتی، رگه اضطراب و افسردگی در سیگار کشیدن. مجله علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۳، ص ۲۶۳-۲۵۵.

سمراد محرابی، علیرضا دلاوری، قباد مرادی، ابراهیم قادری (۱۳۸۷). شیوع آسم برونشیا در جامعه ۶۴-۱۵ سال استان کردستان در سال ۱۳۸۶. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۸۷، دوره ۴، شماره ۳ و ۴: صفحات ۹۸-۹۳.

صالحی، بهمن؛ ابراهیمی، سمیه مرادی، شیرین (۲۰۱۳) بررسی ارتباط بین مولفه های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای با مصرف سیگار در دانشجویان مهندسی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۵ (۵۸).

عباسی اصل، رویا؛ نادری، حبیب الله و اکبری، عباس (۱۳۹۵). پیش بینی میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر بر اساس ویژگیهای شخصیتی. مجله ی اصول بهداشت روانی. دوره ۱۸، شماره ۶، صفحه ۳۴۳-۳۴۹.

قهوهچی فهیمه، محمدخانی شهرام (۱۳۹۱). رابطه ی باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجانات منفی در

مصرف سیگار دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ۲۰ (۸۱): ۹۳-۱۰۲.

لقمانی لاله، عباس زاده عباس (۱۳۸۴). ارتباط بین افسردگی و وابستگی به نیکوتین در افراد مراجعه کننده به درمانگاه آیت اله کاشانی کرمان (۱۳۸۰). مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بهبود: دوره ۹، شماره ۱ (پیاپی ۲۴)؛ از صفحه ۱۸ تا صفحه ۲۵.

محمد کاظم، نوربالا احمدعلی، مجدزاده سیدرضا، کریملو مسعود. روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران (۱۳۷۸-۱۳۷۰) "بر اساس دو طرح ملی سلامت و بیماری". مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم.

محمدخانی، شهرام؛ جمالویی، حسن رضایی (۱۳۹۵). رابطه‌ی مصرف سیگار و قلیان با عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۳، شماره ۲، صفحه ۲۶۲-۲۸۰.

مرادی، راضیه، ۱۳۹۴، ارتباط اضطراب اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان، کنفرانس جهانی افق های نوین در علوم انسانی، آینده پژوهی و توانمند سازی، شیراز، گروه پژوهش شرکت ایده بازار صنعت سبز، [https://www.civilica.com/Paper-SCIENTIFIC۰۱-SCIENTIFIC۰۱\\_۰۸۶.html](https://www.civilica.com/Paper-SCIENTIFIC۰۱-SCIENTIFIC۰۱_۰۸۶.html)

#### منابع انگلیسی

Amelang M, Hasselbach P, Stumer T. (۲۰۰۴). [Personality cardiovascular disease, and cancer: first results from the Heidelberg cohort study of the elderly]. Zeitschriftfur Gesundheitspsychol; ۶(۱۲): ۱۰۲-۱۵. (German)

American Psychiatric Association. (۱۹۹۴). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (۴th ed.). Washington, DC: Author.

Babaie Asl F. (۲۰۰۸). Evaluation of knowledge of high school students about drugs in Kerman. Scientifi Journal of Hamadan Nursing and Midwifery Faculty; ۱۶(۱): ۱۸-۲۴.

Bakker AB, Van der Zee KI, Ledwig KA, Dollard M. (۲۰۰۶). The relationship between the Big-Five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. J Soc Psychol; ۱۴(۶): ۳۱-۵۰.

Barlow, D.H. (۱۹۸۸). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. NewYork: Guilford Press. ۱۷.

Button EJ, Loan P, Davies J, Sonuga-Barke EJ. Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged ۱۵-۱۶: A questionnaire and interview study. Int J Eat Disord ۱۹۹۷; ۲۱(۱): ۳۹-۴۷

Diener E, Lucas RE, Scollon CN. (۲۰۰۶). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. American Psychologist. ۶۱(۴): ۳۰۵.

Diener E, Scollon CN, Lucas RE. (۲۰۰۳). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. Advances in cell aging and gerontology. ۱۵: ۱۸۷-۲۱۹.

Diener E, Seligman ME. (۲۰۰۴). Beyond money toward an economy of well-being.



Psychological science in the public interest. ۵(۱): ۱-۳۱.

Diener ED, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. (۲۰۰۳). Subjective well-being. Three decades of well-being. Psychol Bull; ۱۲۵(۲): ۲۷۶-۳۰۲.

Eng W, Coles ME, Heimberg RG, Safren SA. (۲۰۰۵) Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. J Anxiety Disord; ۱۹(۲): ۱۴۳-۵۶.

Fathi-Ashtiani A. (۲۰۰۹). [Psychological tests: personality and mental health]. ۱st ed. Tehran: Besat: ۴۶.

Hassounah S, Rawaf D, Khoja T, Rawaf S, Hussein MS, Qidwai W, et al. (۲۰۱۴). Tobacco control efforts in the Gulf Cooperation Council countries: achievements and challenges. East Mediterr Health J. Aug ۱۹; ۲۰(۸): ۵۰۸-۱۳.

Hayes N, Joseph S. (۲۰۰۳). Big five correlate of three Measures of subjective well-being. Personality Individual Differences; ۳۴: ۷۲۳-۷.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. (۱۹۹۱). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict Sep; ۸۶: ۱۱۱۹-۱۱۲.

Jahanpour F, Vahedparast H, Ravanipour M, Azodi P. (۲۰۱۵). The Trend of Hookah Use among Adolescents and Youth: A Qualitative Study. J Qual Res Health Sci; ۳(۴): ۳۴۰-۸.

Kashdan, T. and James D.H Herbert. (۲۰۰۳). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future direction. Clinical Child and Family Psychology Review, ۴, ۳۷.

Katherine M, Patrice A. (۲۰۰۰). Psychiatric mental health nursing, New York: Mosby, Inc; ۷۳-۵.

Khosravi M, Bigdely I. (۲۰۰۸). [The relationship between personality factors and test anxiety among university students]. Journal of behavioral sciences; ۲(۱): ۱۳-۲۴.

Kuper H, Adami HO, Boffetta P. (۲۰۰۲). Tobacco use, cancer causation and public health impact. J Intern Med; ۲۵۱(۶): ۴۵۵-۶۶.

Latifi S, Karami A, Baba Moradi A. (۲۰۱۴). [Predicting teachers' computer anxiety based on their personality traits and emotional intelligence components]. Information and communication technology in educational sciences; ۱۴(۲): ۱۳۱-۴۸.

Maziak W, Ward KD, Afifi Soweid RA, Eissenberg T. (۲۰۰۴). Tobacco smoking using a waterpipe: A reemerging strain in a global epidemic. Tob Control; ۱۳(۴): ۳۲۷-۳۳.

McCrae RR, Costa PT. (۲۰۰۴). A contemplated revision of NEO Five-Factor Inventory. Pers Individ Dif; ۳(۶): ۵۸۷-۹۶.



McNally RJ. (۲۰۰۲). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*; ۵۲:۹۳۸-۴۶.

Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M, Asgari F, Rashidi A, Khalilzadeh O, (۲۰۱۰). Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national Survey of Risk Factors of NonCommunicable Diseases. *Tob Control*. Apr; ۱۹(۲): ۱۲۵-۸.

Moller-Leimkuhler AM, Madger F. (۲۰۰۸). Personality factors and mental health outcome in caregivers of first hospitalized schizophrenic and depressed patients: ۲ year follow up results. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; ۲۵۸:۴۰۶-۱۳.

Murray CJ, Lopez AD. (۱۹۹۷) Alternative projections of mortality and disability by cause ۱۹۹۰-۲۰۲۰. *Global Burden of Disease Study*. *Health & Medical Complete*. *Lancet*;۳۴۹(۹۰۶۴):۱۴۹۸-۵۰.

Quirk, S. E. (۲۰۱۵). Personality Disorder and Population Mental Health. *The Lancet Psychiatry*, ۲(۳): ۲۰۱-۲۱۲.

Rastam S, Ward KD, Eissenberg T, Maziak W. (۲۰۰۴). Estimating the beginning of the waterpipe epidemic in Syria. *BMC Public Health*;۴(۳۲).

Reiss S, McNally RJ. (۱۹۸۵). Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, editors. *Theoretical issues in behavior therapy*. San Diego: Academic Pre