مبانی نظری وپیشینه تحقیق عزت نفس وسلامت روانی با بهزیستی روانشناختی

فصل دوم ادبیات و پیشنیه تحقیق

مبانی نظری و یافته های پژوهشی............................................................................................................................... 17

عزت نفس در قرآن مجید......................................................................................................................................... 19

عزت نفس کلی........................................................................................................................................................ 20

عزت نفس اجتماعی.................................................................................................................................................. 21

عزت نفس تحصیلی.................................................................................................................................................. 21

مولفه های عزت نفس............................................................................................................................................... 21

ماهیت عزت نفس..................................................................................................................................................... 22

نظریات مرتبط با عزت نفس...................................................................................................................................... 23

سلامت روان............................................................................................................................................................. 28

تعریف سلامت روانی................................................................................................................................................ 29

تعریف بهداشت روانی در فرهنگهای مختلف............................................................................................................ 31

اصول بهداشت روانی................................................................................................................................................ 33

خصوصیات افراد دارای سلامت روانی...................................................................................................................... 35

عوامل موثر درتامین سلامت روانی............................................................................................................................ 37

نقش خانواده درتامین سلامت روانی.......................................................................................................................... 37

نظریات مرتبط با سلامت روانی................................................................................................................................. 38

بهزیستی روانشناختی................................................................................................................................................. 44

عقب ماندگی ذهنی ................................................................................................................................................. 48

عقب ماندگی ذهنی آموزش پذیر.............................................................................................................................. 49

ویژگیهای کودک استثنایی....................................................................................................................................... 49

نیازهای والدین کودکان استثنایی............................................................................................................................... 50

احساسات والدین کودکان استثنایی........................................................................................................................... 50

پژوهشهای انجام شده در ارتباط با موضوع.................................................................................................................

## مباني نظري و يافته‌هاي پژوهشي:

يكي از موضوعات مهم مورد توافق نظريه پردازان روانشناسي عملكرد مهم "خود[[1]](#footnote-1)1 " در فرآيند شخصيت[[2]](#footnote-2)2 است. اگر چه امروزه، اين نظريه پردازان در مورد كانوني بودن "خود" و اهميت آن در فرايند شخصيت توافق دارند، ديدگاههاي مختلف روان شناسي تعاريف مختلفي از "خود" ارائه مي دهند. در زمانهاي مختلف توجه به خود دستخوش تغييراتي گشته است. اگر چه در بعضي از زمانها مطالعات روي "خود مورد غفلت قرار گرفته اند، در دهه هاي اخير اين مفهوم بار ديگر مورد توجه فراوان روان شناسان قرار گرفته است.

عزت نفس يكي از عوامل مهم و اساسي در رشد و شكوفايي انسانهاست كه در دهه هاي اخير مورد توجه بسياري از روان شناسان و پژوهشگران امور تربيتي قرار گرفته است. عزت نفس به معناي قضاوت شخص از ارزشمندي خود است و به نگرش فرد از خود دلالت مي كند. افراد با بررسي نحوه ي كنار آمدن با استانداردها و ارزشهاي مورد نظر خود و مقايسه ي چگونگي عملكرد خود با ديگران به اين قضاوت دست مي پردازند. عزت نفس چگونگي احساس خود درباره ي خود است و بر همه ي افكار، ادراكات، هيجانات، آرزوها، ارزشها و اهداف شخصي نفوذ دارد و كليد رفتار آدمي مي باشد. بنابراين، عزت نفس هسته ي مركزي ساختارهاي روانشناختي فرد است كه وي را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسايش خاطر وي را فراهم مي آورد. عزت نفس نقش محافظت کننده ای در مقابله با فشارهاي رواني دارد كه از فرد در مقابل وقايع فشار آور منفي زندگي حمايت مي كند. فردي كه از ارزشمندي بالايي برخوردار است، به راحتي قادر است با تهديدها و وقايع فشارآور بيروني بدون تجربه ي برانگيختگي منفي و از هم پاشيدگي سازمان رواني مواجه شود. عزت نفس پائين به عنوان عامل خطر براي پرخاشگري، بزهكاري، سوء مصرف مواد، افسردگي، عملكرد ضعيف تحصيلي، همسر آزاري، كودك آزاري و نظاير آن مشاهده شده است. اخيراً برخي سياستمداران و مسئولان مدارس پيشنهاد كرده اند كه مدارس و ديگر مؤسسات اجتماعي بايد برنامه هايي براي ارتقای عزت نفس افراد طراحي كنند. اين پيشنهاد بر اين فرض استوار است كه عزت نفس علت و نه معلول مشكلات اجتماعي است، مستقل از موقعيت هاي خاص وجود دارد و مي تواند با مداخلات خارجي ارزيابي شود. بي ترديد عزت نفس يكي از مهمترين و اساسي ترين جنبه هاي شخصيت و تعيين كننده ويژگيهاي رفتاري ما است .توجه به اين امر، به ويژه در مورد كودكان داراي نيازهاي آموزشي ويژه و نيز كساني كه به آنها آموزش مي دهند، از اهميت خاصي برخوردار است. عزت نفس به مانند يك سرمايه ي ارزشمند حياتي از مهمترين عوامل پيشرفت و شكوفايي استعداد و خلاقيت افراد می باشد. افراد دچار ناتواني، به دليل نگرشهاي منفي والدين، تجارب منفي در برخورد با همسالان عادي و ناكامي هاي پي در پي در مدرسه به تدريج دلسرد و سرخورده شده و توالي چنين شكست ها و مشكلاتي موجب مي شود که آنها نسبت به خود احساس بي ارزشي داشته باشند و در نتيجه اين احساس منجر به آسيب در عزت نفس آنها شود(ولی زاده و همکاران،1387).

عزت نفس یک شاخص بسیار مهمی در شخصیت افراد است و به مقدار ارزشی که ما به خود نسبت می دهیم و فکر می کنیم دیگران برای ما قائل هستند، گفته می شود. قدمت تاریخی این موضوع به مباحثی که علما و فلاسفه تعلیم و تربیت در گذشته داشته اند برمی گیرد. در طول صد سال گذشته بسیاری از روان شناسان این نظر را پذیرفته اند که انسان دارای یک نیاز به عزت نفس می باشد(آدلر[[3]](#footnote-3) 1390).

بعضی از نظریه پردازان اظهار می دارند که به طور کلی ارزش گذاری نسبت به خویشتن را می توان عزت نفس نامید(آلپورت [[4]](#footnote-4)1937، راجرز[[5]](#footnote-5) 1959 ، سالیوان[[6]](#footnote-6)1953، طارن هورنی[[7]](#footnote-7)1937، جیمز[[8]](#footnote-8)1890،مازلو[[9]](#footnote-9)1970). اسمیت هارتر و روزنبرگ عزت نفس را عنصری از خود پنداره می دانند که به قضاوت ما نسبت به تواناییهای بالقوه و بالفعل دلالت دارد. فردی که عزت نفس بالایی دارد خود پذیرا و خود ارزشمند است. روانشناسان اجتماعی عزت نفس را ارزیابی مثبت و منفی از خود می دانند. به طور کلی فرض می شود عزت نفس تا حدودی باثبات است. همچنین عزت نفس به عنوان یک احساس کلی از خود ارزش و کفایت شخصی یا به عنوان احساس عمومی پذیرش خود، خوبی و احترام به خود تعریف می شود(کوپر اسمیت [[10]](#footnote-10)، 1967، وایلی[[11]](#footnote-11) ،1990، شهرآرای، 1387). عزت نفس یا همان خود بزرگواری یکی ا ز خصوصیات مهم و اساسی شخصیت هر فردی را تشکیل می دهد و به طور حتم روی سایر جنبه های شخصی انسان اثر می گذارد و کمبود یا فقدان آن باعث عدم رشد سایر جنبه های شخصیت یا ناموزونی آنها خواهد شد و حتی ممکن است پایه گذار بیماریهای روانی گوناگونی مانند افسردگی، کمرویی و ترس و...شود(بیابان گرد1373).

تحقیقات نشان داده است که بچه هایی که دچار ناتوانی یادگیریی هستند احتمالا سیکل منفی از عزت نفس پایین را تجربه می کنند، انگیزه و پشتکارشان برای انجام تکالیف کاهش می یابد و این باعث می شود شکست بیشتری را تجربه کنند(کاور، بروکواسکی [[12]](#footnote-12)1999، گریز[[13]](#footnote-13)1994، گارنی1988[[14]](#footnote-14)، به نقل از کوزن1999[[15]](#footnote-15)).

**عزت نفس درقرآن مجید :**

قرآن مجید در سه مورد، همه را از آن خداوند می داند و می فرماید:

ولله العزه و لرسوله وللمومنین ؛(منافقون آیه، 8)یعنی اینکه عزت، مخصوص خدا و رسول او و مومنان است .

این آیات بیانگر آن است که خصلت عزت نفس، از صفات الهی است. آنان که دارایی این خصلت برزگ هستند، مظهر یکی از صفات الهی می باشند.

در قرآن آمده است که: لیتغون عندهم العزة فان العزه الله جمعیاً؛( نساء آیه 139) یعنی اینکه آیا آنان(منافقان عزت را نزد غیر خدا می جویند، با این که) قطعا همه عزت نزد خداست .

در جای دیگری از قرآن کریم آمده است که: من کان یرید العزّه فللّه العزّه جمیعا( فاطر آیه، 10) یعنی اینکه کسی که خوانان عزت است(باید از خدا بخواهند ، چرا که) تمام عزت برای خدا است .

با توجه به این آیات، پایه اساسی و شرایط اصلی تحصیل عزت، اعتقاد به خداست. بنابراین در کارها و برنامه ها ی غیر خدایی، هیچ گونه عزتی به دست نخواهد آمد.

عزت نفس درجه و ارزشی است که یک فرد برای خود قایل می شود. عزت نفس به منزله بیان تأیید یا عدم تایید فرد نسبت به خویشتن است و نشان می دهد که تا چه اندازه فرد خود را توانا، ارزنده و پر اهمیت می داند و به عبارت دیگر عزت نفس یک تجربه شخصی است که ترجمان آن را می توان در سطح گفتار و در سطح رفتار های معنادار مشاهده کرد. عزت نفس می تواند بالا يا پايين باشد. زماني كه خود ادراك شده و خودآرماني با يكديگر همتراز باشند، فرد از عزت نفس بالايي برخوردار است. بر عكس چنانچه خودآرماني با خود ادراك شده تفاوت فاحش داشته باشد، فرد از عز ت نفس پايين برخوردار خواهد بود. هرگاه فرد ارزيابي مثبتي از عملكرد خود داشته باشد، باعث افزايش عزت نفس وي مي شود در حالي كه فرد اگر ارزيابي منفي از عملكرد خود داشته باشد، عزت نفس او كاهش مي يابد جايگاه مهار سلامت باور فرد به اين امر است كه سلامت وي تا چه حد تحت كنترل عوامل دروني (خود) و يا بيروني )افراد موثر يا با نفوذ و ساختار اوليه جايگاه مهار سلامت از بخت و اقبال) مي باشد. در نظريه يادگيري اجتماعي گفته مي شود كه يادگيري در فرد بر پايه تقويت هاي گذشته انجام مي شود و طي آن افراد انتظارات خاص و عمومي را در خود شكل مي دهند. جايگاه دروني مهار سلامت با آگاهي و نگرش مثبت، وضعيت روانشناختي، رفتارهاي بهداشتي و سلامت همراه و همگام مي شود. در مقابل، بيشتر منابع بيروني جايگاه مهار سلامت( به خصوص افراد موثر و با نفوذ؛ بخت و اقبال) با رفتارهاي بهداشتي منفي و وضعيت روانشناختي ضعيف همراه مي شوند(مشکی و همکاران، 1387).

**عزت نفس کلی:**

ارزشیابی که شخصی نسبت به ارزشمندی خویش دارد در واقع عزت نفس قضاوت شخص به ارزشمندی وجود می باشد این خاصیت عمومی است و در همه انسان ها وجود دارد و نه یک حالت محدود گذرا بلکه ثابت و دائمی است( شاملو 1372).

**عزت نفس اجتماعی**:

احساسات و عقاید کودک در مورد خودش که به عنوان یک دوست برای دیگران دارد که کودکان، او را دوست دارند و افکار و عقاید او برای آنها ارزشمند است و او را در فعالیت هایشان شرکت می دهند و از ارتباط و تعامل با همسالان خود احساس رضایت می کند(بیابانگرد ، 1376).

**عزت نفس تحصیلی**:

مبتنی بر ارزش است که فرد به عنوان یک دانش آموز در رابطه با تحصیل و جایگاه تحصیلی اش دارا است، موفقیت های تحصیلی افراد باعث ارزیابی مثبت دراین زمینه خواهد شد( بیابانگرد،1376).

**مولفه های اساسی عزت نفس**:

پنج مولفه عزت نفس از دیدگاه جامع نگر«اینرونر» در ذیل مطرح شده است، توصیف موارد با استناد به عزت نفس بالا و پایین توسط بربا( 1989) مطرح شده است:

1-امنیت: احساسی از اطمینان قوی است که شامل این نکات می شود، احساس راحتی، وقوف در آنجا که از وی انتظار می رود، توانایی وابستگی به افراد و موقعیت ها و درک قواعد و محدودیت ها، دارا بودن احساس قوی امنیت( می توانم از پشتیبانی دیگران بر خودار شوم) پایه ای است که ساختار مولفه های دیگران برآن اساس پایه ریزی می گردد از این رو کودکان باید قبل از انجام هر عملی نسبت به آن اطمینان خاطر حاصل نمایند، چنانچه کودک احساس ناراحتی نماید( نسبت به آنچه که از من انتظار می رود مطمئن نیستم) در جذب مولفه های دیگر عزت نفس با مشکل مواجه خواهد شد.

2-خود پذیری: احساس فردیتی است که اطلاعاتی درباره خود و توصیف دقیق و واقع بینانه را بر حسب نقش ها، اسنادها و ویژگیهای جسمانی را در بر می گیرد. کودکانی که واجد خود پذیری قوی باشند( من خود را دوست دارم و می پذیرم) احساس فرد گرایی، شایستگی، کفایت و تحسین از خود دارند وکودکانی که احساس خود پذیری ضعیفی دارند( من خودم را دوست ندارم) در پذیرش خود فاقد اراده اند.

3-پیوند جویی: احساسی از پذیرفتن و مقبولیت است به ویژه در روابطی که مهم قلمداد می شوند، همچنین به معنای احساس پذیرفته شدن و مورد احترام قرار گرفتن از سوی دیگران به کار می رود. کودکانی که دارایی احساسات پیوند جویی قوی باشند(احساس تعلق داشتن) رابطه راحت و رضایتمندی با دیگران برقرار می کنند. حال آنکه احساس پیوند جویی ضعیف درکودک( کسی نمی خواهد با من باشد) منجر به انزوا طلبی و احساس بیگانگی وی خواهدشد.

4-شایستگی: این مولفه به احساس موفقیت و فضیلت در کارایی اشاره دارد و شامل وقوف بر نیرومندی ها، توانمندی ها و پذیرش ضعف ها نیز می شود. کودکانی که واجد احساس شایستگی می باشند( من احساس توانایی می کنم، بنابراین می توانم با هر خطری رو برو شوم).

5-تعهد: در این مولفه دارا بودن هدف وانگیزه درزندگی مورد نظر است به طوری که به خویشتن اجازه دهد تا اهداف واقع بینانه و قابل حصولی داشته باشد و در قبال پیامدهای تصمیمات خود احساس مسئولیت نماید.

**ماهیت عزت نفس:**

از آنجایی که عزت نفس مفهوم روانشناختی بسیار عام وگسترده ای است و در عین حال بسیار مهمی می باشد، والدین معمولاً تشویق به رشد ویژه آن را دشوار می یابند، مگر اینکه عزت نفس را به طور مشخص تعریف کنند. عزت نفس همان ارزیابی نفس است که برطبق معیارهای فردی خاص صورت می پذیرد. هر فرد، نقش آن معیارها را در تعیین ارزش انسانی خود بسیار تلقی می کند.

عزت نفس برای بقا و سلامت روانی انسان حیاتی است«عزت نفس» همیشه از ارزش ثابتی برخوردار نیست، بنابراین می توان بسته به شرایط جسمی(سلامت یا بیماری)، تجربه ها زندگی(موفقیت یا شکست)و حالات روحی(شاد یا غمگین) مثبت و منفی نوسان داشته باشد. عزت نفس یکی از ملزومات عاطفی زندگی است و بدون آن بسیاری از نیازهای اساسی برآورده نمی شوند(گرین برگ و همکاران 1992). در واقع، عزت نفس بعد ارزیابانه خود پنداره، توصیف فرد از خود است و اشاره به این داردکه چگونه خود را ارزشیابی می کنیم. برای انسان این امکان وجود دارد که رنگها، صداها، شکلها و احساسهای خاصی را دوست نداشته باشد. اما اگر فرد بخشهای از خود را دوست نداشته باشد، ساختار روانی او به شدت آسیب می بیند.

**نظریات مرتبط با عزت نفس:**

جامعه شناسان و روان شناسان بصیرت ها و رهنمودهای عمده ای را برای مطالعه عزت نفس ارائه داده اند وعزت نفس را یک مورد مهم می دانند بر نظریات برخی از آنها به طور اختصار اشاره می کنیم:

**نظریه ی جمیز[[16]](#footnote-16) :**

کوپر اسمیت[[17]](#footnote-17) در رابطه با نظریه جمیز(1967) از اولین کسانی است که در مورد عزت نفس نگاشته است به اعتقاد وی آرزوها و ارزشهای انسان نقش اساسی درتعیین اینکه آیا خود او را مطلوب می پندارد یا نه دارند احساس فرد دراین دنیا کاملاً به آنچه می خواهد باشد یا انجام می دهد بستگی دارد. وی می پنداشت که قضاوت فرد در مورد ارزش خود تابعی از موقعیتهای و کمالات وی نست به آنچه ادعا یا آرزوی خوب انجام دادن آن را دارد. اگر فرد به هیچ وجه به ریاضیات خود بنالد عملکرد ضعیف در امتحان ریاضی عزت نفس او هیچ تاثیری نخواهد گذاشت. جمیز این موضوع را با طرح کلی فرمول عزت نفس ابراز نموده است: عزت نفس= موقعیت / آرزوها یا انتظارات.

بر اساس فرمول فوق اگر در زمینه ارزشمند پیشرفت به آرزوها نزدیک باشد یا به آن زمینه دست یابیم نتیجه آن عزت نفس بالاست. اگر اتلاف زیادی بی پیشرفت وآروزها وجود داشته باشد، خود را ضعیف می دانیم(کوپر اسمیت 1967).

**نظریه ی مید[[18]](#footnote-18) :**

کوپر اسمیت (1967) درباره نظریه مید می گوید او به عنوان جامعه شناس توجه اش به فرایندی بودکه در اثر آن فرد عنصر سازگار اجتماعش می شود. مید نتیجه می گیرد که درجریان این فرایند فرد ایده ها و نگرش های ابراز شده توسط افراد مهم زندگی اش را درونی می نماید. اعمال و نگرش های او را مشاهده می کند و آنها را اغلب بدون شناخت پذیرفته و مثل اینکه از آن خود می دارد. او نگرش خودش را کسب می کند که با نگرش هایی که افراد مهم در زندگی او ابراز کرده اند هماهنگ است و با درونی کردن واکنش دیگران نسبت به خودش آنگونه که آنان برای او ارزش قائل اند برا ی خودش ارزش قائل می شود و خودش را تا حدی که آنها او را طرد کرده نادیده گرفته و باور می کند چیزهایی را که دیگران به او نسبت می دهند. از گفته های مید استنباط می گردد که عزت نفس تا حدی از ارزیابی منعکس شده دیگران ناشی می شود هیچ انسانی در ارزیابی از خود یک جریره ی تنها نیست که فقط خودش قائل است، افرادی در زندگی او بوده اند که با توجه به احترام با او رفتار نموده اند و اگر او خود را دست کم می گیرد ا فراد مهم دیگر به صورت یک شی با او رفتار نموده اند تفکر و نحوه ی رفتار افراد مهم کلید اصلی نظریه مید در مطالعه عزت نفس است.

**نظریه ی کولی:**

گی ریش[[19]](#footnote-19) (1989) درباره ی نظریه کولی می نویسد او همانند مید از دید جامعه شناسی به فرد نگاه می کند ونقش محیط را بسیار مهم می داند. او خود را جنبه ی اجتماعی شخصیت توصیف می کند و در بحث مفهوم خود بیان می نماید که اصولاً خود و جامعه دو پدیده همانند هستند که در یک ارتباط متقابل شکل می گیرند. آگاهی شخص ازخودش بازتاب افکار دیگران است.

آلبرخت(1986) می گوید ازنظر کولی از طریق پاسخ ها یا به طور متداولتر تغییر و یا تفسیر پاسخ های که شخصی از دیگران دریافت می کند شکل می گیرد. درست همان طور که ما چهره مان را آئینه می بینیم خودمان را در آئینه اجتماعی تحت تاثیر واکنش دیگران به وجود مان صحبت هایمان و نیازهایمان می بینیم و این همان است که کولی آئینه خود نامیده است. به اعتقاد وی سه گام در رشد آئینه خود نما وجود دارد:

1-تصویر ظاهر شخص در نظر دیگران( آیا مرا چاق می بینید یا لاغر).

2-تصویرقضاوت دیگران درنظر دیگران(آیا ظاهر مرا مثبت ارزیابی می کنی یا منفی).

3- نتایجی که در آن مورد احساس می کند(غرور، حجالت، تحقیر ).

بنابرین اگر افراد احساس کنند که دیگران به طور منفی به آنها پاسخ می دهند این می تواند به شدت به مفهوم خود آنها تاثیر بگذارد مگر اینکه دیگران تصویب و پذیرش را به آنها بدهند.

**نظریه ی سالیوان:**

پیرسون(1977) می گوید«سالیوان از عزت نفس بر اساس نیاز به امنیت بین فردی نظر می دهد. طبق این نظریه ارزش خود با احساس توان فرد برای اجتناب از نا امنی بین فرد بالا می رود».

اسمیت(1977) عنوان می کند که سالیون معتقد است فرد به طور مداوم در مقابل از دست دادن عزت نفس از خود دفاع می کند زیرا این فقدان اضطراب ایجاد می نماید در واقع فرد نیازمند است، دفع اضطراب کند زیرا اضطرابی را که در اثر تهدیدات بر عزت نفس(از طریق طرد یا ارزیابی منفی دیگران) حاصل شده است دفع نماید. زیرا اضطراب یک پدیده فردی است. هنگامی اتفاق می افتد که فرد انتظار طرد یا تحقیر شدن به وسیله دیگران را دارد یا واقعاً به وسیله خود یا دیگران طرد یا تحقیرشود.

سالیوان همچنین درمورد اینکه فرد چگونه یاد می گیرد که تهدید به عزت نفس خود را تقلیل دهد یا بی اثر نماید صحبت نموده است افراد می آموزندکه با سبک های مختلف و درجات مختلف با چنین تهدید های روبرو می شوند. توانایی اجتناب با کاهش از دست دادن عزت نفس در حفظ سطح نسبتاً بالا ومطلوب عزت نفس مهم می باشد. گر چه سالیوان در مورد اینکه این توانایی چگونه به وجود می آید. بحثی به عمل نمی آورد ولی می پندارد که تجربیات اولیه خانوادگی اش نقش مهمی را ایفا می نماید. او بر بنیاد بین فردی عزت نفس یعنی اهمیت ویژه والدین وخواهران و برادران و اهمیت روش های کاهش دهنده حوادث تحقیر کننده تاکید کرده است.

به اعتقاد پروین[[20]](#footnote-20)(1379) تاکید سالیون بر تاثیرات اجتماعی از نظریه های او درمورد رشد انسان مشهود است. این نظریات در تاثیرات بین فرد و در تاکید مراحل مهم رشد یعنی بعد از عقده ادیب به اریکسون است. مخصوصاً تاکید سالیون بر دوره نوجوانی و قبل از نوجوانی شایان ذکر است.

در خلال مرحله نوجوانی تجارت کودک با دوستان ومعلمان خود با تاثیرات والدین رقابت می نماید. مقبولیت اجتماعی اهمیت پیدا می کند، اعتبار کودک در میان دیگران منبع مهمی برای عزت نفس با اضطراب می شود.

**نظریه ی روزنبرگ:**

پترسون(1977) درباره نظریه ی روزنبرگ می گوید او با ابراز موضعی شبیه جمیز فرض می کند که فرایند قضاوت فرد درباره ارزش خود را می توان طی سه گام مورد تحلیل قرار داد:

1-فرد ابعادی را که بر اساس آن درباره ی خود قضاوت می نماید انتخاب می نماید مثلا قضاوت درمورد یک توانایی ورزشی یا تحصیلی.

2- فرد خودش را در این ابعاد ارزیابی می نماید. مثلاً من یک ورزشکار بد و یا دانش آموز ضعیف هستم.

3- اینکه فرد این ارزیابی را برحسب ارزش خود تقسیر می نماید مثلاً من یک ورزشکار و یا دانش آموز ضعیف هستم ما با وجود این یک انسان ارزشمند هستم. کوپر اسمیت(1967) درباره می گوید روزنبرگ مطالعات وسیعی درباره پیشایند های عزت نفس انجام داده است تحقیق او گامی مهم در روشن کردن بسیاری ار شرایط اجتماعی همراه با افزایش یا کاهش عرت نفس نشان می دهد.

**نظریه ی هورنای[[21]](#footnote-21):**

هورنای دربحث دفاع درمقابل اضطراب بر عزت نفس تاکید می کند. اما درمورد دفاع ها می گوید که کی روش رویایی با اضطراب تشکیل تصویر آرمانی از ظرافتهای افراد است در واقع فرد برای غلبه بر اضطراب باید عزت نفس، خود را تقویت نماید و برای تقویت عزت نفس باید تصویر آرمانی بسازد. این تصویر آرمانی بهر دلیل عالی و بلند پایه بودن اثر تقویت و عزت نفس را دارد. اما چنانچه این تصویر آرمانی غیر واقع بینانه باشد و به آن نرسد منجر به نارضایتی می شود. بدینسان تصویر آرمانی نقش مهمی در اینکه فرد خود را چگونه ارزیابی می نماید. تصویر آرمانی هورنای از آرزوهای جمیز متفاوت است زیرا تصویر آرمانی(هورنای) ضرورتاً ناشی از احساسات منفی است ولی آرزوها( جیمز) ممکن است از احساسات مثبت یا منفی برخیزد.

**نظریه ی آدلر[[22]](#footnote-22):**

آدلر( 1956-1927) در مقایسه با دیگر نظریه پردازان بر اهمیت ضعیف و با تواناییهای واقعی که منجر به عزت نفس پایین می شود تاکید بیشتری نموده است. کوپر اسمیت( 1967) درباره نظریه ی آدلر می گوید: او در ابتدای کار تصور می نماید که احساس حقارت در حول و حوش اعضا الگو های مشخصی از رفتار که واقعاً نقص دارند به وجود می آید این نقص های واقعی(مثل کوری، ضعف جسمانی و....) ممکن است احساس ناکفایتی را به وجود آورند. اما بعداً آدلر این نقایص وناتوانیها را حقارت عضوی نامیده از تعریف اجتماعی و فردی احساس حقارت متمایز می نماید.

آدلر به شرط و پیشایند را که ممکن است پیامد های تاسف باری در رشد عزت نفس داشته باشد ذکر می کند:

اول حقارت های عضوی و تفاوت اندازه و قدرت این شرایط تا حدی زیادی غیر قابل اجتناب می باشد اما به علت اینکه اثرات برانگیختگی دارند می توان منجر به نتیجه مطلوب گردند. او مفروض می دارد که احساس حقارت ناگزیر در تجربیات دوران کودکی هر فرد به وجود می آید.

پیشایند دوم که مهم نیز می باشد عبارت است از عدم دریافت میزان مناسب پذیرش و حمایت وتشویق از والدین و دوستان نزدیک می باشد. کودکان دارایی حقارت عضوی با دریافت پذیرش و حمایت می توانند ضعفها را جبران و به قوت تبدیل نمایند اما آنها بدون چنین حالتی ناامید و پریشان می شوند.

پیشایندسوم: افراط زیاد در حمایت و پذیرش است. در صورتی که آدلر معتقد است به اثرات سودمند حمایت و پذیرش می باشد ولی در مورد اثرات تخریبی افراط زیاد اخطاری می دهد او معتقد است که کودکان نازپرورده به میزان غیر واقع بینانه ای از ارزش دست خواهند یافت. آنها خود محور و طلبکارانه می باشند و خواهان شرکت در روابط دو جانبه اجتماعی نیستند و یا آمادگی آن را ندارند.

**سلامت روان:**

ریشه لغوی واژه انگلیسی «health» در واژه های«haelth» ،«haelp» به معنی کل و (heal) «haelen» انگلیسی قدیم و کلمه آلمانی قدیم «heilen» و «heilida» به معنی کل قرار دارد.

گراهام [[23]](#footnote-23)1(1992) این ریشه لغوی را با کلمات انگلیسی «halig» و آلمانی قدیم «heilig» که به معنی مقدس است ارتباط داده است. بنابراین از نظر ریشه شناسی لغوی سالم بودن به معنی کلیت داشتن یا مقدس بودن است بدین ترتیب شامل ویژگی های معنوی و فیزیکی است. از نظر سارتریوس سلامتی غیر قابل رویت است. و مستلزم تظاهر کارکرد بخش های مستقل روانی جسمی و اجتماعی است. مانی این رویکردهای کل نگر در مورد سلامتی را به کل جهان گسترش می دهد و سلامتی بشر را از سلامتی سیاره زمین جدایی ناپذیر می داند. تودور(1996) سلامتی روان را به شرح زیر تعریف می کند. سلامت روان شامل: توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره وری و بدون وجود دردسر است. سلامت روان مفهوم انتزاعی و ارزیابی نسبی گری از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش هایش است و نمی توان آن را جدای از سایر پدیده های چند عاملی فهمید که فرد را به موازاتی که در جامعه به عمل می پردازد، می سازند. سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان هایی که موثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی رفتار ملاحظه گرانه و گرایش شاد را حفظ می کنند. سلامت روان عنوان و برچسبی است که دیدگاه ها و موضوعات مختلف مانند: عدم وجود علایم احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را در بر می گیرد. برای ارائه یک تئوری در مورد سلامت روان، موفقیت برون روانی کافی نیست باید سلامت درونی روانی را به حساب آوریم. سلامت روان ظرفیت رشد و نمو شخصی می باشد. و یک موضوع مربوط به پختگی است. سلامت روان یعنی هماهنگی بین ارزش ها، علایق ها و نگرش ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه برنامه ریزی واقع بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است. سلامت روان، سلامت جسم نیست بلکه به دیدگاه و سطح روانشناختی ارتباطات فرد، محیط اشاره دارد. بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله روان انجام می شود. سلامت روان ظرفيت كامل زندگي كردن به شيوه اي است كه ما را قادر به درك ظرفيتهاي طبيعي خود مي كند و به جاي جدا كردن ما از ساير انسانهايي كه دنياي ما را مي سازند، نوعي وحدت بين ما و ديگران بوجود مي آورد .سلامت روان، توانايي عشق ورزيدن و خلق كردن است، نوعي حس هويت بر تجربه خود به عنوان موضوع و عامل قدرت فرد، كه همراه است با درك واقعيت درون و بيرون از خود و رشد واقع بيني و استدلال.

**سلامت روانی:[[24]](#footnote-24)1**

پیش از پرداختن به تعریف سلامتی روانی لازم است به یک نکته اشاره نماییم. سه واژه ی« بهداشت روانی» و«سلامت روانی» و « بهزیستی روانی[[25]](#footnote-25)2»گر چه دارای معانی متفاوتی هستند، ولی در مواردی بجای یکدیگر به کار می روند(هرشن سن[[26]](#footnote-26)3 و پاور[[27]](#footnote-27)4، 1988،ترجمه منشی طوسی،1374).

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این طور تعریف می کنند: «سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب»( میلانی فر،1376).

بهداشت روانی یک زمینه تخصصی در محدوده ی روانپزشکی است و هدف آن ایجاد سلامت روان بوسیله پیشگیری از ابتلاء به بیماریهای روانی، کنترل عوامل موثر در بروز بیماریهای روانی، تشخیص زودرس بیماریهای روانی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماریهای روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. پس بهداشت روانی علمی است برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیش آمدهای زندگی ( میلانی فر،1376).

**تعریف سلامت روانی:**

سلامت روانی را می توان براساس تعریف کلی و وسیع تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به طور گسترده ای تغییر یافته است. عمر طولانی تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلاء به بیماریهای مهلک با کشف آنتی بیوتیک ها و پیشرفتهای علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است. بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تاثیر می گیرد و بر آنها تاثیر می گذارد. بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می کند که فرد با خود وسبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور براین است که فرد باید بر زندگی اش کنترل داشته باشد وفقط در چنین حالتی است که می توان آن قسمت هایی را که در باره ی خود یا زندگی اش مساله ساز است تغییر دهد(هرشن سن و پاور،1988، ترجمه منشی طوسی،1374 ).

یهودا ( 1959، به نقل از منشی طوسی،1374 ) مواردی را برای تعریف سلامت روانی ارائه کرد:

الف) نگرش مثبت به خود ب) میزان رشد، تحول و خودشکوفایی

ج) عملکرد روانی یکپارچه د) خود مختاری یا استقلال شخصی

ه) درک صحیح از واقعیت و) تسلط بر محیط

دیگران نیز موارد دیگری را ارائه دادند ولی از نظر اسمیت[[28]](#footnote-28)1( 1961، به نقل از منشی طوسی، 1374 ) همه ی این موارد، مفاهیم اصلی یکسان را برداشتند. بنابراین وی پیشنهاد کرد به جای شمردن اینگونه موارد بهتر است ابعاد بهداشت روانی بر اساس اصول زیر انتخاب شود:

الف) نشان دادن ارزش های مثبت بشری ب) داشتن قابلیت اندازه گیری و تشخیص

ج) داشتن ارتباط با نظریه های شخصیت د) مرتبط بودن با بافت های اجتماعی که برای آن تعریف و مشخص شده اند.

به این ترتیب، متخصصان بعدی کارشان را روی مفاهیمی کلی از قبیل بهنجار بودن یا بهزیستی متمرکز کردند. امروزه مفهوم مقابله[[29]](#footnote-29)2 به منزله ملاک سلامت روانی به نوشته های رشته های تخصصی گوناگون بهداشت روانی راه یافته است(هرشن سن و پاور،1988، ترجمه منشی طوسی، 1374). بعضی از محققان معتقدند سلامت روانی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می تواند با جامعه کنار بیاید. سلامت روانی به معنای احساس رضایت، روان سالمتر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است(کاپلان و سادوک، 1999، ترجمه پور افکاری ،1376).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی، و حل مناسب و منتطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی، به طوری که فرد بتواند از مجموعه تضادها ترکیبی متعادل به وجود آورد، می داند. طبق تعریفی که این سازمان ارائه می دهد، وظیفه اصلی بهداشت روانی، تامین سلامت روان است تا به مدد آن بتواند قوا و استعدادهای روانی را پرورش داد. در واقع، بهداشت روانی مبتنی بر سه پایه است:

الف)حفظ و تامین سلامت روان ب)ریشه کن ساختن عوامل بیماری زا و پیشگیری از ابتلاء به بیماریهای روانی ج)ایجاد زمینه ی مساعد برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت نهفته در آنها(سامی کرمانی، 1354 ).

به طور کلی شخص دارای سلامت روان می تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می رسد تعریف رضایت بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است. بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد(بنی جمال واحدی،1370).

**تعریف بهداشت روان در فرهنگهای مختلف:**

بهداشت روان سازش با فشار های مکرر زندگی می باشد و سازگاری عبارت است از ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط به گونه ای که ضمن حفظ تعادل روانی یا در ارتباط با تغییرات و دگرگونیهای محیط خودش نیز به تطابقی موثر و سازنده دست یابد لذا هر فرد به طور موفقیت آمیز باید خود را به محیط سازگار نماید و عموماً ناگزیر است که با زندگی نسبتاً سازش موثر داشته باشد ولی باید توجه داشت که هرکس دارای ظرفیت مشخص جهت تحمل فشارهای زندگی روزانه است وجود فشارهای عاطفی گوناگون خطر از هم پاشیدگی روان را افزایش خواهد و به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود و فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ نماید.

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقیعتهای اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضا کننده نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد فطری خویش می باشد. فردی از سلامت روان برخودار است که قادر باشد تا عقده های درونی خود را حل و فصل کند و با تغییرات و مقتضیات محیط طبیعی و اجتماعی خویش سازگار باشد و تلاش کند تا تندرستی و نشاط برای خود و دیگران فراهم سازد زیرا سلامت روان حالتی مساعد برای رشد و نمو از جهت بدنی، عاطفی و شعوری، بدون ایجاد مزاحمت برای دیگران است(آقاجانی وهمکاران 1381).

سازمان بهداشت جهانی [[30]](#footnote-30)1سلامتی را اینگونه تعریف کرده است که آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری می داند و همچنین این سازمان، ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در راستا تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تاکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد(سازمان بهداشت جهانی، 1990).

مفهوم بهداشت روانی در فرانسه شعبه ای از بهداشت عمومی تلقی شده وهدف آن حفظ سلامت روح و پیشگیری از ایجاد عوامل ناراحت کننده نظیر خستگی روانی و هیجانات شدید، اعتیاد و بالاخره از ابتلا به حالات ساده روانی( نوروزها[[31]](#footnote-31)1) و یا حالات عمیق روانی( سایکوزها[[32]](#footnote-32)2) می دانند.

مفهوم بهداشت روانی بر اساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا[[33]](#footnote-33)3 کاربرد و معیار و ضوابطی است که از شیوع بیماریهای روانی کاسته و سلامت روان افراد اجتماع را تامین نماید. این ضوابط شامل اقدامات و تدابیری در طب پیشگیری، تشخیص، درمان بیماری ها روانی و تسریع در برگشت آنها به اجتماع است.

سازمان بهداشت جهاني، سلامت روان را چنين تعريف كرده است بهداشت روانی در درون مفهوم كلي بهداشت جاي مي گيرد و بهداشت يعني، توانايي كامل براي ايفاي نقشهاي اجتماعي، رواني، جسمي و بهداشتي، سلامتي تنها در نبود بيماري يا عقب ماندگي نيست تعريف گينز برگ در مورد بهداشت رواني عبارت است از تسلط و مهارت در ارتباط با محيط، بخصوص در سه فضاي زندگي، عشق، كار و تفريح**.**  استعداد يافتن و ادامه كار، داشتن خانواده، ايجاد محيط خانوادگي خرسند، فرار از مسائلي كه با قانون درگيري دارد، لذت بردن از زندگي و استفاده صحيح از فرصتها، ملاك تعادل و سلامت روان است(ميلاني فر1374 به نقل از تودور1966). تعريف سلامت روان را براساس ادبيات موضوع وابسته به هفت ملاك مي داند كه عبارتند از 1- فقدان بيماري 2-رفتار اجتماعي مناسب 3- رهايي از نگراني و گناه-4 كفايت فردي و خود مهارگري 5- خويشتن پذيري و خود شكوفايي 6- تفرد و سازمان دهي شخصيت و7-گشاده نگري و انعطاف پذيري. به نظر تودور، با توجه به ادبيات موجود نمي توان باقاطعيت از ملاكهاي پذيرفته شده جهاني براي سلامت روان سخن گفت: بنابراين، سلامت روان از ديدگاه هاي گوناگوني تعريف مي شود و هر تعريفي از سلامت روان، فرضيه هاي فرهنگي ذاتي خود را داراست(لطافتی بریس،1388).

همه متخصصان متفق القولند که سلامت روان در تحول شخصیت واحد نقشی بنیادین است. تصور تحول موزون انسان بدون وجود سلامت روان غیر ممکن است. بی شک عوامل متعددی بر سلامت روان تاثیر می گذارد که فهرست کردن همه آنها دشوار است چرا که وجود تفاوتهای فردی ممکن است به تنوع در عوامل موثر بر سلامت روان بینجامد با این حال، یافته های حاصل از پژوهش ها در زمینه های زیست شناسی و عوامل اجتماعی دانش، ما را درباره عواملی که ممکن است سلامت روان تحت تاثیر قرار دهند وسعت بخشیده اند(اینترنت، مقاله روانشناسی موفقیت به سوی سلامت روان).

**اصول بهداشت روانی:**

چنانکه قبلا ذکر شد، هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری است و این منظور به وسیله ایجاد محیط فردی واجتماعی مناسب حاصل می گردد. بنابراین برای هر فرد لازم است که با اصول بهداشت روانی آشنایی داشته باشد. اصول اساسی بهداشت روانی عبارت است از:

الف) احترام به شخصیت خود و دیگران: یکی از شرایط اصولی بهداشت روانی احترام به شخص خود است و اینکه فرد خود را دوست بدارد و به عکس، یکی از علایم بارز غیر عادی بودن، تنفر از خویش است. اصول بهداشت روانی مبتنی بر تقویت افراد است، نه تخریب شخصیت آنها، بر اساس این اصول باید نسبت به دیگران اغماض و بردباری داشت و به عوض تنبیه، تشویق را پیش بینی کرد و خلاصه اینکه، برای شخصیت افراد احترام قائل شد.

ب) شناخت محدودیت های خود و دیگران: یکی از اصول مهم بهداشت روانی، روبرو شدن مستقیم با واقعیت زندگی است. برای رسیدن به این مقصود، نه تنها لازم است که عوامل خارجی را شناخته و بپذیریم، بلکه ضروری است تا شخصیت خود را آن طور که واقعا هست قبول نمائیم. کشمکش و خصومت با واقعیت اغلب سبب بروز اختلال روانی می گردد. شخص سالم در عین حالی که از خصوصیات مثبت و بر جسته ی خود استفاده می کند، به محدودیت ها و نواقص خود نیز آشنایی دارد. البته باید خاطر نشان کرد که اگر چه خودشناسی کاری دشوار است، ولی شناختن دیگران دشوارتر است، زیرا افراد بشر از خیلی جهات با یکدیگر متفاوتند.

ج)پی بردن به علل رفتار: در هر عملی باید اصل علت و معلول حکمفرما باشد زیرا که از نظر علم، هیچ پدیده ای خود به خود به وجود نمی آید. از نظر علمای روان شناسی، رفتار خوب و بد وجود ندارد، بلکه هر رفتاری عللی دارد و اگر رفتاری برای فرد و جامعه مضر باشد، باید مانند برطرف کردن مرضی جسمی، سعی بر درمان آن نمود، بنابراین اولین قدم برای از بین بردن اختلال رفتار، یافتن دلیل آن است.

د) درک اینکه رفتار، تابع تمامیت فرد است: رفتار بشر تمامیت وجود اوست. بدین معنی که هر انسانی بر اثر ارتباط خصوصیات روانی و جسمی خود دست به انجام عمل می زند. هیچ رفتاری جداگانه و در خلاء نجام نمی گیرد و هیچ عملی مستقل از سایر اعمال و خصوصیات موجود بروز نمی کند. مثلا ناراحتی های جسمانی، اختلالات روانی را باعث می شود و بالعکس، نارسائی های روانی سبب بروز علایم جسمانی خواهد شد.

ه) شناسایی احتیاجات اولیه ا ی که سبب ایجاد رفتار و اعمال انسان می گردد: بهداشت روانی مستلزم دانستن و ارزش دادن به احتیاجات اولیه ی افراد بشر است. بعضی از این احتیاجات جسمانی است، مانند نیاز به آب و غذا و گروهی از آنها روانی می باشد مانند احتیاج به پیشرفت. بشر دائما تحت تاثیر این نیازهاست و به نسبت محرومیت و یا ارضاء آنها رفتار می کند، بنابراین زندگی او هیچ وقت در حالت سکون مطلق نیست، بلکه دائما در کشمکش و تلاش برای به دست آوردن غذا، آب، مسکن و عشق به پیشرفت موقعیت اجتماعی و امنیت جسمی و روانی است. شخصی که این اصول را بداند و بپذیرد، واقع بینانه با مشکلات زندگی مقابله کرده و دارای سلامت روانی خواهد بود( شاملو،1376).

**خصوصیات افراد دارای سلامت روانی:**

بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی، افراد دارای سلامت روانی دارای خصوصیات زیر هستند:

آنان احساس راحتی می کنند، خود را آنگونه که هستند می پذیرند، از استعدادهای خود بهره مند می شوند، نگرانی، ترس واضطراب و حسادت کمی دارند و دارای اعتماد به نفس می باشند. سیستم ارزشی آنان از تجارب شخصی خودشان سرچشمه می گیرد. احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، به علایق افراد دیگر توجه می کنند و نسبت به آنها احساس مسئولیت نشان می دهند. سعی نمی کنند بر دیگران تسلط یابند. آنها با مشکلات روبرو می شوند و نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند. محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل می دهند و تا آنجا که ضرورت دارد با آن سازگار می شوند(بنی جمال واحدی،1370).

تحقیقات متعددی در خصوص سلامت روانی انجام گرفته است که برخی از این تحقیقات رابط بین سلامت روانی و خانواده و همچنین ازدواج مجدد را مورد بررسی قرار داده اند، پس لازم است تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته است مورد بررسی قرار گیرند.

در مطالعه ای که تحت عنوان مقایسه ی بهداشت روانی بین دانشجویان مجرد و متاهل خوابگاهی انجام گرفت به شرح زیر می باشد. نمونه تحقیق مذکور120 نفر(60 نفر مجرد و60 نفر متاهل ) می باشد که به صورت تصادفی انتخاب شده اند و نتایج نشان داد که بین دانشجویان مجرد و متاهل نمره کل سلامت روانی(یعنی از نظر اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی) تفاوت معنی داری وجود ندارد. محقق علت معنی ندار بودن دو گروه از لحاظ سلامت روان را به علت وجود عوامل مزاحم مانند نمونه های انتخاب شده هر دو گروه خوابگاه دانشجویی زندگی می کنند و چون هر دو گروه از خانواده همسرشان دور هستند وهمچنین مشکلات مربوط به خوابگاه ها و مشکلات خاص خود دانشجویان می داند(اختیاری امیری،1383).

در تحقیقی که تحت عنوان: بررسی رابطه ی عملکرد خانواده و سلامت عمومی فرزندان انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین عملکرد خانواده به طور کلی و سلامت عمومی دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد. از میان متغییرهای عملکرد خانواده، بین میزان همبستگی خانواده و سلامت عمومی دانش آموزان رابطه مثبت و معنی داری به دست می آمد. بین میزان ابزار و بیان خود و سلامت عمومی دانش آموزان نیز رابطه ی مثبت و معنی داری مشاهده شد. نتایج بدست آمده چه در ابعاد نظری وچه در بعد تحقیقاتی نشانگر این است که نحوه ی تعاملات درون خانواده با میزان سلامت عمومی فرزندان آنها در ارتباط است(حنانی،1383).

در تحقیق دیگری که تحت عنوان: ارتباط بین سازگاری خانواده با سلامت روانی و سطح رضاء نیازهای روانشناختی فرزندان نوجوان انجام گرفت. نتایج نشان داد که عملکرد خانواده در ابعاد شش گانه حل مشکل، ارتباط نقش همراهی عاطفی و کنترل عاطفی و نیز عملکرد با مشکلات روانی(شکایت جسمانی، ناسازگاری اجتماعی، اضظراب و افسردگی) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به صورتی که هر چه عملکرد خانواده ضعیف تر باشد مشکلات روانی نیز بیشتر خواهد شد. همچنین عملکرد با میزان احساس نیازهای روانی، آزادی عمل، شایستگی و ارتباط، همبستگی منفی معناداری داشت. به صورتی که هر چه عملکرد خانواده ضعیف تر باشد، عدم ارضای نیازهای روانی، ارتباط، شایستگی و آزادی عمل نیز بیشتر خواهد بود. یافته دیگر نشان داد که عملکرد کل، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی خانواده ها با مقیاس ،تفاوت معنی داری نداشت، اما حل مشکل ارتباط کنترل رفتار و نقش ها با جامعه، تفاوت معنی داری داشت و ضیعف تر بود. نتایج تحقیق بیانگر اهمیت تاثیر پذیری فرزندان از ناساگاری والدین و محیط ناآرام خانواده بود ونتایج نشان داد که چنانچه خانواده به وظایف خود عمل نکند، سلامت روانی روزه مره فرزندان، ارتباط کلامی و غیر کلامی اعضاء الگو های رفتاری مناسب و نهایتاً تعیین قواعدی برای کنترل رفتار، دارای عملکرد ضعیف هستند.(رحیمی نژاد و پاک نژاد، 1383).

در پژوهشی که در شهر اهواز تحت عنوان: مقایسه ی سلامت روان زنان در خانواده های تک همسره با زنان در خانواده های چند همسری انجام گرفت. نتایج نشان داد که احتمالاً فشار روانی ناشی از چند همسر داشتن یک مرد، بتدریج تعادل روانی زنان چنین خانواده هایی را بر هم زده و آنها را مستعد ابتلاء به بیماریهای روانی می کند. آشتفگی ناشی از بر هم خوردن شکل طبیعی خانواده منجر به عقاید ضد سازشی و کاهش رضایت از زندگی، عصانیت، عدم کنترل رفتار و ... خواهد شد.(زارعی و همکاران، 1383).

همچنانکه در جریان طبیعی رشد جوانان در صدد تثبیت هویت بزرگسالانه ای برای خود هستند سطوح مختلف افسردگی و استرس مرتبط با مشکلات در میان نسل جوان در حال گسترش است علاوه بر این اسمیت[[34]](#footnote-34)1 و راتر[[35]](#footnote-35)2 (1995) گزارش کرده اند که از سال 1945، اختلالات روانی، اجتماعی که در برگیرنده ی افسردگی، اختلالات تغذیه، و رفتار های خودکشی است در بزرگسالان به طور اساسی شیوع بیشری یافته است. همچنین بر اساس گزارش سازمان بهداشتی، طی ده سال گذشته، تعداد جوانانی که بیمار تشخیص داده شده و به بیمارستان های روانی ارجاع داده شده اند افزایش قابل ملاحظه ای یافته است. پژوهشی که روی جوانان 18 ساله در اسکاتلند انجام شده است نشان می دهد که 3/1 پسران و 5/2 دختران دارای اختلالات روانشناختی هستند(بهرامی احسان، 1381).

نتایج مطالعه ات تطبیقی که در سه کشور اروپایی انجام شده است حکایت از آن دارد که حدود 27 درصد افراد از افسردگی رنج می برند. همچنین کاچر[[36]](#footnote-36)3 (1994) گزارش کرده است که بین10 تا 15 درصد جوانان دارای مشکلات رجدی هیجانی، رفتاری هستند(بهرامی احسان،1381).

**عوامل موثر در تامین سلامت روان:**

روان انسان هم تابع عوامل عضوی، روانی و اجتماعی و ارتباط عوامل مذکور با یکدیگر می باشد. به عبارت دیگر محیط طبیعی و محیط انسانی تنظیم کننده سلامت روان است و مقصود از محیط طبیعی عوامل هادی مثل بهداشت، آنان برای حفظ و سلامت روان خود می باید از جهات مختلف روانی دقیقاً تحت کنترل و مراقبت خود و دیگران قرار گیرد.

**نقش خانواده در تامین سلامت روان:**

پایه های ریشه روانی و رفتار اجتماعی کودکان و احساس ایمنی و ارضای عاطفی در سالهای نخستین کودکی پایه ریز ی می گردد اولین محیط اجتماعی برای انسان خانواده است که درآن شخصیت هر فرد پایه گذاری می شود و خانواده دو امر مهم را برعهده دارد یکی ساخت فرد به عنوان یک انسان و دیگری انتقال میراث انسانها به نسل بعدی است. درخانواده افراد تشریک مساعی می کنند. تحت تاثیر یکدیگر قرار می گیرند و موجبات نمودپیشرفت شخصیت کلیه افراد در خانواده فراهم می شود. خانواده می بایست کانون گرم و محبت آمیز به وجود آورد و زندگی خود را بر مبنای محبت و پذیرش، احترام متقابل و زندگی مسالمت آمیز بنا کند. زیرا خانه اولیه مرکز آموزش اخلاقی، تربیتی ،اقتصادی، مذهبی،هنری و بهداشتی انسان است، عدم توجه والدین به سالم سازی محیط روانی و عاطفی کودکان و نوجوانان و فقدان روابط مناسب در بیشتر موارد آنان را با کمبود های عاطفی و مشکلات روانی گوناگون روبرو می سازد و احتمال اینکه این کودک در آینده به اختلالات رفتاری و روانی خانواده، انگیزه اصلی آشفتگی های روانی و نشر خوبیهای مثل عصیان های جوانی فحشا و اعتیاد دانسته شده است.

**نظریات مرتبط با سلامت روانی:**

جامعه شناسان و روان شناسان بصیرت ها و رهنمودهای عمده ای را برای مطالعه سلامت روانی ارائه داده اند و سلامت روانی را یک مورد مهم می دانند بر نظریات برخی از آنها به طور اختصار اشاره می کنیم:

**نظریه ی زیگموند فروید:**

به عقیده فروید ویژگی های خاصی برای سلامت روانشناختی ضرورت دارد. نخستین ویژگی هشاری (خود آگاهی) است. بعضا هر آنچه که ممکن است در ناهشیاری (ناخودآگاهی) موجب مشکل شود بایستی خودآگاه شود. وا پس زنی های ناخودآگاه و غیر ضروری بایستی دگرگون شوند و انرژی صرف شده برا ی نگهداری آنها در ناخودآگاه بایستی به « من» باز گردانیده شود. تجارب کودکی ناخودآگاه بایستی گشوده شوند و از این طریق به فردکمک شود تا شیوه ارضای کودکانه را رها نماید. درنهایت، خود آگاهی حقیقی ممکن نیست مگراینکه کنترل غیرواقعی و غیر ضروری یازاید « من برتر» درهم شکسته شود. زیرا گنجایش ناخودآگاه من برتر بازتابی از این تحریم ها، ممنوعیت و ایده ال های والدین فرد است و این مسایل در انسان نوعی احترام غیرمنطقی و انعطاف پذیر جایگزین وجدان سخت گیر و اخلاقی می شود. این بدین معنی نیست که اگر کنترلهای ناخود آگاه من برتر تضعیف شوند و خواسته های واپس رانده خودآگاه شوند می توانیم زندگی لذت آوری را شروع کنیم. خود آگاهی لذت طلبی نیست، خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روانشناختی است و در شخص بالغ نتیجه واپس زنی تمایلات غریزی جایگزین محکومیت آنها می شود. به نظر فروید خود آگاهی برای سلامت روانشناختی کفایت کننده نیست. در نتیجه فرد بیگانگی منطقی از علاقمندی ها و اشتقیاقات عمومی را معیار نهایی سلامت روانشناختی می داند(کورسینی[[37]](#footnote-37)، 1973).

**نظریه ی آدلر:**

بنا بر نظریه آدلر فرد برخودار از سلامت روانشناختی، توان و شهامت یا جرات عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد. چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست. فرد دارای سلامت روان مطمئن و خوش بین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود در حد توان اقدام به رفع آنها می کنند(کورسینی، 1973). فرد دارای سلامت روان به نظر آدلر روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروههای اجتماعی به درستی می شناسد. فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی ترین هدف شخصیت سالم به عقیده آدلر تحقق «خویشتن» است. فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می پردازد و اشتباهاتش را برطرف می کند. چنین فردی خالق عواطف خودش است نه قربانی آنها. آفرینش گری وابتکار فیزیکی از دیگر ویژگیهای سلامت روانشناختی است. فرد سالم از اشتباهات اساسی پرهیز می کند و اشتباهات اساسی شامل تعمیم افراطی، اهداف نادرست و غیر ممکن، درک نادرست و توقع بی مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود، ارزشهای و باورهای غلط می باشد. فرد سالم دارای علاقه اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است. چنین فردی سعی در کاستن عقده حقارت خود دارد و به دنبال غلبه و چیرگی بیشتر بر بی جراتی است و در نهایت چنین فردی موفق می شود که انگیزه ها نامطلوب خود را دگرگون سازد(کورسینی، 1973).

**نظریه ی سالیون[[38]](#footnote-38):**

ویژگی های سلامت روانشناختی از دیدگاه وی عبارتند از:

1-شخصیت برخورد از سلامت روانشناختی«انعطاف پذیری» است و با توجه به موقعیتهای بین فردی نوین، در روابط اش با دیگران به طور متناسب تغییر پذیر است. 2-فردسالم قادر به تمایز گذاری بین افزایش و کاهش«تنش» است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می شود. 3-به گفته سالیون شخصیت سالم بایستی بنا به گفته چارلز اسپیرمن در حال«آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات»می باشد.4- زندگی شخص برخوردار از سلامت روان، دارایی جهت یافتگی است. بدین معنی که امیالش را به نحوی یکپارچه می سازد که منجر به رضایتمندی شود یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد. ما برای این شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف پذیر، واقعی و اعتماد آمیز دارد(سالیوان، 1953).

**نظریه ی کارل راجرز[[39]](#footnote-39):**

به عقیده راجرز آفرینندگی مهمترین میل ذاتی انسان سالم است همه چنین شیوه ای خاصی که موجب تکامل و سلامت فرد می شود و به میزان قسمتی بستگی دارد که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. ارضای توجه مثبت غیر مشروط و دریافت غیر مشروط محبت تایید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی افراد با اهمیت است. شخصیت های سالم فاقد نقاب، ماسک هستند و با خودشان رو راست هستند. چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند.

به عقیده راجرز اساسی ترین خصوصیت سالم زندگی هستی داراست یعنی آماده است که در هر تجربه ساختاری را در یابد و بر اساس مقتضیات تجربه لحظه بعد ی به سادگی دگرگون شود. انسان سالم به ارگانیزم خودش اعتماد می کند. هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می کند، انسان سالم محدودیت فکری و عمل خویشتن را آزادانه انتخاب می کند. انسان سالم آفرینش گری دارد زیرا انسان خلاق با محدودیت های اجتماعی و فرهنگی هماهنگی و سازش منقعلانه ندارد، تدافعی نیست و به تمجید وستایش دیگران نیز دلخوش نمی کند.

**نظریه ی آلبرت الیس[[40]](#footnote-40):**

الیس در پیدایش بیماری عاطفی یا سلامت روانشناختی هر سه عامل فیزیولوژیکی، جسمانی و روانشناختی را مورد توجه قرار می دهد. الیس از لحاظ گرایشهای انسانی تا حدودی زیاد با مازلو شباهت دارد. به نظر سلامت روانی انسان از تمایلات ذاتی و نامطلوب هر انسانی برای نیاز مفرط به برتری از دیگران و همه فن حریف شدن، توسل به عقاید احمقانه و بدبینانه، پرداختن به تفکرات آرزومندانه و توقع خوش رفتاری و خوبی مداوم ازدیگران، محکومیت خویشتن و تمایلات عمیق به زود رنجی و آشفتگی ناشی می شود. اگر انسان به این تمایلات طبیعی و در عین حال ناسالم خودش نرسد، دیگران و دنیای خارج را مورد سرزنش و نکوهش قرار می دهد. الیس معتقد است که افکار منطقی وعقلی و عواقب و پیامدهای منطقی منتهی می شود و در نتیجه به سلامت روانی فرد ختم می شود. به طور خلاصه ویژگیهای سلامت روانشناختی ازدیدگاه الیس عبارتند از:

1-عشق ورزیدن به دیگران و جویای محبت آنان شدن، اما فرد سالم در جستن محبت دیگران افراط نمی کند.

2-انجام دادن کار به خاطر نفس کار نه به خاطر دیگران لذت بردن از فعالیت خود نه از نتایج آن، فرد سالم با این عمل به سوی کمال حرکت می کند.

3-طبیعی بودن، ناکام شدن و در صورت عدم توانایی مقابله با ناکامی انسان سالم آن را می پذیرد. انسان سالم در هنگام ناکامی موقعیت را تخریب نمی کند بلکه سعی دارد آن را به صورت عینی ادراک نماید.

4-نسبت ندادن شکستها به عوامل بیرونی چون موارد بیرونی به خودی خود موجب اختلال و ناسلامتی نمی شوند مگر این که فرد تلقین به نفس نماید.

5-عدم ترس شدید از خطر های بالقوه انسان سالم سعی می نمایند تا حد امکان احتمال خطر را کاهش می دهد ولی از آن بیش از حد بینماک و هراسناک نمی شود.

6-تلاش برای کسب استقلال و مسئولیت و عدم روگردانی ازکمکهای دیگران در صورت لزوم.

7-انجام وظیفه محوله از خصوصیات انسان سالم است. فرد سالم زندگی را همراه با مسئولیت و حل مشکلات آن لذت می داند.

8-فرد سالم بیش از آن که به گذشته فکر کند به حال و وضعیت موجود یعنی« اینجا واکنون» توجه دارد.

9-کمک کردن به دیگران و نگران در مورد مشکلات دیگران، در صورت عدم توفیق کمک به دیگران وضعیت آنها و مشکل آنان را می پذیرد.

10-فرد سالم به هر مشکل راه حلهای مختلفی را درنظر دارد و سعی دارد که بهترین راه حل در حد توانش انتخاب کند. به نظر فرد سالم راه حلهای موجود نسبی هستند و بر حسب موقعیت تغییر پذیر هستند.

11-فرد سالم و نگرش ها و رفتارش« الزام و اجبار» ندارد و می تواند خودش را از قید و بندها رها نماید و در جهت سلامتی نفس حرکت کند(محرابی، 1387).

**نظریات نوین مبتنی بر شناخت درمانی:**

افراد دارای سلامت روان معتقد به یک سیستم اعتقادی و ارزشی هستند و خصوصیات نظام و اعتقاد او نیز منطبق با ادراک او از واقعیات است. طرز تفکر چنین فردی فاقد خصوصیات تعمیم پذیری، مبالغه کردن، فیلتر ذهنی و... است. فرد دارای سلامت روانشناختی به جنبه ها ی مثبت خود به اندازه کافی و به صورت واقع بینانه توجه می نماید. چنین فردی در حیطه طبیعی خودش گام بر می دارد و نهایتاً صادقانه مسئولیت رفتار و تفکرش را می پذیرد(اوی، 1993)

**نظریه ی ویلیام گلاس:**

انسان سالم بنابر به نظریه گلاس کسی است دارای ویژگی های زیر می باشد:

1-واقعیت را انکار نکند ودرد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با واقعیت ها به صورت واقع گرایانه ای روبرو شود.

2-هویت موفق داشته باشد یعنی هم عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تایید کنند.

3-مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند. پذیرش مسئولیت کامل ترین نشانه سلامت روانشناختی است.

4-توجه او به لذت دراز مدت تر، منطقی تر و منطقی باموقعیت باشد.

5- بر زمان حال وآینده تاکید نماید نه بر گذشته و تاکید ای بر آینده نیز جنبه دور نگری داشته باشد نه به صورت خیال پردازی باشد. واقعیت درمانی گلاس نیز بر سه اصل: قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخص این سه اصل تحقق یابد نشانگر سلامت روان- شناختی است(گلاس، 1965).

**نظریه ی اسکنیر[[41]](#footnote-41):**

سلامت روانی وانسان سالم به عقیده اسکنیر معادل بارفتار با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شوند از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود واطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد، به علاوه انسان سالم بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط حدودی از عوامل محیطی مشخص گردد. انسان سالم کسی است که تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب از عوامل متناسب ازدیدگاه اسکینر این باشد که انسان بایستی از علم، نه برای پیش بینی بلکه برای تسلط بر محیط خودش استفاده کند. دراین معنا فرد سالم کسی است که بتواند با هر روش بیشتر ازاصول عملی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت نگری و غیره را کنار بگذارد.

**بهزیستی روانشناختی :**

در سالهاي اخير، گروهي از پژوهشگران حوزه سلامت رواني ملهم از روان شناسي مثبت نگر، رويكرد نظري و پژوهشي متفاوتي براي تبيين و مطالعه اين مفهوم برگزيده اند. آنان سلامت رواني را معادل كاركرد مثبت روانشناختي، تلقي و آن را در قالب اصطلاح "بهزيستي روانشناختي" مفهوم سازي كرده اند. اين گروه نداشتن بيماري را براي احساس سلامت كافي نمي دانند، بلكه معتقدند كه داشتن احساس رضايت از زندگي، پيشرفت بسنده، تعامل كارآمد و مؤثر با جهان، انرژي و خلق مثبت پيوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پيشرفت مثبت، از مشخصه هاي فرد سالم است.

امروزه دیدگاه جدیدی درعلوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جبنه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی بهزیستی است(ریف و سینگر، 1998، آنتونوفسکی، 1987، استرامپفر[[42]](#footnote-42)1، 1990).

بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید دارد به عنوان مثال دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران. جمع گسترده ای از ادبیات تحقیقی در دهه 1950 و 1960 میلادی به تجزیه و تحلیل چالشهای و مشکلات اساسی زندگی پرداخته است(ریف[[43]](#footnote-43)2 وکیس[[44]](#footnote-44)3، 2002).

نظریه پردازان«گستره ی زندگی»[[45]](#footnote-45)4نظیر اریکسون (1959)و نوگارتن[[46]](#footnote-46)5 (1973) التزامهای دوره های مختلف سنی و راه هایی را که فرد بطور موفقیت آمیزی می تواند بر آنها غلبه کند را تبیین کرده اند. روانشناسان علاقمند به رشد و پیشرفت کامل انسان سازه هایی از قبیل خودشکوفایی(ابراهام مزلو، 1968) کمال رشد[[47]](#footnote-47)1 ( گوردون آلپورت، 1968) و تفرد(کارل یونگ، 1932) را پیشنهاد وارائه کرده اند.

احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند( مایرز[[48]](#footnote-48)2 و دینر[[49]](#footnote-49)3، 1995 ).

باید توجه داشت که تجربه هیجانات خوشایند و مثبت همزمان با تجربه ی هیجانات ناخوشایند و منفی صرف کند به همان نسبت زمان کمتری را برای هیجانات منفی باقی می گذارد. از سوی دیگر باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند. یعنی احساس رضامندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوما حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی آورد، بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است. بنابراین، احساس بهزیستی(شادی ) سه مولفه مجزا و در عین حال مرتبط با یکدیگر را می بایست مورد شناسایی قرار داد:

الف) حضور نسبی هیجانات مثبت ب) فقدان و عدم حضور هیجانات منفی

ج) رضامندی از زندگی.

در مطالعات گوناگون افراد شاد را با ویژگی های زیر تعریف می کنند:

اول آنکه از عزت نفس و احترام به خود بالایی برخوردارند و خودشان را دوست دارند. در یکی از آزمون های عزت نفس با جمله هایی نظیر« من از با خود بودن لذت می برم » و « من ایده های خوبی دارم کاملا موافق هستندِِ. این افراد به اخلاقیات توجه بسیار دارند و عقلانی رفتار می کنند (ژانوف بولمن،1989، مایرز،1993، به نقل از کرمی نوری،1381 ).

دوم آنکه افراد شاد احساس کنترل شخصی بیشتری را در خود احساس می کنند، آنهایی که انجام امور بیشتر به توانایی های خود می اندیشند تا به درماندگی و ناتوانایی هایی خویش، با استرس بیتشری مقابله می کنند(دو مونت، 1989، لارسن ،1989، به نقل ازکرمی نوری، 1381).

سوم آنکه افراد شاد خوش بین هستند. افراد خوش بین با این جملات موافقت کامل دارند که: «وقتی با کار جدیدی روبرو می شوم، انتظار موفقیت در آن کار را دارم». با این افراد موفق تر، سالم و شادتر از افراد بدبین هستند(دمبر، بروک، 1989، سلیگمن، 1991، به نقل ازکرمی نوری، 1381).

چهارم آنکه افراد شاد برون گرا هستند و در ارتباط و همکاری با دیگران توانمندند افراد شاد در مقایسه با افراد ناشاد، چه در تنهایی و چه در حضور دیگران، احساس شادی می کنند و از زندگی خود ودیگران، از زندگی در نواحی گوناگون شهری یا روستایی، و یا اشتغال در مشاغل گوناگون انفرادی و اجتماعی به یک اندازه لذت می برند(دینر و همکاران ، 1992).

يكي از مهم ترين مدلهايي كه بهزيستي روانشناختي را مفهوم سازي و عملياتي كرده، مدل ريف و همكاران است. ريف بهزيستي روانشناختي را تلاش فرد براي تحقق تواناييهاي بالقوه واقعي خود مي داند .اين مدل از طريق ادغام نظريه هاي مختلف رشد فردي عملكرد سازگارانه شكل گرفته و گسترش يافته است بهزيستي روانشناختي در مدل ريف و همكاران از شش مؤلفه تشكيل شده است: مؤلفه پذيرش خود به معني داشتن نگرش مثبت به خود و زندگي گذشتة خويش است. اگر فرد در ارزشيابي، استعدادها توانايي ها و فعاليت هاي خود در كل احساس رضايت كند و در رجوع به گذشتة خود احساس خشنودي كند، كاركرد رواني مطلوبي خواهد داشت. همه انسان ها تلاش مي كنند علي رغم محدوديت هايي كه در خود سراغ دارند، نگرش مثبتي به خويشتن داشته باشند، اين نگرش پذيرش خود است مؤلفه خودمختاري به احساس استقلال، خودكفايي و آزادي از هنجارها اطلاق مي شود .فردي كه بتواند بر اساس افكار، احساسات و باورهاي شخصي خود تصميم بگيرد، داراي ويژگي خودمختاري است .در حقيقت، توانايي فرد براي مقابله با فشارهاي اجتماعي، به اين مؤلفه، مربوط مي شود داشتن ارتباط مثبت با ديگران، ديگر مؤلفه اين مدل، به معني داشتن رابطة باكيفيت و ارضاكننده با ديگران است. افراد با اين ويژگي عمدتاً انسانهايي مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن ديگران هستند و مي كوشند رابطه اي گرم بر اساس، اعتماد متقابل با ديگران، ايجاد كنند مؤلفه هدفمندي در زندگي، به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و كوتاه مدت در زندگي و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعاليت ها و رويدادهاي زندگي علاقه نشان مي دهد و به شكل مؤثر با آنها، درگير مي شود. يافتن معني براي تلاش ها و چالشهاي زندگي در قالب اين مؤلفه قرار مي گيرد. تسلط بر محيط مؤلفة ديگر اين مدل به معني توانايي فرد براي مديريت زندگي و مقتضيات آن است . لذا فردي كه احساس تسلط بر محيط داشته باشد، مي تواند ابعاد مختلف محيط و شرايط آن را تا حد امكان دستكاري كند، تغيير دهد و بهبود بخشد مؤلفه رشد شخصي به گشودگي نسبت به تجربيات جديد و داشتن رشد شخصي پيوسته باز مي شود. فردي با اين ويژگي همواره درصدد بهبود زندگي شخصي خويش و از طريق يادگيري و تجربه است.

**بهزیستی روانشناختی**

رشد و بالندگی فردی

رشد و بالندگی فردی

تسلط بر محیط

خویشتن پذیری

خود پیروی

روابط مثبت با دیگران

( شکل 2-1 الگوی ریف در خصوص سازه بهزیستی روانشناختی ،اقتباس ازتمینی،1384 )

شواهد پژوهشي فراواني وجود دارد كه نشان مي دهند حوادث نامطبوع زندگي قادرند بهزيستي روانشناختي را تحت تأثير قرار دهند و مختل كنند و به ايجاد مشكلات رواني مانند افسردگي و اضطراب منجر شوند بر اين اساس داشتن فرزند كم توان ذهني كه ماهيتي تقريبا ثابت و تنش زا دارد. مي تواند با ايجاد تنيدگي به كاهش بهزيستي روانشناختي منتهی شود. روي بهزيستي روانشناختي نشان داده است مادران داراي فرزند عادي در مؤلفه هاي خودمختاري، تسلط برمحيط، رشد شخصي و پذيرش خود، نسبت به مادران داراي فرزند كم توان ذهني وضعيت بهتري دارند، اما در مؤلفه احساس داشتن هدف در زندگي، مادران گروه دوم بهتر بودند. از مشكلاتي كه در ميان مادران كودكان كم توان ذهني شيوع دارد، افسردگي است.

تحقيقات نشان داده اند كه حدود 30 تا 35 درصد مادران اين كودكان نمرات بالايي در آزمونهاي افسردگي دريافت كرده اند و داراي علائم باليني مربوط به افسردگي هستند. مادران علاوه بر تحمل مشكلات ناشي از مراقبت از كودك كم توان ذهني، بايد با مشكلات مربوط به هزينه هاي بالاي اقتصادي، كاهش روابط اجتماعي با آشنايان و بستگان، احساس گناه از به دنيا آوردن فرزندي مشكل دار و نگرشهاي منفي اطرافيان نيز كنار بيايند كه اين موارد مي توانند افسردگي اي ايجاد كنند كه ناتوان كننده باشد اما پژوهش ها نشان داده اند كه وجود افسردگي والدين، خصوصا مادران، كودكان كم توان ذهني با متغيرهاي مختلفي مانند نوع كم تواني ذهني داشتن منابع مالي بسنده يا سطح اقتصادي اجتماعي متوسط و بالاتر و حمايت هاي اجتماعي مناسب ارتباط دارد و متغيرهاي فوق، مي توانند تأثير كم تواني ذهني را تعديل كنند. بررسي ها حاكي از اين بوده اند كه افسردگي با برخي از ويژگي ها و صفات شخصيتي، تعديل مي شود(میکائیلی ،1388).

**عقب ماندگی ذهنی:**

عقب ماندگی ذهنی یک وضعیت و حالت ذهنی خاص است که در اثر شرایط مختلف قبل از تولد و هنگام تولد و یا پس ازتولد کودک پدید آید، عقب ماندگان ذهنی افرادی هستند که به علت وقفه یا کمبود رشد ذهنی در شرایط عادی قادر به استفاده مطلوب از برنامه های معمولی آموزش و پرورش، سازگاری اجتماعی و تطبیق با محیط نمی باشند. تعریفی که از نظر اکثریت قریب به اتفاق مجامع علمی و صاحب نظران روانشناسی مورد قبول می باشد تعریفی است که از سوی انجمن آمریکای عقب ماندگی ذهنی( AAMR)[[50]](#footnote-50) ارائه شده: «عقب ماندگی ذهنی سطحی از عملکرد هوش عمومی است که میزان آن بطور معنادا ر(دو انحراف معنادار) پایین تر از میانگین بوده و همزمان با نقایصی در رفتار سازشی(سازش یافتگی های فردی و اجتماعی) همراه بوده و در دوران رشد(تشکیل نطفه تا 18 سالگی) ظاهر می گردد».

**عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ( EMR)[[51]](#footnote-51):**

افروز(1377)اظهار می دارد: عقب ماندگان ذهنی آموزش پذیر افرادی هستند که بهره هوشی آنان 70-50 می باشد و قادر به فراگیری حداقلی از اطلاعات عمومی و در سهای رسمی کلاس از قبیل خواندن ونوشتن و حساب کردن و مهارتهای مناسب شغلی بوده و می توانند در اداره زندگی خود از تحصیل خویش بهره مند شوند.

میلانی فر(1374) عقب مانده ذهنی آموزش پذیر را افرادی می داند که هوشبهر آنها بین 70-51 است این افراد از لحاظ دانستن لغات ضعیف اند، مفاهیم را خود درک نمی کنند، آموزش کلامی عادی ندارند و از لحاظ عاطفی واکنشهای لازم را بدست نمی آورند.

**ویژگیهای کودک استثنایی :**

تواناییها و ناتواناییهای مختلف، اثرات متفاوتی بر زندگی خانوادگی دارد. معمولا ماهیت استثنایی بوده، واکنش خانواده را تعیین می کند. کودکی که ناشنوا است ، خانواده را برای تغییر در سیستم ارتباطی تحت فشار قرار می دهد و این منازعه ای است برای خانواده که از زبان علامتی یا شفاهی استفاده کنند یا خیر؟ کودکی که بیماری مزمن دارد فشارهای هیجانی و اقتصادی بر خانواده وارد خواهد کرد، کودک ناتوایی یادگیری نیاز به حمایت تحصیلی دارد و ممکن است باعث شود که خانواده مکانهای آموزشی را که پیشرفت تحصیلی را قوت می بخشد، بررسی کند.

همچنین، چنین شدت استثنایی بودن ممکن است بر واکنش خانواده اثر داشته باشد. کودکان مبتلا به ناتوانیهای شدیدتر ممکن است نسبت به دیگران کاملا متفاوت رفتار کنند. برخی از ناتوانیها مثل ناشنوایی و ناتواییهای یادگیری در مقایسه با برخی دیگر از ناتواییها مثل بینایی قابل مشاهده نیستند،آنها با احتمال کمتری در کودک دیده می شوند. نکته قابل توجه این است که اگر چه ناتوانی ها شدید از یک سو منجر به داغ ننگ در خانواده می شود اما از سوی دیگر آنها به روشنی بیانگر ناتوانی کودک هستند، باوری که خانواده ها به تبیین آن نیازمند هستند .

**نیازهای والدین کودکان استثنایی:**

خانواده های که کودک معلول دارند به تناسب نوع، شدت معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سن کودکشان و نیز در زمینه رفتار سازش به اطلاعات و مهارتهای ویژه نیاز دارند که مهمترین آنها به گفته قصبه (1384) به شرح زیر می باشد:

1- نیاز به ارتباط، نیاز عمده والدین کودکان استثنایی در طی سالهای مدرسه ارتباط بامعلمان، مربیان و متخصصان است. 2- نیاز به اطلاعات،والدین کودکان معلول به اطلاعاتی در زمینه مراقبت، پرورش ورفتار با فرزند خود نیاز دارند و نیز در این راستا در امر برنامه ریزی برای آینده فرزندشان نیازمند اطلاعات می باشند.3- نیاز به حمایت شدن، حمایت شده از جانب دیگران از عوامل ایجاد سازش یافتگی در خانواده است. به ویژه حمایت ازجانب متخصصان و مربیان می تواند فرصت های را برای ملاقات با سایر خانواده های کودکان معلول بوجود آورد.4- نیازهای مالی، اقتصادی، بخش عمده بودجه خانواده صرف هزینه های مربوط به غذا، پوشاک و وسایل کمک آموزشی می شود این نیازها برای خانواده ای که کودک معلول دارد و نیازمند خدمات پزشکی ویژه می باشد به مراتب شدیدتر است.5- نیاز به راهنمایی در وظایف زندگی و خانواده والدین و سایر اعضای خانواده نیاز دارند که ناتوانی کودک خود را درک کنند و بپذیرند، که تقسیم کار توانایی حل مساله، فعالیتهای تفریحی، اکتساب مهارتهای اجتماعی ونظارت درامر برنامه ریز آموزش کودک از جمله وظایف ما باشد (قصبه 1384).

**احساسات والدین کودکان استثنایی:**

بسیار حائز اهمیت است که شما به عنوان والدین کودکان دارایی نیازهای ویژه با نوع احساسات خود برخورد با کودکانتان آشنا شوید. برای سازش با کودک خود نیاز دارید که احساس نسبتاً خوبی درمورد خود پیدا کنید. زندگی، ازدواج و کار شما ایجاب می کند تا حدی رضایتمندی را احساس کنید، ممکن است با توجه به این واقعیت که کودک ناتوان دارید احساس غم وناراحتی کنید. اما نیازی نیست که کل زندگی شما را هاله ای ازغم فرا گیرد. بنابراین اجازه دهید بعضی از احساسات و روشهایی را که افراد در مواجهه با دشواریهایشان پیدا کرده اند مورد نظر قرار دهیم. احساساتی را که علاقمندیم درباره آنها صحبت کنیم همانهایی هستندکه تا حدودی احساسات «بد» و یا ناخوشایند محسوب می شوند مانند شوک،کرخی، گیجی، خشم، اوقات تلخی وگریه و زاری،غم، خجلت و گناه. افراد معمولاً در ابراز احساسات عادی خود دشواری چندانی ندارند، ولی اغلب از بروز احساسات بد وحشت دارند، البته عقیده ما این است که نباید تصور احساس بد را به خود راه دهیم(مفیدی، 1376).

ما عقیده داریم، این افراد دیگر هستند که نمی خواهند درباره مسایل و مشکلات ما اطلاع پیدا کنند، و نیز به این علت است که اصلاًکسی دوست ندارد احساس بد را تجربه کند. ما سعی می کنیم احساساتمان را مخفی کنیم و یا سعی درعادی جلوه دادن آنها داریم. طبیعی است که این احساسات از بین نخواهد رفت و هر چه طولانی تر نگهداشته شوند یا سرکوب گردند احتمال بیشتر نیز وجود دارد که بر زندگی خانوادگی خود ما، و دوستان و همکاران اثر بگذارد(مفیدی، 1376).

بیان حقایق و ارائه اطلاعات صحیح و صادقانه به پدر و مادر کودک استثنایی بر اساس آخرین دانش و دستاوردهای علمی و تجربی در مورد شرایط خاص ذهنی یا جسمی کودکشان در نهایت، موجب رضایت و آسایش خاطر آنان خواهد بود گهگاه مادر و پدری با کودک خود که به روشنی دارایی عقب ماندگی ذهنی است مراجعه می نمایند وقتی به آنها گفته می شود که چرا تاکنون بی جهت کودک را بحال انتظار در خانه نگه داشته اید واکنون کودک شما 12 سال سن دارد ولی بایست سالها قبل به شرایط خاص ذهنی [[52]](#footnote-52) او پی برده باشید معمولاً در پاسخ می گویند ما خود نیز قبلاً حدس می زدیم زیرا که او مثل بچه های هم سن سال خود « به راه نیفتاد» حرف زدن را زمانی که انتظار می رفت شروع نکرد او را به دکتر بردیم دکتر گفت نگران مباشید چیزی نیست صبرکنید چند سال دیگر مثل بچه ها ی دیگر می شود و ...( افروز،1384).

**پژوهش های انجام شده در ارتباط با موضوع :**

نتایج پژوهش شریعتی و داور منش(1370) نشان داده است که وجود یک فرزند کم توان ذهنی به شدت بر سلامت روانی والدین اثر گذار است و موجب افزایش فشارهای جسمانی و روانی بر والدین مخصوصا مادران می شوند و باعث کاهش مقاومت او در مقابل ابتلا به بیماریهای می گردد و در نتیجه میزان بیماری را در آنان فزونی می بخشد.

احمدی و همکاران(1370) پژوهشی به نام به بررسی مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز پرداختند. نمونه تحقیق 100 نفر از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و مادران کودکان عادی وسالم شهر اهواز بودند. نتیجه تحقیق نشان داد که مادران کودکان عقب مانده ذهنی از عزت نفس پایین تری بودند.

لاجوردی(1371) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی مقایسه ی میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی نشان داد که افسردگی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از مادران دارای کودک عادی است.

نظامی(1376) تحقیقی تحت عنوان مقایسه نگرش والدین کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به عقب ماندگی فرزندشان را انجام دادند و نتایج ذیل دست یافته اند: 48% درصد از پدران و 52% ازمادران اذغان کردند که وجود کودک عقب مانده ذهنی سلامت روانی انهار ار مختل کرده است. 54% احساس ناکامی و ناامیدی و 64% احساس دلهره را بیان کرده اند و 24% درصد ازوالدین بیان داشته اند که تولد فرزند عقب مانده ذهنی باعث به وجود آوردن تفاهم در زندگی زناشویی شده و 29% به مشاجره لفظی 4% نیز به واسطه وجود فرزند عقب مانده ذهنی طلاق گرفته- اند.

پژوهش احمدی(1377) نتایج نشان داده است که بین عزت نفس دو گروه مادران تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان کم توان ذهنی از عزت نفس پایین تری برخوردار هستند.

خواجه پور(1377) در پژوهشی نشان داد که واکنش های نوروتیک مادران کودکان کم توان بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به خصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می کند. به علاوه بیشتر واکنش های مادران افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بوده است.

یاراحمدی(1378) پژوهشی را در مورد رابطه استرس با بیماریهای جسمی روانی و سلامت عمومی معلمان مرد در شهرستان اهواز با توجه به اثر متغیرهای تعدیل کننده حمایت کننده حمایت اجتماعی و جایگاه مهار پرداخت. در این پژوهش جامعه آماری معلمان مرد شاغل در مقاطع راهنمایی و دبیرستان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر اهواز بودند که تعداد 200 نفر از آنان به طور تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. نتایج نشان دادند که بین عوامل فشارزا با بیماریهای جسمی و روانی همبستگی مثبت بین عوامل فشارزا با سلامت عمومی همبستگی منفی وجود دارد.

امینی و همکاران(1378) پژوهشی را با عنوان رابطه ی هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان و مقایسه ی آنها در دانش آموزان ممتاز و عادی در سال 1378 انجام داده اند.

نتایج نشان داده است که بین هوش هیجانی، خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان ممتاز و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که میانگین هوش هیجانی، خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان ممتاز بالاتر از دانش آموزان عادی است. همچنین بین هوش هیجانی با باورهای خودکارآمدی رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. یعنی دانش آموزانی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند، دارای احساس خودکارآمدی بالاتری نیز می باشند. علاوه بر این نتایج نشان داده است که بین هوش هیجانی و سلامت روانی رابطه ی معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داده است که باورهای خودکارآمدی نیز با سلامت روانی رابطه دارد.

عمران نسب(1378) در پژوهش با عنوان بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان در دانشجویان سال آخر کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران سال 1377موضوع را بررسی کرده است. نتایج نشان داده است که 23/12 درصد واحد های مورد پژوهش از اعتقادات دینی قوی برخوردار بودند و ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن و میزان درآمد ماهیانه با اعتقادات دینی وجود داشته است. همچنین اکثریت واحد های مورد پژوهش(55/60درصد) دارای به طور کلی نتایج این مطالعه، نشان دهنده ارتباط معنی داری بین متغیرهای اعتقادات دینی وسلامت روانی بوده است.

بختیارپور(1380-1379) درباره وضیعت بهداشت روانی استان اصفهان پژوهش انجام داد که نتایج این تحقیق نشان داده است که 65/26 درصد بیماران در نواحی برخوردار،23% نیمه برخودار و محروم 36/24 درصد است و اگر چه 25/57 درصد مبتلایان زن و 25/42 درصد آنها مرد هستند اما نتایج آزمونهای آماری رابطه معنی داری را بین جنسیت و احتمال ابتلا به اختلال روانی نشان نداد. همچنین بیشترین درصد مبتلایان از نظر رشته تحصیلی دارای دیپلم رشته آموزش ابتدایی و رشته ادبیات هستند. اما نتایج ارتباط معنا داری بین مدرک و بیماری نشان نداد و رایج- ترین اختلال های روانی در بین معلمان اصفهان به تربیت شامل اختلالات اضطرابی خلقی( انواع افسردگی)، جسمانی شکل، سازگاری، جنسیتی واختلال خواب است.

نتایج پژوهش مهرابی زاده و همکاران (1380) نشان داده است که بین سلامت روانی والدین کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معنا داری وجود دارد.

امیدی(1380) وضعیت بهداشت روانی معلمان شهر کاشان را مورد بررسی قرار داد که دران یک گروه نمونه تصادفی 300 نفره از معلمان و به این نتیجه رسید 23 % ا ز معلمان جامعه آماری مورد مطالعه به یکی از انواع اختلالهای روانی دچار هستند. رایج ترین اختلالات به ترتیب میزان شیوع، اختلال کم خلقی( 6% ) اختلال اضطراب(5% ) بود بالاترین درصد بیماری در معلمان دارای مدرک دیپلم( حدود 31% ) و پایین ترین میزان اختلال در معلمان با مدرک تحصیلی فوق دیپلم( 4% ) می باشد و زنان( 23% ) و در مردان (13% )دچار اختلالات روانی هستند.

مشکی و همکاران(1381) پژوهشی با عنوان بررسي تاثير برنامه آموزشي با به كارگيري عزت نفس و باورهاي كنترل سلامت بر ارتقاي سلامت روان دانشجويان انجام داده است. نتایج نشان داده است که از آزمون تي مستقل مشخص كرد كه پيش از اجراي برنامه هيچ يك از متغيرها بين دو گروه اختلاف معناداري اما پس از مداخله با تغييراتي كه در اثر اجراي نداشتند. برنامه طراحي شده به وجود آمد، اختلا ف باورهاي دروني، شانس و افراد موثر، عزت نفس و به ويژه سلامت روان بين دو گروه آزمون و گواه معنادار شد. در تمامي موارد وضعيت متغيرها در گروه آزمون بهتر از گروه گواه بود. از سوي ديگر آزمون تي زوج تفاوت معناداري را در جهت ارتقا و بهبود شرايط بين متغيرها قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون نشان داد. در حالي كه در گروه گواه، اختلاف ميانگين سلامت روان، باور شانس و عزت نفس به گونه اي معنادار شدند كه پس از مداخله ميانگين ها كاهش يافته و وضعيت و شرايط نمونه هاي گروه گواه به لحاظ متغيرهاي مذكور نامناسب و رو به نقصان بوده است. آزمون آماري نسبت شانس نشان داد كه احتمال ارتقاي سلامت روان در گروه آزمون پس اجراي برنامه با توجه به ميزان عددي ملاك اندازه گيري سطح سلامت روان و سيزده بار بيشتر است؛ به طوري كه پس از مداخله و بعد از زمان انتظار37 درصد نمونه هاي گروه گواه از سلامت آزمون و در مقابل، روان مطلوب برخوردار شدند. اين در حالي است كه پيش از 42 درصد نمونه هاي گروه آزمون و 58 درصد مداخله، دانشجويان گروه گواه از سلامت روان مطلوبي برخوردار بودند . اين وضعيت حاكي از اثربخشي برنامه مورد نظر پس از مداخله است.

جمالی(1381) در پژوهش با عنوان بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی، احساس بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاهای تهران موضوع را بررسی کرده است. نتایج این تحقیق نشان داده است که نگرش مذهبی وسلامت وسلامت روان همبستگی معنی داری را نشان دادند. ضمن اینکه بر اساس آزمون تی مستقل بین جنسیت و نگرش حاضر نشان می دهد با افزایش میزان احساس معنا بخشی زندگی و نگرش مذهبی، سلامت روان نیز افزایش می یابد که این موضوع نشانگر میزان اهمیت معنا جویی و اعتقادات مذهبی در ایجاد و حفظ بهداشت روانی افراد جامعه می باشد.

معتمدی شارک و افروز(1382) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ی سبک های اسنادی و سلامت روان در دانش آموزان تیز هوش و عادی را با هدف مقایسه ی سبک های اسنادی و سلامت روان در دانش آموزان تیز هوش و عادی و همچنین بررسی روابط موجود میان این متغیر ها انجام داده اند. نتایج نشان داده است که مقایسه ی میانگین گروه ها نشان داد که دانش آموزان عادی نسبت به دانش آموزان تیز هوش در موقعیت ناخوشایند سبک اسنادی جزئی تری دارند و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. نتایج نشان داده است که دو گروه عادی و تیزهوش در مؤلفه ی نارسا کنش وری اجتماعی تفاوت معناداری داشته اند. به بیانی دیگر دانش آموزان تیزهوش در این مؤلفه دارای نارسا کنش وری اجتماعی بیشتری نسبت به دانش آموزان عادی هستند.

جمع بندی ادبیات پژوهشی نمایانگر آن است که والدین کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند. مطالعات تجربي در 15 سال گذشته نشانگر اين نكته است كه عزت نفس يك عامل روانشناختي مهم اثرگذار بر سلامت و كيفيت زندگي به شمار مي رود. با افزايش عزت نفس، احساس توانمندي و ارزشمندي در فرد به وجود مي آيد و تغييرات مثبتي همچون پيشرفت تحصيلي، افزايش تلاش براي كسب موفقيت، داشتن اعتماد به نفس بالا، بلند همت بودن و تمايل به داشتن سلامت بهتر در فرد پديدار مي شود(مشکی و همکاران،1387).

حیدر نیا، و همکاران(1382)پژوهشی با عنوان سلامت روان و عزت نفس دانش آموزان پسر دوره ی راهنمایی در خانواده های عادی، تحت حضانت پدر و تحت حضانت مادر در سال 83-1382 انجام دادند. نتایج نشان داده است که عزت نفس و سلامت روان پسران خانواده های عادی بالاتر از پسران خانواده های طلاق است. بین عزت نفس پسران تحت حضانت پدر و پسران تحت حضانت مادر تفاوت معناداری مشاهده نشد ولی پسران تحت حضانت مادر سلامت روان کلی آنها بالاتر از پسران تحت حضانت پدر بود.

معتمدی(1382) پژوهشی با عنوان تأثير كنكور بر سلامت عمومي، عزت نفس و نشانه هاي اختلالات رواني راه نيافتگان به دانشگاه پژوهش حاضر با هدف بررسي تأثيرات كنكور بر شرايط رواني راه نيافتگان به دانشگاه اجرا کردند. نتایج نشان داده است که پايين ترين سطح سلامت عمومي مربوط به افراد پشت كنكوري و بالاترين سطح سلامت مربوط به دانش آموزان بوده است. تنها ميانگين نمرات سلامت عمومي پشت كنكوري ها نسبت به دانش آموزان تفاوت معني داري دارد و تفاوت موجود بين ميانگين نمرات دانشجويان و دانش آموزان از نظر آماري معني دار نيست. اين نتیجه حاكي از آن است كه اطلاعات جمع آوري شده تنها بخشي از فرضيه تحقيق را تأييد مي كند و بخش ديگر تأييد نمي شود؛ يعني همان طور كه در فرضيه ياد شده آمده بود، سلامت عمومي راه نيافتگان به دانشگاه به طور معني داري پايين تر از سلامت عمومي دانش آموزاني است كه هنوز در كنكور شركت نكرده اند. اما بين سلامت عمومي پذيرفته شدگان در كنكور و راه نيافتگان به دانشگاه تفاوت معني داري وجود ندارد. در فرضيه دوم تحقيق گفته شده است كه عزت نفس راه نيافتگان به دانشگاه نسبت به دانش آموزاني كه هنوز در كنكور شركت نكرده اند و پذيرفته شدگان در كنكور كمتر است. نتایج آزمون تعقیبی نشان می دهد که ميانگين نمرات عزت نفس دانشجويان به طور معني داري LSDاجراي آزمون بالاتر از ميانگين نمرات عزت نفس دانش آموزان و پشت كنكوري هاست. اما بين ميانگين نمرات عزت نفس پشت كنكوري ها و دانش آموزان تفاوت معنی داري وجود ندارد. بنابراين، اطلاعات جمع آوري شده نيز بخشي از فرضيه تحقيق را تأييد كرد؛ يعني نشان داده شد كه عزت نفس راه نيافتگان به دانشگاه نسبت به پذيرفته شدگان در كنكور به طور معني داري كمتر است .اما عزت نفس راه نيافتگان به دانشگاه با عزت نفس دانش آموزان تفاو ت معني داري ندارد. همچنین نتایج نشان داده است كه بجز اضطراب، در بقيه اختلالات اندازه گيري شده تفاوت معني داري بين ميانگين نمرات مربوط به راه نيافتگان به دانشگاه با دانش آموزان و دانشجويان وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می دهد که راه نيافتگان به دانشگاه نسبت به دانش آموزان و دانشجويان با اختلالات اضطرابي بيشتري مواجه بوده اند و اين يافته مطابق با فرضيه سوم تحقيق است. اما در مجموع بايد گفت كه اطلاعات جمع آوري شده نتوانست نشان دهد كه نشان ههاي اختلالات رواني(در همه انواع اختلالات مطالعه شده) در راه نيافتگان به دانشگاه بيش از دانش آموزان و دانشجويان است.

حق شناس، و همکاران(1382) پژوهشی با عنوان مقایسه ویژگی های شخصیتی و سلامت روان دانش آموزان دبیرستان های تیزهوشان و دبیرستان های عادی انجام داده اند.

نتایج نشان داده است که جنسیت دارای تاثیری مرزی بر نمرات شاخص های بهداشت روان دارد دوگروه نیز دارای نمرات متفاوتی در شاخص های بهداشت روان بودند تعامل جنسیت و نوع مدارس در نمرات شاخص سلامت روان معنی دار بود آزمون های تعقیبی را برای مقایسه بین گروهی نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود تفاوت عمده در سه خرده مقیاس اضطراب و نیز علایم جسمانی معنی دار می باشد دختران تیزهوشان نسبت به دختران عادی میانگین نمرات پایین تری در سه خرده مقیاس اضطراب و افسردگی و علایم جسمانی به دست آورده اند به عبارت دیگر آنها از سلامت روانی بهتری نسبت به گروه عادی برخوردار می باشند. درتعامل جنسیت و گروه ها نیز تفاوت در شاخص های شکایات جسمی اضطراب و افسردگی مشاهده گردید نتایج نشان داده است که دانش آموزان مدارس تیزهوشان دارای نمرات کمتری در شاخص های اضطراب و افسردگی هستند. پسران مدارس عادی شکایات جسمی کمتر از پسران مدارس تیزهوشان دارند در حالی که دختران مدارس عادی شکایات جسمی بیشتر از دختران مدارس تیزهوشان نشان می دهند .پسران مدارس تیزهوشان به طور نسبی اضطراب و افسردگی بیشتری را از دختران این مدارس تجربه می کنند در حالی که دختران مدارس عادی اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به پسران این نوع مدارس دارند. البته بایستی همین جا متذکر شد که این حد از نمرات آزمون پرسشنامه سلامت عمومی نشان دهنده اختلال افسردگی یا اضطراب بیمارگونه در هر دو گروه نیست و فقط تفاوت آماری دو گروه مورد نظر می باشد.

حقیقی و همکاران(1384) با عنوان بررسي تأثير آموزش مهارتهاي زندگي بر سلامت رواني و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داده است که آموزش مهارتهاي زندگي با توجه به ميانگين تفاضل نمره هاي دانش آموزان گروه آزمايشي نسبت به ميانگين تفاضل نمره هاي دانش آموزان گروه گواه موجب افزايش عزت نفس گروه آزمايشي شده است.

زارع و همکاران(1384) پژوهشی با عنوان رابطه وضعيت تحصيلي با سلامت عمومي و عزت نفس در دانشجويان دانشگاه علوم پزشكي شيراز انجام دادند. نتایج نشان داده است که نمره هاي حيطه هاي اضطراب، افسردگي، نشانه هاي جسماني، اختلال در كاركرد اجتماعي در دو جنس تقريباً يكسان بودند. معدل كل زنان و نمره نشانه هاي جسماني بيشتر از مردان بود كه بيانگر وضعيت سلامتي كمتر در زنان است. ميانگين نمرات سلامت عمومي و عزت نفس دانشجويان در دانشكده هاي مختلف(دانشكده پزشكي، دندان پزشكي، داروسازي، توان بخشي، پرستاري، مامايي، پيراپزشكي، مديريت و بهداشت) اختلاف معني داري را نشان نداد. معدل، سلامت عمومي و عزت نفس دانشجويان مشروط و غير مشروط اختلاف معني داري داشت در حالي كه تنها معدل و عزت نفس دانشجويان خوابگاهي و غير خوابگاهي اختلاف داشت. با اينكه عزت نفس و معدل دانشجويان متأهل و مجرد اختلاف نداشت، ولي سلامت عمومي آنها اختلاف معني داري داشت. سلا مت و عزت نفس دانشجويان علاقمند و غيرعلاقمند به رشته اختلاف معني داري داشت در حالي كه معدل آنها اختلاف نداشت. با انجام رگرسيون چندگانه گام به گام، معدل به عنوان متغير وابسته با متغيرهاي مختلف مثل حيطه هاي مختلف سلامت، عزت نفس، جنس، سواد پدر و مادر، رتبه تولد، شاغل بودن، مشروطي و خوابگاهي بررسي شد و نتايج نشان داد كه به جز مشروط بودن، جنس و خوابگاهي بودن، ساير متغيرها هيچ كدام نقش معني داري در تبيين تغييرات معدل نشان نمي دهند. همچنین نتايج نشان داد كه بين عزت نفس و سلامت عمومي همبستگي منفي متوسط معني دار59/0 - وجود داشت. همبستگي بين معدل دانشجويان و عزت نفس و بين معدل و سلامت عمومي معني دار نبود.

نریمانی و همکاران(1384) طرحی را با عنوان مقایسۀ سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی انجام داده اند که هدف از این طرح هدف از تحقیق حاضر یافتن پاسخی برای این پرسش است که آیا بین مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی از نظر سلامت روانی تفاوت وجود دارد یا خیر؟ نتایج نشان داده است که بین چهار گروه مادران دارای کودک کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی از نظر اختلال روانی، افسردگی، اضطراب، روان پریشی، ترس مرضی، تفاوت وجود دارد. در مورد متغیرهای افسردگی، اضطراب، روان پریشی و کل آزمون در سطح معنی دار است، همچنین به دست آمده در مورد متغیر پرخاشگری در سطح معنی دار است. متغیر ترس مرضی در سطح معنی دار است. از نظر شکایات جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت در روابط متقابل، و افکار پارانوئیدی تفاوت معناداری بین گروه ها به دست نیامد. با استفاده از آزمون تعقیبی نشان می دهد که از نظر افسردگی بین مادران دارای کودک ناشنوا با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر از میانگین افسردگی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک نابینا، ناشنوا و عادی در مرتبۀ بعدی قرار دارند از نظر اضطراب بین مادران دارای کودک ناشنوا با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر از میانگین اضطراب بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک نابینا، ناشنوا و عادی در مرتبۀ بعدی قرار دارند. از نظر پرخاشگری بین مادران دارای کودک نابینا با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک ناشنوا با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک ناشنوا از میانگین پرخاشگری بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا و عادی در مرتبۀ بعدی قرار دارند. از نظر ترس مرضی بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک ناشنوا از میانگین ترس مرضی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک نابینا، کم توان ذهنی تربیت پذیر و عادی در مرتبۀ بعدی قرار دارند. از نظر روان پریشی بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک نابینا تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد. و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک ناشنوا از میانگین ترس مرضی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر، نابینا و عادی در مرتبۀ بعدی قرار دارند. از نظر میانگین کل آزمون بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر تفاوت معنادار وجود دارد، بین مادران دارای کودک عادی با مادران دارای کودک ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد و در مجموع به ترتیب، مادران دارای کودک کم توان ذهنی تربیت پذیر از میانگین اختلال روانی بالاتری برخوردار هستند و سپس مادران دارای کودک ناشنوا، نابینا و عادی در مرتبۀ بعدی قرار دارند. از نظر شکایات جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت در روابط متقابل و افکار پارانوییدی بین گروه ها تفاوت معنا داری بدست نیامد.

شکری و همکاران (1384) پژوهشی با عنوان تفاوت جنسیتی در مقیاس های بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه های دولتی شهر بیرجند در سال تحصیلی 85- 1384 انجام داده اند .

نتایج نشان داده است که تحقیق حاضر درباره ی نقش تفاوت های جنسیتی در مقیاس رشد فردی نشان می دهد که نمرات دختران در مقایسه با نمرات پسران بالاتر است. در تبیین یافته ی مزبور همسو با نتایج برخی از مطالعات انجام شده در خصوص بررسی نقش تفاوت های جنسیتی در استفاده از شیوه های ترجیهی برای مواجهه با موقعیت های تنیدگی زا که مطالعات مختلف نشان داده است در پیش بینی بهزیستی روانشناختی افراد مؤثر واقع می شود. در مجموع نتایج این تحقیق شواهدی دال بر وجود تفاوت در مقیاس های بهزیستی روانشناختی در دو جنس می باشد. این نتایج بر نقش محوری تفاوت های جنسیتی در بررسی مقیاس های بهزیستی روانشناختی تأکید می کند .

عناصر مهریار(1385) درپژوهش خود با عنوان رابطه ي بين سلامت روان و شادكامي دانشجويان دختر و پسر انجام داده پژوهش حاضر، توصيفي و از نوع همبستگي است. نتايج نشان داده كه نمره ي سلامت روان و مولفه هاي آن؛ يعني كاركرد جسماني عدم اضطراب، كاركرد اجتماعي و عدم افسردگي با شادكامي رابطه ي معنا دارد. همچنين، رابطه ي مثبت معني داري بين خرده مقياس عدم اضطراب و شادكامي مشاهده شد يعني رابطه ي مستقيمي بين عدم اضطراب و شادكامي وجود دارد. بدين معنا كه هر چه نمره ي اضطراب فرد كاهش يابد ميزان شادكامي نيز افزايش خواهد داشت. يعني رابطه ي معكوسي بين عدم افسردگي و شادكامي وجود دارد مقايسه ي ميزان شادكامي دانشجويان دختر و پسر نيز نشان دهنده ي تفاوت معنا داري بين ميزان شادكامي دانشجويان دختر نيست. تجزيه و تحليل داده ها نشان مي دهد كه رابطه ي معني داري بين سلامت روان و شادكامي وجود دارد. بنابراين هر چه فرد از سلامت روان بالاتري برخوردار باشد، ميزان شادكامي وي افزايش خواهد يافت و همين طور شادكامي فرد سلامت روان بالاتري را براي وي به ارمغان خواهد آورد.

رنجبر(1385) پژوهشی با عنوان مقايسه ي انگيزش پيشرفت، عزت نفس و پيشرفت تحصيلي دانشجويان متعارف و غيرمتعارف انجام داده است.

نتایج نشان داده است که: 1- انگيزش پيشرفت و عزت نفس دانشجويان غيرمتعارف با ميزان پيشرفت تحصيلي، رابطه ي مثبت معني دار بالايي دارد. از بين دو متغير تبييني، متغير انگيزش پيشرفت، پيش بيني كننده ي نيرومندي است. 2- سطح انگيزش پيشرفت دانشجويان غيرمتعارف، بيشتر از سطح انگيزش دانشجويان متعارف است. 3- ميزان پيشرفت تحصيلي دانشجويان غيرمتعارف، بيشتر از پيشرفت تحصيلي دانشجويان متعارف است. 4- ميزان عزت نفس دانشجويان غيرمتعارف بيشتر از عزت نفس دانشجويان متعارف است. 5- سطح انگيزش پيشرفت دانشجويان غيرمتعارف مرد بيشتر از دانشجويان غيرمتعارف زن است. 6- ميزان عزت نفس دانشجويان غيرمتعارف مرد بيشتر از عزت نفس دانشجويان غيرمتعارف زن است. 7- ميزان پيشرفت تحصيلي دانشجويان غيرمتعارف مرد بيشتر از پيشرفت تحصيلي دانشجويان غيرمتعارف زن است. 8- ميزان پيشرفت تحصيلي دانشجويان غيرمتعارف سال اول، بيشتر از دانشجويان غيرمتعارف سال آخر است. 9- بين ميزان عزت نفس دانشجويان غيرمتعارف سال اول و سال آخر، تفاوت معني دار وجود ندارد. 10- بين ميزان انگيزش پيشرفت دانشجويان غيرمتعارف سال اول و سال آخر تفاوت معني دار وجود ندارد.

بیانی و همکاران(1385) پژوهشی را با عنوان رابطه ی ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد آزاد شهر( 86-1385) انجام داده اند. نتایج نشان داده است که بین مقیاس های بهزیستی روانشناختی و پرسشنامه ی سلامت عمومی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد. با افزایش سطح بهزیستی روانشناختی در میزان سلامت عمومی نیز بهبود مشاهده شده است. با توجه به همبستگی معناداری که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی به دست آمده می توان گفت که این دو سازه با همدیگر مرتبط هستند و تغییر در یکی از این متغیر ها معمولا با متغیر دیگری همراه خواهد بود. نتایج نشان داده که رابطه ی بین اضطراب و ابعاد ارتباط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی منفی و معنادار است. همچنین نتایج نشان داده است که رابطه ی منفی و معنادار افسردگی با پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی است. نتایج نشان داده که بین نشانه های جسمانی و ارتباط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش نشان داده که مقیاس های بهزیستی روانشناختی از پایایی قابل قبول برخوردار است.

نیسی و همکاران(1385) پژوهشی با عنوان مقایسه ی سلامت روانی، سازگاری فردی،اجتماعی و عملکرد تحصیل دانش آموزان پایه ی اول فاقد و واجد مادر در دبیرستان های اهواز با کنترل حمایت اجتماعی و هوش دانش آموزان در سال 1385 انجام داده اند. نتایج نشان داده است که میانگین سلامت روانی کلی و چهار خرده مقیاس آن در گروه واجد مادر بیشتر از گروه فاقد مادر است و این نتیجه برای پسران و دختران به طور جداگانه صادق است. همچنین میانگین عملکرد تحصیلی گروه فاقد مادر کمتر از گروه واجد مادر است و این نتیجه برای پسران و دختران نیز به طور جداگانه صادق است. میانگین سازگاری فردی، اجتماعی در دو گروه فاقد و واجد مادر تفاوت چندانی باهم ندارند. نتایج نشان داده است که بین گروهای فاقد و واجد مادر(پسران و دختران) حد اقل از لحاظ یکی از متغیرهای سلامت روانی، سازگاری فردی، اجتماعی، عملکرد تحصیلی تفاوت معنادار وجود دارد.

امامی و همکاران(1385) پژوهشی با عنوان مقایسه ی اثر بخشی دو شیوه ی شناختی، رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان را در سال 1385 انجام دادند. نتایج نشان داده است که فرضیه ی اول، پژوهش یعنی اینکه شیوه ی شناختی، رفتاری عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر دوره ی راهنمایی را افزایش می دهد، تأیید شد. نتایج دیگر این پژوهش از این قرار است: آموزش والدین، عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر دوره ی راهنمایی را افزایش می دهد. بین تأثیر دو شیوه ی مذکور در افزایش عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد. این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. بین تأثیر دو شیوه ی مذکور در افزایش ابعاد مختلف عزت نفس تفاوت وجود دارد این فرضیه تأیید نشد. نتیجه ی عمده ای که از این راه بدست می آید این است که: فراهم آوردن موقعیت هایی که نوجوانان بتوانند به طور عملی روش های افزایش عزت نفس را یاد بگیرند، امری ضروری است .

رمزی(1386) در پژوهش با عنوان مقایسه سلامت روانی والدین معلولین ذهنی(سنین پایین تر از 16 سال) مقیم در مراکزشبانه روزی و والدین معلولین ذهنی که هنوز درآین مراکز پذیرش نشده اند به این نتایج رسید: بین مادران کودکان معلول علائم روان تنی، اضطراب، ترس های مرضی، وسواس اجباری، حساسیت درروابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح5% وجود دارد. در حالی که مقوله های پرخاشگری افکار پارانوئیدی و روانپرشی تفاوت معنی داری یافت نشد. همچنین بین پدران کودکان معلول ذهنی مقیم درمراکز و پدران کودکان معلول ذهنی دراین مراکز پذیرش نشده اند در مقوله های افسردگی، اضطراب و حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح 5% وجود دارد درحالی که در مقوله های علایم روان تنی، ترس های مرضی، و سواس اجباری افکار پارا توئیدی و روان پریشی تفاوت معنی داری یافت نشد.

رجبی و خدایی(1386) پژوهشی با عنوان تأثير مشاورة گروهي با روش درمان عقلاني، عاطفي، رفتاري بر سلامت عمومي و عزت نفس دانش آموزان انجام دادند. نتايج نشان داده است که واريانسهاي دو گروه آزمايش و كنترل در عزت نفس يكسان مي باشد لذا مي توان از تحليل و واريانس براي تحليل داده هاي اين بخش استفاده نمود. اما نسبت مشاهده شده آزمون همگني واريانس لوين براي متغير سلامت عمومي برابر با 06/5 است كه نشان دهندة عدم برابري واريانس گروههاي آزمايش و كنترل در متغير فوق بدست آمده است اما به دليل برابر بودن اندازة نمونه در دو گروه مي توان از مفروضة يكساني واريانسها چشم پوشي و از آمار پارامتريك استفاده نمود. تفاوت نمره های عزت نفس کلی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون پس از کنترل نمره های پیش آزمون در دانش آموزان دختر گروه آزمایش و کنترل برابر 17/114 می باشد که در سطح آماری کمتر از 01/0 معنادار است. یعنی آموزش مشاوره گروهی براساس درمان عقلانی، عاطفی، رفتاری، عزت نفس کلی را در مرحله پس آزمون افزایش داده است. همچنین نتایج نشان می دهد که پس از کنترل تاثیر پیش آزمون بر نمره های پس آزمون سلامت عمومی، تاثیر گروه معنادار است. این تحلیل نشان می دهد که دو گروه فوق از لحاظ میزان سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند که با توجه به میانگین های ارائه شده بهبود وضعیت سلامت عمومی در گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد.

میکائیلی و شهنی(1386) بررسی شیوع کودک آزاری و پیش بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش آموز و متغیرهای جمعیت شناختی در دانش آموزان دختر آزاردیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز انجام دادند. نتایج نشان داده است که حدود 18 درصد آزمودنی ها در معرض کودک آزاری بالاتر از متوسط قرار گرفته اند همچنین، کودک آزاری را می توان از روی متغیرهای سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس وعملکرد تحصیلی دانش آموز و متغیرهای جمعیت شناختی پیش بینی نمود.

زکی(1386) پژوهشی با عنوان كيفيت زندگي و رابطه آن با عزت نفس در بين دانشجويان دختر و پسر دانشگاه اصفهان انجام داد. نتایج اين تحقیق نشان داد که تفاوت معني داري در كيفيت زندگي كلي دانشجويان پسر و دختر نشان نداد و تنها در زمينه ماوراءالطبيعه و عزت نفس مؤلفه هاي پنج گانه كيفيت زندگي تفاوت معني داري ميان دانشجويان پسر و دختر ديده شد. سوي ديگر ارتباط معني داري از نظر آماري بين سه مؤلفه كيفيت زندگي روابط بين فردي و ماورءالطبيعه با عزت نفس ديده شد. تحليل رگرسيون چندگانه به شيوه گام به گام نشان داد كه به ترتيب سه بعد و مؤلفه كيفيت زندگي که شامل: روابط بين فردي، ماوراءالطبيعه و كاركرد از قدرت پيش بيني بيشتري در مقايسه ديگر ابعادكيفيت زندگي براي ميزان عزت نفس دانشجويان برخوردار بوده اند. و سه مؤلفه كيفيت زندگي به طور هم زمان تغييرات عزت نفس دانشجويان را تبيين نمودند.

خسروی کبیر و همکاران(1386) در پژوهشی با نام مقایسه ی هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی که در سال 1386 با هدف مقایسه ی هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان و افراد عادی انجام داده اند. نتایج نشان داده است که در بررسی فرضیه ی اول پژوهش مبنی بر کمتر بودن هوش هیجانی معتادان به مواد مخدر بین میانگین نمرات هوش هیجانی آزمودنی های دو گروه تفاوت خطی وجود دارد. در نتیجه پایین تر بودن میانگین نمره ی هوش هیجانی معتادان به نسبت افراد عادی نشان می دهد که معتادان دارای سطوح پایین تری از هوش هیجانی هستند. در بررسی فرضیه ی دوم تحقیق مبنی بر پایین تر بودن سلامت روانی معتادان نسبت به افراد عادی، میانگین نمره ی سلامت روان آزمودنی های دو گروه ارزیابی شد. تفاوت معناداری بین سلامت روانی معتادان وافراد عادی نشان داد که نشانگر وجود نشانه های بیشتر اختلالات روانی در معتادان است. در وارسی فرضیه ی سوم مبنی بر رابطه ی هوش هیجانی و سلامت روان معتادان، نشان داده که بین این دو متغیر همبستگی 445/0- وجود دارد. بین هوش هیجانی و سلامت روان آزمودنی صرف نظر از معتاد یا عادی رابطه ی معناداری وجود دارد که حاکی از آن است که برخورداری ازمؤلفه های هوش هیجانی در مدیریت استرس و شناخت موقعیت های بیرونی و نیز حالت های درونی نقش تعیین کننده ای دارد و با پشتوانه ی آن مواجهه با مشکلات، توأم با موقعیت های فردی خواهد بود. اما این مقابله در افراد دارای هوش هیجانی پایین تر با کاستی ها و شکست همراه است و در نتیجه سلامت روان آنها نیز متأثر خواهد شد.

یونسی و همکاران(1387)پژوهشی با عنوان مقایسه ی سلامت روان، عزت نفس و مسئولیت پذیری در دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی خانواده های طلاق و عادی شهرستان فیروز آباد سال تحصیلی 88-1387 انجام دادند. نتایج نشان داده است که دختران خانواده های طلاق و عادی با توجه به اینکه از لحاظ تحصیلات مادر و سطح درآمد خانواده ها همسان سازی شده اند؛ اما باز هم از نظر روحی و روانی و شخصیتی با هم متفاوتند. به گونه ای که دختران طلاق از نظر سلامت روان، مسئولیت پذیری و عزت نفس نسبت به همسالان خود در خانواده های عادی در سطحی پایین تر قرار دارند و این امر ناشی از جدایی والدین است که براستی بر روح و روان و شخصیت آنان تأثیر گذار است.

احمد علی نرو بالا و همکاران(1387) پژوهشی را به عنوان، تعیین بررسی وضعیت روان افراد و بالاتر ساکن منطقه شهری و روستایی استانهای کشوری در سال 1378 روی جمعیت 35014 نفر و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) به عنوان ابراز بررسی سلامت روانی و غربالگری اختلالات روانی بر روی آنها و تکمیل گردید که نتایج این تحقیق نشان داده که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان است(9/25درصد مقابل 9/14درصد) که با نتایج پژوهش کلی انجام گرفته در جهان و ایران هم خوانی دارد.

شیربیم، شفیع آبادی، عبدالله و همکاران(1387)پژوهشی را با عنوان اثربخشي آموزش مهارت هاي مديريت استرس بر افزايش سلامت روان دانشجويان انجام داده اند.

نتایج این تحقیق نشان داده است که براي بررسي تاثير آموزش مهارت هاي مديريت استرس در سلامت روان دانشجويان، ميانگين نمرات گروه آزمايش و گواه ين گروه آزمايش و گروه گواه از لحاظ نمره ي سلامت تفاوت معني داري وجود دارد به عبارت ديگر، آموزش مهارت هاي مديريت استرس، موجب افزايش سلامت گروه آزمايش شده است. براي بررسي تاثير آموزش مهارت هاي مديريت استرس در مولفه هاي سلامت روان) نشانگان جسماني، اضطراب اختلال در عملكرد و افسردگي) نمرات گروه آزمايش و گواه سطوح معني داري همه آزمونها، بيانگر آن است كه بين دانشجويان گروه هاي آزمايش و گواه، حداقل از لحاظ يكي از متغيرهاي وابسته (مولفه هاي سلامت) تفاوت معناداري وجود دارد. دانشجويان گروه آزمايش و گروه گواه از لحاظ مولفه هاي سلامت( نشانگان جسماني، اضطراب، اختلال در عملكرد و افسردگي) تفاوت معناداري نشان مي دهند. به عبارت ديگر، آموزش مهارت هاي مديريت استرس، موجب كاهش مولفه هاي اختلال در سلامت روان گروه آزمايش شده است.

فرازنه(1388) پژوهشی با عنوان روابط ساختاري بين بهزيستي روانشناختي با هوش هيجاني ادراك شده،توانايي كنترل تفكر منفي و افسردگي مادران كودكان كم توان ذهني و مقايسة آن با مادران كودكان عادي انجام داده است.

نتایج نشان داده است که متغيرهاي درون مدل نشان دهندة وجود تفاوت معني دار بين بيشتر متغيرهاست. در متغير افسردگي نتایج نشان می دهد که بين سطح افسردگي دو گروه تفاوت معني داري وجود دارد. ميانگين افسردگي مادران داراي كودك كم توان ذهني در سطح متوسط تا شديد قرار دارد ولي ميانگين افسردگي گروه داراي فرزند عادي، در سطح خفيف و متوسط است. در متغير راهبردهاي منفي كنترل تفكر و راهكار منفي هوش هيجاني، گروه مادران كم توان نمرات بالاتري دريافت داشته اند در حالي كه در راهبردهاي اجتماعي و حواس پرتي كه از شيو ه هاي مثبت كن تر تفكر به شمار مي روند و راهبردهاي مثبت هوش هيجاني و مؤلفه هاي پذيرش خود، خودمختاري، هدفمندي در زندگي و تسلط بر محيط بهزيستي روانشناختي مادران كودكان عادي، بر ديگر گروه برتري معني داري داشتند. در ديگر مؤلفه ها، تفاوت معني دار نبود. در مرحله اول نتايج تحليل عاملي تاييدي (مدل اندازه گيري معادلات ساختاري) كه براي تعيين بسندگي سنجه ها به كار برده شده، در دو گروه آمده است نتايج حاصل از آزمون مدل اندازه گيري در گروه مادران كودكان عادي و كم توان ذهني نشان دهنده معني داري بارهاي عاملي است. بر اين اساس مي توان نتيجه گرفت ابزارهاي به كار گرفته شده براي سنجش متغيرهاي مورد نظر در گروه مذكور، مناسب بوده اند.

حبیبی و همکاران(1388) تحقیقی را با عنوان مقايسة سلامت رواني در دبيران تربيت بدني و غيرتربيت بدني بر اساس ويژگي هاي جمعيت شناختي انجام داده اند. نتایج اثر اصلی شغل دوم، رده شغلی، جنس و ا ثر تعاملی دوطرفه شغل دوم و رده شغلی و اثر تعاملی دوطرفه شغل دوم و جنس روی متغیرهای وابسته بهزیستی و درماندگی روانشناختی با 95 درصد اطمینان معنی دار بوده است. بررسي تاثيرات بين آزمودني ها بر اساس هر يك از متغيرهاي مستقل جنس، ردة شغلي و شغل دوم را روي هر يك از متغيرهاي وابستة بهزيستي و درماندگي روانشناختي نشان مي دهد. اثر اصلي شغلي دوم روي درماندگي روانشناختي در بين دبيران داراي شغل دوم و دبيران فاقد شغل دوم تفاوت معني داري به لحاظ آماري نشان نداد اما تاثيرات اصلي شغل دوم روي بهزيستي روانشناختي در بين دبيران داراي شغل دوم و دبيران فاقد شغل دوم به لحاظ آماري تفاوت معني داري نشان داد اثر اصلي متغير ردة شغلي بر درماندگي روانشناختي در بين دبيران تربيت بدني و دبيران غيرتربيت بدني به لحاظ آماري تفاوت معني داري نشان نداد اما اثر اصلي متغير ردة شغلي بر بهزيستي روانشناختي در بين دبيران تربيت بدني و دبيران غيرتربيت بدني به لحاظ آماري تفاوت معني داري نشان داد اصلي متغير جنس بر درماندگي روانشناختي در بين دبيران مرد و دبيران زن تفاوت معني داري به لحاظ آماري نشان داد، همچنين اثر اصلي متغير جنس بر بهزيستي روانشناختي در بين دبيران مرد و دبيران زن تفاوت معني داري به لحاظ آماري نشان داداثر تعاملي دو طرفة ردة شغلي و شغل دوم در بين دبيران بر متغير درماندگي روانشناختي به لحاظ آماري معني دار بود اما اثر تعاملي دو طرفة ردة شغلي دوم در بين دبيران روي متغير بهزيستي روانشناختي به لحاظ آماري معني دار نبود اثر تعاملي دو طرفة جنس و شغل دوم در بين دبيران روي متغير درماندگي روانشناختي به لحاظ آماري معني دار بود اما اثر تعاملي جنس و شغل دوم در بين دبيران روي متغير بهزيستي روانشناختي به لحاظ آماري معني دار نبود. آزمون تعقيبي شفه براي بررسي اثر تعاملي متغيرهاي جنس با شغل دوم و ردة شغلي با شغل دوم نشان می دهد که در زمينة درماندگي روانشناختي، دبيران تربيت بدني داراي شغل دوم تفاوت معني داري با دبيران تربيت بدني بدون شغل دوم داشتند دبيران تربيت بدني داراي شغل دوم تفاوت معني داري با دبيران غير تربيت بدني بدون شغل دوم داشتند. در زمينة درماندگي روانشناختي، مردان داراي شغل دوم تفاوت معني داري با زنان بدون شغل دوم داشتند مردان داراي شغل دوم تفاوت معني داري با مردان بدون شغل دوم نشان دادند. مي توان گفت كه اثر اصلي وضعيت تاهل و وضعيت استخدامي و اثر تعاملي دو طرفة وضعيت تاهل با وضعيت استخدامي براي متغيرهاي وابستة بهزيستي و درماندگي روانشناختي با 95 درصد اطمينان معني دار است. مي توان گفت كه اثر اصلي وضعيت تاهل بر درماندگي روانشناختي در بين دبيران متاهل و دبيران مجرد تفاوت معني داري به لحاظ آماري نشان نداد اما اثر اصلي وضعيت تاهل بر بهزيستي روانشناختي در بين دبيران متاهل و دبيران مجرد به لحاظ آماري معني داري بود اثر اصلي متغير وضعيت استخدامي بر درماندگي روانشناختي در بين دبيران رسمي، پيماني و حق التدريس به لحاظ آماري معني داري نبود اما اثر اصلي متغير وضعيت استخدامي بر بهزيستي روانشناختي در بين دبيران رسمي و پيماني به لحاظ آماري معني دار بود اثر تعاملي دو طرفة وضعيت تاهل و وضعيت استخدامي در بين دبيران روي متغير درماندگي روانشناختي به لحاظ آماري معني دار نبود اثر تعاملي دو طرفة وضعيت تاهل و وضعيت استخدامي در بين دبيران روي متغير بهزيستي روانشناختي به لحاظ آماري معني دار نبود. مي توان گفت كه ميانگين بهزيستي و روانشناختي دبيران رسمي، پيماني و حق التدریسی ها بين دبيران رسمي با حق التدريس به لحاظ آماري تفاوت معني داري مشاهده شد. مي توان گفت كه اثر اصلي شغل همسر بر متغيرهاي بهزيستي و درماندگي روانشناختي معني دار است. اثر اصلي شغل همسر بر درماندگي در بين دبيران داراي همسر شاغل و دبيران داراي همسر خانه دار به لحاظ آماري معني دار بود اما اثر اصلي متغير شغل همسر بر بهزيستي در بين دبيران داراي همسر شاغل و دبيران داراي همسر خانه دار معني دار بود.

حاجیوند و همکاران (1388) پژوهشی با عنوانمقایسه ی خلق و خوی کودکان شیرخوار(3تا 12 ماهه) در مادران واجد و فاقد سلامت روانی را در سال 1388 انجام دادند. که مسأله ی مورد نظردر این پژوهش بررسی تأثیر سلامت روان مادر بر ابعاد گوناگون خلق و خوی شیرخوار بوده و تلاش شده بررسی شود که سلامت روان مادر کدام یک از این ابعاد را بیشتر تحت تأثیر قرار می دهد. نتایج این تحقیق پس از به کارگیری آزمون تی مستقل نشان از معناداری هر سه فرضیه در سطح 05/ 0 a =دارد. بیشترین تأثیر سلامت روان مادر در درجه ی اول بر مقیاس های تنظیم و جهت گیری و سپس عواطف مثبت و شاد خویی و عواطف منفی بود. در مرحله ی بعد با مقایسه ی هر یک از 14 آیتم خلق و خو به طور جداگانه در دو گروه مشخص شد که غیر از آیتم های ترس، حساسیت ادراکی، سطح فعالیت و دامنه ی توجه که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد در بقیه ی آیتم ها بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

بهاری فرکیش (1388) پژوهشی با عنوان رابطه بین هویت فردی، سبک های دلبستگی با بهزیستی روانشناختی در جوانان را در سال 1388 با هدف شناسایی رابطه بین هویت فردی، سبک های دلبستگی با بهزیستی روانشناختی جوانان دانشجوی شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد و همچنین میزان تأثیر محل اقامت بر هویت یابی و بهزیستی روانشناختی آنان انجام داده اند. در تبیین نتیجه ی این پژوهش می توان گفت که خوشبختی و خوشی از طریق رویارویی و مواجهه با چالش های زندگی، مشکلات و نیازها به دست می آید نه از طریق تفریح کردن و عدم داشتن هرگونه کشمکش و تعارض ونه با داشتن یک زندگی یکنواخت و بدون تغییر پستی و بلندی، در حقیقت بهزیستی انسان در گرو تعامل و همراهی مقولات متضاد مثل درد و لذت، بلندپروازی و امیدواری در مقابل رنج و نا امیدی است. در این میان همانگونه که از نتایج این پژوهش بدست آمده محل زندگی، خود دارای رابطه ی مثبت معنادار بالایی با میزان احساس بهزیستیش است. زیرا احساس تعلق به محیط و توانایی اداره ی زندگی در محیط بر احساس بهزیستیش تأثیر گذار است.

نتایج پژوهش هالدی و هانرلیک(1960) نشان داده است که والدین مبتلا به نشانگان داون در مقایسه با والدینی که فرزندانشان مشکلی ندارند تحت فشار بیشتری هستند و هنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می رسند والدین احساس ناتوانی بیشتری در قبال آنان می کنند.

نتایج پژوهش اولشانسکی(1962) نشان داده است که اغلب والدینی که کودک کم توان ذهنی دارند از یک عکس العمل روانی به نام اندوه مزمن رنج می برند به خصوص اگر کودک دارای کم توان ذهنی عمیق باشد.

در تحقیقی که نیتز(1971 ) در مورد سلامت روانی معلمان انجام داده مشاهده شد که از هر سه نفر معلم دو نفر را می توان از نظر روانی با ثبات تلقی نمود. یعنی این که از هر سه نفر یک نفر به هر صورت دچار نوعی مسئله روانی می باشد .

آلن برگ( 1973 ) در پژوهشی که انجام داد به این نتیجه رسید که در مدارسی که معلمان از روحیه و سلامت روان بالایی برخوردارند در پیشرفت دانش آموزان افزایش مشاهده می شود و برعکس روحیه پایین و عدم سلامت روان و رضایت شغلی می تواند به کاهش بهره وری و از پا درآوردن معلم منجر شود که این موضوع با کاهش علاقه، کاهش کیفیت تدریس، کاهش فعالیت و تلاش برای ترک شغل مرتبط است( عبدلی 1381 ).

فینستین[[53]](#footnote-53)1، دونالد[[54]](#footnote-54)2، جوردان [[55]](#footnote-55)3( 1982 ) در ارتباط با رابطه عزت نفس و افسردگی با رضایت شغلی و ارتباط کانونهای کنترل با افسردگی بر روی نمونه ای از32 نفراز معلمان دبیرستان و 17 نفر از معلمان دانش آموزان دارای اختلالات عاطفی تحقیقی به عمل آوردند نتایج پژوهش دلالت بر همبستگی منفی بین رضایت شغلی و افسردگی و همبستگی مثبت بین عزت نفس و رضایت شغلی داشت. کانونهای کنترل( درونی و بیرونی ) اثر قابل ملاحظه ای بر افسردگی نداشتند و ارتباط هر دو افسردگی به یک اندازه بود .

در تعداد محدودی از پژوهش ها رابطه بین بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی بررسی شده است. جورج لاندرمن(1984) رابطه بین بهزیستی و سلامت عمومی را مثبت و قابل توجه گزارش داده اند.

وادینگتون، بوش[[56]](#footnote-56)(1992) در مطالعه تحت عنوان تاثیر معلولیت کودک روی عملکرد وسلامت روانی مادر 12 جفت مادر را مورد بررسی قرار دادند. سن کودکان ونوجوانان10 تا 19 ساله و جوانان 13 تا 26 ساله با شرایط معلولیت شدید بود و مادران آنها دارای سن 36 تا 68 سال بود مصاحبه ای نیمه برنامه ریزی شده با مادران در ارتباط با عملکرد روانشناختی مادر و به وطور مستقیم بر نقش عملکرد مادر تاثیر می گذارند.

آریندل و همکاران(1999) در بررسی رابطه بین بهزیستی روانشناختی، سلامت عمومی به این نتیجه رسیدند که با افزایش بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی نیز تحت تاثیر قرار گرفته و افزایش می یابد. شات و ریف در مطالعه رابطه بهزیستی روانشناختی و شخصیت به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و روان رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

مایر(2000) روی 217 پدر و مادر کودک ناشنوای آلمانی که کودکان آنان در سنین 12 تا 6 سال بودند مطالعه ای را با شاخص استرس والدین(اپیدمن ،1990) انجام داد و به این نتیجه رسید که هر چه آسیب شنوایی کودکان بیشتر باشد والدین مشکلات بیشتری را هم در ارتباط خود با دیگران و تعدادی از آنان با افراد ناشنوای بزرگسالان ارتباط داشتند افسردگی کمتری را گزارش کردند.

رونی و همکاران(2003) دریافته اندکه بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه منفی و معناداری وجود دارد(بیانی وهمکاران،1386).

پژوهش جونز وپسی( 2004) نشان داده است که سبک مقاله در کناب منبع کنترل مهمترین پیش بینی کننده تنش در والدین بود.

نتایج پژوهش جاکز(2006) که پژوهش هایی درباره نقش سبک های مقابله در پاسخ مادران به تنش ناشی از وجود کودک کم توان ذهنی و تاثیر ان در وضعیت سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی انجام شده اند خانواده ها و مادرانی که بیشتر از سبک مسئله محور بهره می گیرند سطوح پایین تری از فشارهای روانی را تجربه می کنند.

**فهرست منابع:**

- قرآن مجید .

- آزاد حسین،(1378)سلامت روان ازدیدگاه الیس،فصلنامه اصول بهداشت روانی،شماره چهارم.

- آقاجانی سعید،اسدی نوقابی احمدعلی،(1381)،نظریه مشاوره وروان درمانی ،تهران،مرکزنشردانشگاهی.

- افروز غلامعلی،(1377)، مقدمه ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران.

- افروز غلامعلی،**(1385)،**مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی،تهران،دانشگاه تهران.

- افروز غلامعلی،(1384)،روانشناسی وتوانبخشی کودکان آهسته گام، تهران،انتشارات دانشگاه تهران.

- احمدی، زینب مقایسه عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، اهواز 1377، ص1 .

- اختیاری امیری راضیه،(1383)،مقایسه بهداشت روانی دانشجویان مجرد ومتاهل خوابگاهی،خلاصه مقالات نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران،دانشگاه شهید بهشتی.

-بازرگان عباس،سرمد زهره،حجازی الهه،(1387)،روشهای تحقیق در علوم رفتاری،تهران،انتشارات آگاه.

- بیابانگرداسماعیل،(1372)،روشهای افزایش عزت نفس در کودکان ونوجوانان،تهران،انتشارات انجمن اولیاو مربیان.

- بختیاری پروین،(1379)،برسی وضعیت بهداشت روان معلمان استان اصفهان،فصلنامه دانشگاه ازاد اسلامی اصفهان.

- بنی جمال واحدی شکوه السات،احدی حسن،(1370)،بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی،تهران،نشر نی.

- بهرامی احسان هادی،(1381)،بهداشت روانی در قرن بیست ویکم و چالشهای پیشرو،مجله روانشناسی وعلوم تربیتی دانشگاه تهران،سال سی و دوم،شماره1،ص181-199 .

- پورافکاری نصرالله،(1376)،فرهنگ جامع روانشناسی-روانپژشکی وزمینه وابسته،چاپ دوم،تهران،نشر نی.

- تقوی سید محمدرضا، (1380)، بررسی روایی و اعتیار پرسشنامه سلامت روانی، تهران.

- رحیمی نژادعباس،پاک نژادمحسن،(1383)،ارتباط بین سازگاری خانواده باسلامت روانی وسطح ارضاء نیازهای روانشناختی فرزندان ونوجوانان،خلاصه مقالات کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران،تهران،دانشگاه شهیدبهشتی.

- راس،آ،آلن،(1377)،روانشناسی شخصیت نظریه ها وعمل،ترجمه جمالفرسیاوش،تهران،انتشارات بعثت.

- زنجانی طبسی رضا،(1383)،ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روانشناختی،پایان نامه کارشناسی ارشد،دانشگاه تهران.

- سیف نراقی مریم،نادری عزت الله،(1382)،اختلالات رفتاری کودکان وروشهای اصلاح وترمیم آن،انتشارات بدر.

- سایت اینترنت.

- سنچولی حمیده،(1388)،رابطه تجربه ی معنوی با سلامت روانی در والدین دارای فرزندان استثنایی و والدین فرزندان عادی،پایان نامه کارشناسی ارشد .

- شاطرلو عالیه، افزایش عزت نفس دانش آموزان کم توان ذهنی از راه توجه به مولفه های خود پنداره، تعلیم وتربیت استثنایی ، 1386 شماره 74، ص27 .

- شریعتی تقی،داورمنش عباس،(1370)،نگرش پدران کودکان عقب مانده ذهنی در مورد عقب ماندگی فرزندانشان ومقایسه آنهادر سطوح مختلف فرهنگی،پایان نامه کارشناسی ارشد.

- شاملو، سعید،(1382)، بهداشت روانی تهران، رشد.

- شاملو، سعید،(1368)،مکتبهاونظریه ها در روانشناسی شخصیت،چاپ اول،تهران،انتشارات رشد .

- شکری امید،(1380)،تفاوت های جنسیتی در بهزیستی ذهنی ونقش ویژگیهای شخصیت،مجله پزشکی و روانشناسی بالینی ایران،شماره 4 .

- شفیع آبادی عبدالله،(1372)،نظریه مشاوره و روان درمانی،تهران ،انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.

- علیزاده حمید،(1381)،تاثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده،تعلیم وتربیت استثنایی،1381،شماره14،ص3-7 .

- عمران نسب عمران،(1387)،برسی ارتباط بین اعتقات دینی وسلامت روان در دانشجویان سال آخرکارشناسی علوم پزشکی وخدمات درمانی ایران،پایان نامه کارشناسی ارشد،دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

- عباسپورعلی،(1385)،رابطه بین کمالگرایی و عزت نفس باسلامت روانشناختی در دانشجویان دانشگاههای دولتی شهر تهران،پایان نامه کارشناسی ارشد .

- فرهادی علی،(1384)،میزان شادمانی و ارتباط آن با عزت نفس در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فصلنامه اصول بهداشت روانی،سال هفتم،شماره 25 .

- فیضی ژاله،(1386)،رابطه سلامت عمومی،کمالگرایی وعزت نفس در پزشکان عمومی،پایان نامه کارشناسی ارشد .

- کرد تمینی بهمن،(1384)،نقش ازدواج مجدد در سلامت روانی همسران و فرزندان شاهد استان سیستان و بلوچستان،پایان نامه کارشناسی ارشد،دانشگاه تهران.

- کلمز هریسف،(1375)،روشهای تقویت عزت نفس درنوجوانان،ترجمه علیپور پروین،مشهد،آستان قدس رضوی.

- لطافتی بریس، امین (1388) نظريه پردازان سلامت روان،76 فصلنامه تازه هاي رواندرماني، سال شانزدهم، شماره 55 و. 56

- مشکی و همکاران(1387)، بررسي تاثير برنامه آموزشي با به كارگيري عزت نفس و باورهاي كنترل سلامت بر ارتقاي سلامت روان دانشجويان، فصلنامه علمي پژوهشي فيض، دوره دوازدهم، شماره 4.

- مفیدی فرخنده،(1376)،آموزش خانواده راهنمای عملی والدین و مربیان کودکان استثنایی،انتشاراتی سرآمد کاوش.

- مهرابی زاده هنرمند، نجاریان بهمن، مسعودی میترا، مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر 12-7 ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی، پژوهش درحیطه کودکان استثنایی 1380 شماره 2ص187 .

- میکائیلی منیع فرزانه، مقایسه بهزیستی روان شناختی مادران دانش آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی وعادیف تعلیم وتربیت استثنایی، 1388، شماره 92ص88 .

- میلانی فر بهروز، (1374)،روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، تهران،نشر قومس.

- میلانی فر بهروز،(1382)،بهداشت روانی،چاپ هشتم،تهران، نشر قومس.

- نریمانی محمد، آقامحمدیان حمیدرضا، رجبی سوران، مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی کودکان عادی فصلنامه اصول بهداشت روانی، 1386 شماره 33 و34 ، ص15-24 .

- نجات حمید،(1378)،مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی،فصلنامه بهداشت روانی،شماره 3 .

- ولی زاده شیرین، روشهای افزایش عزت نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، تعلیم وتربیت استثنایی 1387 شماره 85 و 84 ص70 .

- هرشن سن،دیویدپاور،پال دبلیو،(1988)،مشاوره بهداشت روانی:نظریه وعمل،ترجمه منشی طوسی محمد تقی،مشهد،انتشارات آستان قدس رضوی.

- یوسفی لویه مجید، مداخله های روان شناختی در مورد کودکان با نیازهای ویژه تعلیم و تربیت استثنایی1387 شماره 85 و 84 .

- هالان،دانیل پی،کافمن جیمزام(1371)،کودکان استثنایی(مقدمه ای بر آموزشهای ویژه)،ترجمه جوادیان مجتبی، مشهد،انتشارات آستان قدس رضوی.

- Adler. A. (1926). The Neurotic Constitution. New york Dood mead

- Burden.R.L(1980) measuring the effects of sters on the mother of handicapped imfamts: mast depression always follow?

- Beckman, P.J(1991). Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without

- Cmic, k.,friedrich,w., Greenberg,m(1983).Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology.American journal of mental deficiency, 88, 125-231

- Corsini. R.(1973). Current Psychotheraphes. Peacock Pubilshers. Inc Itasaca. Lllonnis

- Corson. V.(1999)Bermer.A.Elizabeth.N.Mental Health Nursing. Sau Nders Compaany

-Edwards, A.J(1977),Education psychology, landon.15-66

- Ellis. A. doubson. (1988) How to live with and without anger New york: Reasers Digestpress

- Leinonen. J. a,solataus, t . S, Punamaki. R.I, (2003)jurnal of child psychiatry,44(2),227-41

- Ryff. C. D. Keyes. C. l. m Shomtkin .D. (2002). Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional. Journal of Personality and social psychology. 62 (6). 1007-1022

- Skinner. B. F. (1973). Beyond Freedom and Dignity palific Grov. Califormia u.s.a

1. 1.Self [↑](#footnote-ref-1)
2. 2.Personality [↑](#footnote-ref-2)
3. Adler.1 [↑](#footnote-ref-3)
4. 2.Allport [↑](#footnote-ref-4)
5. 3.Rogers [↑](#footnote-ref-5)
6. Sullivan .4 [↑](#footnote-ref-6)
7. Horn 5. [↑](#footnote-ref-7)
8. James 6. [↑](#footnote-ref-8)
9. Maslow 7. [↑](#footnote-ref-9)
10. Asmet .1 [↑](#footnote-ref-10)
11. Veilly 2. [↑](#footnote-ref-11)
12. 3. Cover-brokovaski [↑](#footnote-ref-12)
13. 4. Kris [↑](#footnote-ref-13)
14. 5. Garni [↑](#footnote-ref-14)
15. 6. Cozon [↑](#footnote-ref-15)
16. 1.James [↑](#footnote-ref-16)
17. 2.Cooper Smith [↑](#footnote-ref-17)
18. Mide 3. [↑](#footnote-ref-18)
19. Girishe 1. [↑](#footnote-ref-19)
20. 1.Parvin [↑](#footnote-ref-20)
21. Hornai 1. [↑](#footnote-ref-21)
22. . Adler1  
     [↑](#footnote-ref-22)
23. 1 . Graham [↑](#footnote-ref-23)
24. 1.Mental health [↑](#footnote-ref-24)
25. 2.Well- being [↑](#footnote-ref-25)
26. 3.Hershenson [↑](#footnote-ref-26)
27. Power.4 [↑](#footnote-ref-27)
28. 1.Smith [↑](#footnote-ref-28)
29. .Coping2 [↑](#footnote-ref-29)
30. World Heallh organization.1 [↑](#footnote-ref-30)
31. Nevers.2 [↑](#footnote-ref-31)
32. Psychas.3 [↑](#footnote-ref-32)
33. American Psychiatry Association.4 [↑](#footnote-ref-33)
34. Smith.1 [↑](#footnote-ref-34)
35. 2.Rutter [↑](#footnote-ref-35)
36. Kutcher.3 [↑](#footnote-ref-36)
37. 1.corsini [↑](#footnote-ref-37)
38. .Sulivan 2 [↑](#footnote-ref-38)
39. Rogers 1. [↑](#footnote-ref-39)
40. 1.Ellis [↑](#footnote-ref-40)
41. Skinner 1. [↑](#footnote-ref-41)
42. 1. Strumpfer [↑](#footnote-ref-42)
43. 2. Ryff [↑](#footnote-ref-43)
44. 3. Keyes [↑](#footnote-ref-44)
45. Life-span.4 [↑](#footnote-ref-45)
46. Neugarten.5 [↑](#footnote-ref-46)
47. Maturity.1 [↑](#footnote-ref-47)
48. Myeris.2 [↑](#footnote-ref-48)
49. Diener.3 [↑](#footnote-ref-49)
50. American Assoctuon On Mental Retadstion .1 [↑](#footnote-ref-50)
51. 2. Educable Mental Retared [↑](#footnote-ref-51)
52. - عقب ماندگی ذهنی یک مرض یا یک بیماری نیست بلکه شرایط خاص ذهنی است . [↑](#footnote-ref-52)
53. 1.Feinstein [↑](#footnote-ref-53)
54. Donald.2 [↑](#footnote-ref-54)
55. Jordan 3. [↑](#footnote-ref-55)
56. 1.Wadinton Busch [↑](#footnote-ref-56)