

مروری بر دیدگاه ها و نظریه های به زیستی و ارائه مؤلفه های مربوط به آن

جابر افتخاری^۱، طیبه نمازی^۲، سید مجتبی بنی هاشمی^۳

^۱ آموزگار ابتدایی شهرستان نیریز. کارشناسی ارشد فلسفه تعلیم و تربیت

^۲ آموزگار ابتدایی شهرستان نیریز کارشناسی ارشد برنامه ریزی درسی

^۳ کارشناس آموزش ابتدایی اداره شهرستان نیریز کارشناسی ارشد روانشناسی
نویسنده مسئول:

جابر افتخاری

چکیده

سلامت روان تعبیری است که بیشتر برای عدم حضور بیماری روانی بکار برده می شود. این اصطلاح در قانون گذاری، سیاست اجتماعی، پزشکی، روانپزشکی، جامعه شناسی، روانشناسی و در اجرا فراوان کاربرد دارد. این آشفتگی به نادیده گیری و عدم انسجام مفهومی سلامت روان منجر شده است. تاریخچه جنون و بیماری روانی دو تعریف مشترک از سلامت روان را باز می نمایند؛ یکی عدم وجود بیماری روانی و دیگری حالت بهزیستی است. تا کنون تعاریف متفاوتی چون فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و اجزاء آن از سلامت روانشناختی ارائه شده اند که در مقاله حاضر به بررسی هرکدام از این نظریه ها و تعاریف پرداخته می شود.

واژگان کلیدی: نظریه، به زیستی، مؤلفه ها

مقدمه

از زمانهای بسیار دور، همیشه این سؤال مطرح بوده که چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی می شود! هر یک از پژوهشگرانی که در این حیطه به کار پرداخته اند، عوامل و ابعاد خاصی، معرفی کرده اند که هر فردی که واجد این خصوصیات و ابعاد باشد، دارای نسبتی از بهزیستی روانی است. در این بخش سعی می گردد تبیینهای نظری گوناگون در این خصوص و نیز پژوهشهای صورت گرفته، بررسی شود.

در طول تاریخ، فلاسفه و رهبران مذهبی عقیده داشتند که داشتن عشق و معرفت و عدم دلبستگی به دنیا و متعلقات آن، عامل تکامل و بهزیستی است. معتقدین به اصل سودگرایی، مانند جرمی بنتهام (۱۹۴۸) اعتقاد داشتند که وجود خوشی و لذت، و عدم حضور درد در زندگی فرد، به بهزیستی می انجامد. به این ترتیب، می توان گفت که این دسته از افراد بر لذت هیجانی، روانی و جسمانی تأکید داشتند. در اوایل قرن بیستم مطالعه در مورد بهزیستی شروع به شکل گیری کرد.

ویلیام جیمز پدر روانشناسی آمریکا، در مورد "ذهنیت سالم" در کتاب "انواع تجارب مذهبی" مطالبی نوشت. او مشاهده کرد برخی از افراد در هر سنی، با وجود تمامی مشکلات و سختیهایی که در زندگی دارند، خود را به سوی خوشبختی سوق می دهند. اینها کسانی هستند که توجهشان را از بیماری، مرگ و کشت و کشتار و ناآرامیها، برگرفته و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد، قابل پذیرش نیست. با این حال، مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد.

بسیاری از نظریات بیان شده در مخالفت با دیدگاه منفی فروید نسبت به روان انسان بود، فروید معتقد بود روان انسان مجموعه ای درهم و پیچیده از آشفتهگیهای هیجانی و تعارضات و سائقهای غریزی است که انسان را به سمت لذایذ جنسی و پرخاشگری می کشاند. یونگ (۱۹۳۳) و فرنس (۱۹۶۴) در مخالفت با دیدگاه منفی فروید، تأکید بر یکپارچگی و هماهنگی خصوصیات خوب و بد انسانها، صفات مردانه و زنانه و ابراز وجود و توانایی آنها برای پذیرش چیزهای جدید داشت. عقیده محکم اریکسون مبنی بر رشد ایگو باعث اعتقاد به رشد مداوم فرد در طول زندگی شد. بهلر (۱۹۳۵)، بیان داشت که انسان در طول زندگی به تکامل می رسد. آلپورت (۱۹۶۸) نوعی بلوغ را مطرح کرد که شامل رشد فردی، داشتن روابط گرم با دیگران، داشتن امنیت هیجانی و خودپنداره ای مبنی بر واقعیت می شد. مازلو (۱۹۶۸) خصوصیات و مشخصه های افراد خودشکوف را مطرح کرد. جاهدود دریافت که سلامت روان چیزی فراتر از عدم وجود بیماری و اختلال است. او با این تبیین مشخصه های سلامت روان را نیز بر شمرد.

پیشینه بهزیستی روان شناختی

از زمان های بسیار دور، همیشه این سؤال مطرح بوده که چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی می شود. هر یک از پژوهشگرانی که در این حیطه به کار پرداخته اند، عوامل و ابعاد خاصی، معرفی کرده اند که هر فردی که واجد این خصوصیات و ابعاد باشد، دارای نسبتی از بهزیستی روانی است. در طول تاریخ، فلاسفه و رهبران مذهبی عقیده داشتند که داشتن عشق و معرفت و عدم دلبستگی به دنیا و متعلقات آن، عامل تکامل و بهزیستی است. معتقدین به اصل سودگرایی، مانند جرمی بنتهام (۱۹۴۸) اعتقاد داشتند که وجود خوشی و لذت، و عدم حضور درد در زندگی فرد، به بهزیستی می انجامد. به این ترتیب، می توان گفت که این دسته از افراد بر لذت هیجانی، روانی و جسمانی تأکید داشتند. در اوایل قرن بیستم مطالعه در مورد بهزیستی شروع به شکل گیری کرد. ویلیام جیمز پدر روان شناسی آمریکا، در مورد «ذهنیت سالم» در کتاب «انواع تجارب مذهبی» مطالبی نوشت. او مشاهده کرد برخی از افراد در هر سنی، با وجود تمامی مشکلات و سختی هایی که در زندگی دارند، خود را به سوی خوشبختی سوق می دهند. اینها کسانی هستند که توجهشان را از بیماری، مرگ و کشت و کشتار و ناآرامی ها، برگرفته و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد، قابل پذیرش نیست. با این حال، مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد. بسیاری از نظریات بیان شده در مخالفت با دیدگاه منفی فروید نسبت به روان انسان بود، فروید معتقد بود روان انسان مجموعه ای درهم و پیچیده از آشفتهگی های هیجانی و تعارضات و سائق های غریزی است که انسان را به سمت لذایذ جنسی و پرخاشگری

می کشاند. یونگ (۱۹۳۳) و فرنس (۱۹۶۴) در مخالفت با دیدگاه منفی فروید، تأکید بر یکپارچگی و هماهنگی خصوصیات خوب و بد انسان ها، صفات مردانه و زنانه و ابراز وجود و توانایی آنها برای پذیرش چیزهای جدید داشت. عقیده محکم اریکسون مبنی بر رشد ایگو باعث اعتقاد به رشد مداوم فرد در طول زندگی شد. بهلر (۱۹۳۵)، بیان داشت که انسان در طول زندگی به تکامل می رسد. آلپورت (۱۹۶۸) نوعی بلوغ را مطرح کرد که شامل رشد فردی، داشتن روابط گرم با دیگران، داشتن امنیت هیجانی و خودپنداره ای مبنی بر واقعیت می شد. مازلو (۱۹۶۸) خصوصیات و مشخصه های افراد خود شکوفا را مطرح کرد. جاهودا دریافت که سلامت روان چیزی فراتر از عدم وجود بیماری و اختلال است. او با این تبیین مشخصه های سلامت روان را نیز بر شمرده (کارآمد، ۱۳۸۶).

تعریف بهزیستی روان شناختی

سازمان سلامت جهانی (۲۰۰۴، ۲۰۰۱) سلامت روان را به عنوان (حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً غیاب بیماری) تعریف می کند. سلامت روان شامل توانایی زندگی کردن همراه با شادی و بهره وری، بدون وجود دردسر است (پرستون، ۱۹۴۳، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). سلامت روان مفهومی انتزاعی و نسبی گرا است از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش هایش 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 سازد (ایتون ۱۹۵۱، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). سلامت روان شیوه سازگاری با دنیاست، انسان هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی، هوش هشیارانه، رفتار ملاحظه گرانه اجتماعی و گرایش شاد را حفظ می کنند (از ووتون، ۱۹۵۹، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). سلامت روان عنوان و برجسیبی است که دیدگاه و موضوعات مختلف مانند عدم وجود علائم ناتوان کننده یکپارچگی کارکرد روانشناختی، سلوک مؤثر در زندگی شخصی و اجتماعی، احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را دربر می گیرند (کیکر، ۱۹۸۴، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). سلامت روان یعنی هماهنگی بین ارزشها، علاقه ها و نگرش ها در حوزه عمل افراد، در نتیجه برنامه ریزی واقع بینانه ای برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است (نیومنو همکاران ۱۹۸۹، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). سلامت روان ظرفیت رشد و نمو شخصی است (چی دوریز، ۱۹۹۲، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). سلامت روان ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه ای است که ما را قادر به درک ظرفیت های طبیعی خود می کند و به جای جداکردن ما از سایر انسان هایی که دنیا را می سازند، نوعی وحدت بین فرد و دیگران بوجود می آورد (گونتريپ، ۱۹۶۴، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲).

سلامت، بیماری روانی (الگوی پزشکی)

طبیعی به نظر می رسد که ارتباط بین سلامت و بیماری و لذا سلامت روان و بیماری روانی را به عنوان دو انتهای یک پیوستار در نظر بگیریم. سلامت روان از دیدگاه الگوی پزشکی یعنی فقدان یک یا چند مورد از این موارد: (مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی....).

این الگو سعی در تبیین زیست شناختی سلامت و یا بیماری دارد (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲). ترنت با ارجاع به فیزیک اقلیدس، مشکل قرار دادن سلامت روان و بیماری روانی را روی یک پیوستار واحد مطرح کرده است. اهمیت این استدلال فلسفی از آن جهت است که زیربنای نگرش های بسیاری از پزشکان و سیاست های اداره های سلامت ملی برای ارتقاء سلامت روان را تشکیل می دهند (جنکینز وگرفته، ۱۹۹۱، به نقل از تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲). بر طبق فیزیک اقلیدس در یک لحظه در دو مکان بودن، برای مثال در دو نقطه در روی یک پیوستار سلامت روان - بیماری روانی قرار داشتن ناممکن است. به همین ترتیب حرکت کردن از دو نقطه در دو جهت مختلف در آن واحد فیزیک غیر ممکن است. بنابراین غیر ممکن است که بر روی یک پیوستار در یک زمان، هم سالم بود و هم بیمار و یا سلامت روان داشت و هم یک تشخیص بیماری روانی. وزارت سلامت و بهزیستی ملی کانادا پیشنهاد می کند، ارتباط بین این دو را با در نظر گرفتن آن ها بر روی دو پیوستار جداگانه نه اختلال روان و سلامت روان تعریف کنیم. (تودور، ۱۹۹۶، خواجوی، ۱۳۸۲).

حداکثر اختلال / بیماری -----> حداقل اختلال روانی / بیماری

حداقل سلامت روان -----> حداکثر سلامت روان

ترنت (۱۹۹۲) معتقد است این جداسازی مفهومی، مزیت های متعددی به همراه دارد. مهمترین آن ها جدایی سلامت از بیماری و تاکید بر سلامت روان است. با توجه به این ایده می توان همزمان آن را در دو نقطه بر روی دو پیوستار، تجربه و درک کنیم. بنابراین باید در ابتدا عقاید مربوط به سلامت و سلامت روان را جدای از سلامت - بیماری و اختلال در نظر بگیریم. در این معنا، حتی بیمار مبتلا به اختلال شیدایی - افسردگی، می تواند بر حسب احساس آسایش ذهنی و کارکرد خوبی که دارد، سلامت روان مناسبی را تجربه کند. به همین ترتیب بیمار اسکیزوفرنی که پاسخ خوبی به درمان می دهد ممکن است سلامت روانی ضعیف و احساس خوبی در مورد خود نداشته باشد و مشکلاتی را در رابطه با خانواده، دوستان، وضعیت مسکن، اشتغال و مانند آن ها را تجربه کند. داویس (۱۹۹۰) به شیوه مشابهی، آسایش و سلامت - بیماری را به هم ارتباط داده و آن را از طریق متقاطع کردن دو محور نشان داده اند. این دیدگاه در حوزه سلامت / بیماری جسمی توسط کاپلان (۱۹۹۰) و میلز (۱۹۹۹) هم استفاده شده است (داویس، ۱۹۹۰).

بین این دو پیوستار ارتباط وجود دارد، ولی هم از نظر مفهومی و هم از نظر ارتقاء اقدام مناسب، جداسازی آن ها مهمتر از ادغام آن هاست. در این معنا، همانطور که گراهام (۱۹۸۶) می گوید، اشتباه است فرض کنیم که هر کسی که مبتلا به افسردگی و اضطراب است، نمی تواند ملاک های سلامت روان را داشته باشد، یا همانطور که فرودنبگ (۱۹۷۹) مطرح می کند، همپوشی قابل ملاحظه ای بین سلامت روان و عدم وجود اختلال روانی وجود دارد. استفاده از مفهوم دو پیوستار و از حداقل تا حد مناسب سلامت روان بر روی پیوستار دیگر تمایز ایجاد می کند. بنابراین سلامت - بیماری متفاوت از بیماری است و ثبات کمتری از آن دارد.

گلداسمیت، وئوم و دارتی (۱۹۹۷)، بیان می دارد که بهزیستی روانی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر بدست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود.

ریف (۱۹۸۹)، معتقد است که برخی از جنبه های منشوری بهینه، مانند تحقق هدف های فرد، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. او معتقد است که بهزیستی را نباید ساده انگارانه، معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست، در عوض، بهزیستی روانی دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه فرد است. بهزیستی روانی شامل احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانواده، شغل و نظیر این موارد است. بنابراین افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. از سویی، افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت های زندگیشان را نامطلوب ارزیابی و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (هاشمی نصرت آبادی و همکاران، ۱۳۹۱).

نظریه های بهزیستی روان شناختی

نظریه فرانکل

نظریه فرانکل بر معناجویی افراد در زندگی تأکید دارد. او معتقد است، که رفتار انسان ها نه بر پایه لذت گرایی نظریه روانکاوی فروید و نه بر پایه نظریه قدرت طلبی آدلر است، بلکه انسان ها در زندگی به دنبال معنا و مفهومی برای زندگی خود می باشند. (فرانکل، ۱۹۹۵، ۱۹۵۸، ۱۹۵۹، ۱۹۶۶) اگر فردی نتواند معنایی در زندگی خویش بیابد، احساس پوچی به او دست می دهد و از زندگی ناامید می شود و ملالت و خستگی از زندگی تمام وجودش را فرا می گیرد. الزاماً این حس منجر به بیماری روانی نمی شود، بلکه پیش آگهی بدی برای ابتلا به این اختلالات است. بنابراین فرانکل بهزیستی را در یافتن معنا و مفهوم در زندگی می داند (اصفهانی اصل، ۱۳۸۱).

نظریه الگوی ویسینگ و وان دان

ویسینگ (۱۹۸۸)، وان دان (۱۹۹۴)، یک سازه بهزیستی، روان شناختی کلی را معرفی کردند که بوسیله «احساس انسجام و پیوستگی» در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، مشخص و اندازه گیری می شود. آنها تأکید می کنند که بهزیستی روانی، سازه ای چند بعدی یا چند وجهی است و این حیطه ها را در بر می گیرد:

عاطفه: در افراد بهزیست یا خوشبخت، احساس مثبت بر احساسات منفی غلبه دارد.

شناخت: این افراد رضایت از زندگی را تجربه می کنند. به نظر آنها زندگی قابل درک و کنترل است. رفتار: افراد بهزیست، چالش های زندگی را می پذیرند و به کار و فعالیت علاقه دارند.

روابط بین فردی: افراد بهزیست به دیگران اعتماد می کنند و از تعامل اجتماعی نیز برخوردارند (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳).

نظریه ریف

در طول دهه گذشته برای اولین بار تعریفی چند بعدی برای بهزیستی روانی ارائه شد (ریف، ۱۹۹۵). شش مؤلفه در اینجا مطرح شد. تحقیقات بسیاری بر روی بهزیستی با توجه به این مدل انجام شد که برخی به بررسی تأثیر سن، جنسیت یا وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر بهزیستی پرداختند و برخی دیگر بهزیستی را به عنوان عاملی متأثر از تجارب زندگی (ازدواج، بچه دار شدن و طلاق و...) و یا تحولات زندگی و نیز چالش های خاص (داشتن والدین الکلیک، داشتن بچه عقب مانده ذهنی، پرستاری از همسر یا والدین بیمار) مورد مطالعه قرار دادند. این مؤلفه ها عبارتند از:

پذیرش خود: یکی از مؤلفه های کلیدی بهزیستی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است البته نه به معنای خودشیفتگی یا عزت نفس خیلی بالا و غیر معمول بلکه به معنای احترام به نفسی که بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود باشد. بطوری که جانگ (۱۹۳۳) و رنز (۱۹۶۴) تأکید داشتند که آگاهی از کاستی های خود و نیز پذیرش اشتباهات خویش، یکی از مشخصه های بسیار مهم داشتن شخصیتی کامل و تکامل یافته است. اریکسون (۱۹۵۹) بیان داشت که یکی از عوامل یکپارچگی خود، رسیدن به آرامش در عین وجود پیروزیها و شکست ها و ناامیدی های گذشته است. چنین خودپذیری بالایی براساس خودسنجی واقع بینانه، آگاهی از اشتباهات و محدودیت های خود، و عشق نسبت به خود و دیگران، بنا شده است.

هدف و جهت گیری در زندگی: توانایی پیدا کردن معنا و جهت گیری در زندگی، و داشتن هدف و دنبال کردن آنها، که تمامی اینها در تقابل با خوشبختی قرار دارند، از وجوه مهم بهزیستی هستند. اولین و روشن ترین نظریه در مورد هدفمند بودن دز زندگی را فرانکل (۱۹۹۲) داده است. فرانکل سه سال بسیار سخت را در اردوگاه نازی ها گذراند و در طول این سالها با داشتن اهداف خویش زنده ماند. دید او نسبت به ارتقاء سطح زندگی، اهداف و معنای زندگی آنقدر عمیق بوده که توانسته در سالهای پس از آزادیش، روشی از روان درمانی (معنا درمانی) را برای کمک به هموعانش در یافتن معنایی در زندگی پیدا کند. با استفاده از این روش افراد می توانند در مقابل سختی ها و رنج ها پایداری و مقاومت کنند (بهاری، ۱۳۸۸).

رشد شخصی: یا توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود. پرورش و بدست آوردن توانایی های جدید که مستلزم روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات می باشد، زیرا روبرویی با این شرایط باعث می شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز توانایی های جدید بدست آورد. چه زمانی بیشترین احتمال یافتن این نیروها می رود؟ زمانی که فرد تحت فشار است، این استعدادها مکرراً کشف می شوند و قدرت خود در تغییر شرایط را نشان می دهند. خودشکوفایی انسانها در طی چالش ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع، می باشد (کارآمد، ۱۳۸۶).

تسلط بر محیط: یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. یعنی هر کسی باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطرافش تسلط و احاطه داشته باشد و این کار در گرو این است که فرد محیطش را مطابق خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه دارد. چنین تسلط و احاطه ای تنها با تلاش ها و عملکرد خود فرد، و در متن کار، خانواده و زندگی اجتماعی او بدست می آید. داشتن کنترل در زندگی، چالشی است که انسان تا آخر عمر با آن روبروست. این جنبه از بهزیستی بر این نکته تأکید دارد که، برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب هر شخصی، همواره به نیروی خلاقه او احتیاج است. چنین محیطی است که برای فرد و اطرافیانش بهترین ها را به همراه دارد و زمانی که در چنین محیطی قرار داریم، متوجه می شویم که تسلط، قوی ترین نیرو و توانایی انسان است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۵).

خود مختاری: به این معناست که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد. جانگ (۱۹۳۳)، تأکید می کند که یک انسان کاملاً رشد یافته و خودشکوف، کسی است رها از هرگونه قرارداد اجتماعی و سنن. به نظر می رسد این وجه از بهزیستی کاملاً مفهوم فضیلت غربی را می رساند که در آن فرد برای رسیدن به خودمختاری و انتخاب سبک زندگی براساس خواسته ها و دیدگاه شخصی و درونی خویش، کاملاً انزوای طلب می شود و حتی برخی از ننگ ها را می پذیرد. بنابراین، فردی که چنین روشی را برای زندگی بر می گزیند، توانایی زندگی در تنهایی و بی کسی را دارد. چنین طرز زندگی هم شجاعت و هم تنهایی را می طلبد (کارآمد، ۱۳۸۶).

روابط مثبت با دیگران: عبارت است از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران. این جنبه اجتماعی- ارتباطی بهزیستی، در بر گیرنده بالا و پایین شدنهای روابط و تعاملات اجتماعی و بین فردی است. به این معنا که روابط می تواند از یک رابطه شدیداً عاشقانه و صمیمی تا روابطی پر از مشکل و ناراحتی در نوسان باشد. تجزیه و تحلیل عمیق تر روابط صمیمانه، یا در حقیقت آمیخته ای از احساسات مثبت و منفی افراد نسبت به یکدیگر، است. چگونگی درهم آمیختن این دو احساس متضاد، چیزی است که برای درک بهتر عملکردهای فردی به دنبالش هستند (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳).

خلاصه اینکه، عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است، بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنها ست که تعیین کننده بهزیستی فرد است.

اگر بخواهیم این شش بعد بهزیستی روانی را بطور خلاصه در یکجا جمع کنیم، می توان گفت که: خوشبختی و خوشی از طریق رویارویی و مواجه با چالش های زندگی، مشکلات و نیازها بدست می آید نه از طریق تفریح کردن و عدم داشتن هر گونه کشمکش و تعارض و نه با داشتن زندگی ای یکنواخت و بدون تغییر و پستی و بلندی، در حقیقت بهزیستی انسان در گرو تعامل و همراهی مقولات متضادی چون: درد و لذت، بلندپروازی و امیدواری در مقابل رنج و ناامیدی است

بهزیستی روان شناختی جزء روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده که شامل دو جزء است. جزء اول قضاوت شناختی افراد در خصوص چگونگی پیشرفتشان را شامل می شود و جزء دوم سطح تجربه های خوشایند را در بر می گیرد (استاپلس [۳۸]، ۲۰۰۴؛ جرنن [۳۹]، ۲۰۰۵).

برخی از نظریات، بهزیستی روان شناختی را از نظر مؤلفه ها یا فرآیندهای ویژه نظیر فرآیندهای عاطفی مفهوم سازی می کنند (روثمن، کیرستن و ویسینگ، ۲۰۰۳). برخی دیگر از نظریات، بهزیستی روان شناختی را شامل فرآیندهای جسمانی، سلامت فیزیکی افراد می دانند و خاطر نشان می سازند که بین سلامت جسمانی بالا و کیفیت بالای زندگی رابطه وجود دارد و برخی دیگر از نظریه پردازان نیز بهزیستی روان شناختی را بیشتر به صورت فرایند شناختی که رضایت از زندگی نشانگر آن است توصیف می کنند (استفن، دلبرگ و جوبرت، ۱۹۹۹؛ اپستین، ۱۹۹۲؛ مارتین و روبین، ۱۹۹۲).

نظریات دیگری نیز در توصیف بهزیستی روان‌شناختی بر نقش فرآیندهای معنوی، نظیر هدفمندی در زندگی که منجر به عملکرد بهینه می‌گردد تأکید می‌کنند (روثمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ آدامز، بزور و استین هاردت [۴۴]، ۱۹۹۷؛ ریف و سینگر [۴۵]، ۱۹۹۸). برخی نیز بر فرآیندهای فردی و اجتماعی از قبیل برخورداری از توجه مثبت نسبت به خود و تسلط بر خود و پیوندهای معنوی‌دار با دیگران اشاره می‌کنند (روثمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ پرتوریس، ۱۹۹۸؛ آدامز و همکاران، ۱۹۹۷؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۸؛ کستا و مک کرا، ۱۹۹۲). بنابراین به نظر می‌رسد که بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند با توجه به فرآیندهای عاطفی، جسمانی، شناختی، معنوی، فردی و اجتماعی مفهوم‌سازی شود.

در نظریه ریف (۱۹۹۵) بهزیستی روان‌شناختی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. وی بهزیستی روان‌شناختی را فرآیند رشد همه جانبه‌ای می‌داند که در طول عمر گسترده است. بنابراین بهزیستی روان‌شناختی از دیدگاه ریف، تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد تعریف شده است.

ریف به منظور تعریف معیارهای بهزیستی روان‌شناختی مطالعات مازلو درباره‌ی خودشکوفایی، مطالعات راجرز در مورد انسان با کنش کامل، پژوهش‌های یونگ درباره‌ی نفرد، دیدگاه آلپورت درباره‌ی بالیدگی، الگوی اریکسون از رشد روانی- اجتماعی، دیدگاه بوهرلر [۵۰] درباره تمایلات اساسی زندگی، دیدگاه نیوگارتن درباره‌ی تغییر شخصیت در بزرگسالی و ملاک‌های مثبت سلامت روانی از دیدگاه جاهودا را مورد بررسی قرار داده است (ریف، ۱۹۹۵؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۸). ریف و کیز (۱۹۹۵)، الگوی بهزیستی روان‌شناختی را شامل شش عامل خودپرویی، تسلط محیطی، رشد شخصی، رابطه مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خود می‌دانند. در ادامه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در نظریه‌ی ریف (۱۹۹۵) با شرح و تفصیل بیشتری ارائه می‌شود.

کووارد و رید (۱۹۹۶) در نظریه خود بهزیستی روان‌شناختی را حسی از سلامت می‌دانند که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی کل جنبه‌های فرد را شامل شده و از عناصر معنوی تشکیل شده است. در همین راستا نظریه رایان و دسی [۵۳] (۲۰۰۱) احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان، ایجاد پیوند مثبت و رابطه‌ی مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت را از مشخصه‌های بهزیستی روان‌شناختی می‌دانند.

بهزیستی روان‌شناختی در نظریه ریف و کیز (۲۰۰۲) نوعی رضایتمندی و خرسندی افراد از کیفیت زندگی است که حالتی مثبت از رفاه جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی را شامل می‌شود. از طرفی بر اساس نظریه‌ی ویسینگ و وان ادن (۱۹۹۷) بهزیستی روان‌شناختی ترکیبی از کیفیت‌های ویژه، از قبیل احساس انسجام، رضایت از زندگی، تعادل عاطفه و نگرش کلی نسبت به خوش‌بینی یا جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی است.

زنجان‌طیسی (۲۰۰۴) اظهار می‌دارد که بهزیستی روان‌شناختی سازه‌ای چند بعدی است که به صورت (۱) عاطفه: احساسات مثبت (۲) شناخت: زندگی قابل درک و کنترل (۳) رفتار: علاقه به کار و فعالیت (۴) خودپنداره: توانایی اثبات خویش (۵) روابط بین فردی: تعاملات اجتماعی سازنده بروز می‌یابد.

کارداماس (۲۰۰۶) موارد مشمول احساس بهزیستی روان‌شناختی را رضایت کلی از زندگی، حس انسجام و پیوستگی در زندگی و تعادل عاطفی برشمرده است. برخی از نظریه‌پردازان بر این باور هستند که بهزیستی روان‌شناختی ارزیابی‌های افراد از زندگی کنونی و سال‌های قبل را دربر می‌گیرد. این ارزیابی‌ها شامل واکنش‌های هیجانی افراد به حوادث، حالات روانی و قضاوت‌های آن‌ها در خصوص میزان رضایتشان از زندگی، کمال و بسندگی و رضایت از زمینه‌های خاص زندگی مانند کار و ازدواج را شامل می‌شود (استین بارگر، ۲۰۰۷).

آقایوسفی، علی‌پور و شریف (۲۰۰۹) بهزیستی روان‌شناختی را فرایند منطقی و مفهوم استوار بر پایه‌ی فرهنگ و خلاصه‌ای از ارزش‌ها، عقاید، سمبل‌ها، تجارب شکل گرفته از فرهنگ می‌دانند که می‌تواند راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم کند. لذا بهزیستی روان‌شناختی نیروی قدرتمندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف است.

یکی دیگر از سازه های مهم روان شناسی مثبت گرا بهزیستی روانی است که کارول ریف (۱۹۸۹) برای اولین بار آن را مطرح کرده است. از آنجایی که بر اساس این سازه یک رویکرد درمانی نیز ایجاد شده (بهزیستی درمانی) بسیاری از متخصصان بهداشت روان به بررسی آن علاقه مند شده اند.

سازمان بهداشت جهانی سلامت را نه تنها شامل فقدان بیماری، بلکه در برگیرنده رضامندی ذهنی، جسمی و اجتماعی می داند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶). این تعریف منجر به تغییر الگوی پزشکی (مبتنی بر بیماری ها) و ایجاد و گسترش یک الگوی سلامت عمومی شد. تحقیقات گسترده توسط پژوهشگرانی مانند آنتونوفسکی (۱۹۷۹، ۱۹۸۷) و استرامپفر (۱۹۹۵، ۱۹۹۰) موجب به وجود آمدن پارادایمی در راهبردهای مدیریت سلامت شد که به جای دیدگاه قدیمی درمان بیماری ها بر ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری ها مبتنی است. برای مثال بیماری شایع افسردگی که با تنیدگی، اضطراب و سبک های زندگی مخرب ارتباط دارد، در حال حاضر ۲۱ میلیون از مردم دنیا را مبتلا ساخته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). در حالی که مداخلات درمانی پیشین برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی غالباً بر درمان های دارویی متمرکز بودند، رویکردهای فعلی برای از بین بردن این اختلالات، از راهبردهای ارتقاء بهزیستی روانی استفاده می کنند. مداخلات دارویی علیرغم موثر بودنشان، دارای اثرات جانبی مختلفی هستند و ممکن باعث ایجاد مسمومیت یا اعتیاد فرد شوند، در صورتی که روش های ارتقاء سلامت با تغییر عادات رفتاری فرد موجب تقویت جسم و دستگاه ایمنی بدن شده و بهزیستی روانی و جسمانی وی را با صرف هزینه کمتر روانی و مالی افزایش می دهند. بهزیستی روانی به عنوان یکی از مولفه های اصلی سلامت عمومی و رضامندی در خلال دو دهه گذشته توجه بسیاری از روانشناسان و محققان را به خود جلب کرده و پژوهش های گسترده ای در این باره انجام گرفته است.

بهزیستی روانی بر سلامت ذهنی مثبت دلالت دارد. پژوهش ها نشان داده اند که بهزیستی روانی یک مفهوم متنوع چند بعدی است که در نتیجه ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی های شخصیتی، هویت و تجارب زندگی به وجود می آید.

نتایج پژوهش های واترمن (۱۹۸۴) و ریف (۱۹۸۹) نشان داد که احتمالاً آدمونیا به اشتباه، به شادکامی ترجمه شده است. تحقیقات ریف موجب به جود آمدن دیدگاهی مبتنی بر عینی بودن مفهوم بهزیستی روانی به جای ذهنی بودن آن شد (ادواردز، ۲۰۰۷). پژوهش های ریف بر پایه نظریات و مفاهیم: خودشکوفایی مزلو (۱۹۶۸)، انسان با کنش کامل راجرز (۱۹۶۱)، دیدگاه آلپورت در مورد پختگی (۱۹۶۱)، دیدگاه یونگ درباره فرد (۱۹۳۳)، الگوی مراحل رشد روانی-اجتماعی اریکسون (۱۹۵۹)، تمایلات اساسی زندگی بوهرلر (۱۹۳۵)، دیدگاه نیوگارتن درباره تغییر شخصیت در بزرگسالی (۱۹۷۳)، ملاک های مثبت سلامت روانی از نظر جاهدودا (۱۹۵۸) و نظریه سالمندی بیرن و رنر (۱۹۷۷) شکل گرفته است (ادواردز، ۲۰۰۷).

بررسی تعاریف مختلف سلامت روانشناختی نشان دهنده عدم وجود اتفاق نظر در بین دانشمندان است. برخی از نظریه پردازان مانند آلپورت، فروم، راجرز، فرلو، اریکسون، یونگ و فرانکل به جنبه سالم طبیعت آدمی می پردازند. این روانشناسان در تلاش برای غنا بخشیدن به شخصیت انسان بوده اند و بازخوردی منحصر به فرد در خصوص تحول روانی و کمال انسانی عرضه می کنند (خوشدل، ۱۳۶۷).

الگوی طبیعی

این الگو از تحلیل اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامت انسان پدید آمده است. در این الگو سلامت بر اساس کیفیت سازش فرد با محیط تغییر شرایط تعریف شده است. این الگو تاثیرات وضعیت اقتصادی - اجتماعی، آموزش و عوامل محیطی چندگانه بر سلامتی را در بر می گیرد. (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲).

الگوی کلی نگر

این الگو را بر حسب کلیت شخصیت و نه بر اساس بخشی از بیماری تعریف می کند. الگوی کلی نگر جنبه های فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی و معنوی و محیطی افراد و جوامع را شامل می شود، و بر سلامت بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت های روانی و

هیجانی مثبت متمرکز است (هرمن و هزلر، ۱۹۹۹، به نقل از باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲). رواج الگوی کلی نگر و افزایش پیروان این دیدگاه باعث شده است که به مفهوم سلامت از منظر متفاوت نگریسته شود و به همین منظور ابعاد مختلفی برای آن در نظر گرفته است. بر شمردن ابعادی مانند جسمانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و روانشناختی از ره آوردهای این دیدگاه است. (بزنر، اشتین هارت ۱۹۹۷، ادلین و همکاران ۱۹۹۹، ویسینگ، فوری ۲۰۰۰). از دیدگاه رایان و دسی (۲۰۰۱) دو رویکرد اصلی در تعریف سلامت روانشناختی (بهزیستی) وجود دارد. لذت گرایی و فضیلت گرایی.

لذت گرایی

برابر دانستن بهزیستی با خوش لذت گرایانه یا شادکامی پیشینه ای طولانی دارد. برای مثال اپیکور [۳۸] فیلسوف یونانی بر این باور بود که لذت هدف اصلی زندگی است. لذت گرایی فلسفی وی توسط اندیشمندان متعددی دنبال شد؛ از جمله توماس هابز [۳۹]، فیلسوف انگلیسی که معتقد بود شادکامی محصول تحقق موفقیت آمیز امیال است. یا جان استوارت میل، فیلسوفی که معتقد بود عمل درست عملی است که به ارتقاء سطح شادکامی در فرد منجر می شود (انگ، هو، وانگ و اسمیت، ۲۰۰۳، به نقل از جوشن لو، ۱۳۸۵). دیدگاه غالب روانشناسان لذت گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است که می توان چنین برداشتی را بهزیستی هیجانی نامید. البته گروهی از محققان (مانند دینر، لوکاس، ۲۰۰۲؛ دینر، ساه، لوکاس و اسمیت، ۱۹۹۹؛ لوکاس و دینر، ۲۰۰۴) عنوان بهزیستی شخصی را برای این برداشت بر می گیرند. اما کیز عنوان بهزیستی فاعلی را به نحو گسترده تری بکار می گیرد. از دید وی بهزیستی شخصی صرفاً شامل بعد هیجانی بهزیستی نیست و دو بعد دیگران یعنی بهزیستی روانشناختی و اجتماعی را نیز در بر می گیرد (جوشن لو و همکاران، ۱۳۸۵). بهزیستی هیجانی شامل تعدادی از نشانه های بیانگر وجود یا فقدان احساس های مثبت نسبت به زندگی است. بهزیستی هیجانی را می توان از طریق سه مقیاس ساخت یافته وجود عواطف مثبت (مانند شادی و سر حالی)، فقدان عواطف منفی (مانند اضطراب و ناامیدی) و رضایتمندی از زندگی (سنجید کیز، ۲۰۰۲). البته رایان و دسی (۲۰۰۵) نیز دیدگاه بهزیستی لذت گرا را برابر شادکامی شخصی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است و چنین برداشتی از بهزیستی شخصی، نامیده است و آن را متشکل از تعدادی از نشانه ها می داند. بهزیستی شخصی را می توان از طریق ۳ مقیاس حضور عواطف مثبت، غیاب عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی سنجید. بالانس عاطفی میزان کثرت تجارت عاطفی مثبت فرد از نمره عواطف منفی وی ایجاد می شود (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷). در این قسمت از یک مفهوم چند نام بیان شده است که شامل بهزیستی شخصی و بهزیستی فاعلی و بهزیستی هیجانی است که هر ۳ نام به شرح این مفهوم می پردازند. سازه بهزیستی فاعلی، به صورت چند وجهی مفهوم سازی شده است و دارای دو مفهوم شناختی و عاطفی است. مؤلفه شناختی آن رضایتمندی از زندگی نام دارد. این مؤلفه ارزیابی و داوری کلی شخصی از کیفیت زندگی را در بر می گیرد. مؤلفه عاطفی شامل عاطفه مثبت، نشان دهنده خوشایند بودن، داشتن شور و نشاط، آرامش، آسودگی خاطر و امید به زندگی است. عاطفه منفی نیز با بی قراری، غمگینی، دلمشغولی، احساس عصبانیت و احساس بی ارزشی و ناامیدی تجلی می یابد. بنابراین افراد دارای بهزیستی فاعلی با حس رضایتمندی از زندگی عاطفه مثبت بالا و عاطفه منفی پائین شناسایی می شوند (دینر، اسکالون و لوکاس، ۲۰۰۴؛ پاورتو دینر، ۲۰۰۸).

دیدگاه فضیلت گرایانه

با وجود ماهیت جذاب لذت گرایی، که بهزیستی را به معنای حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد تلقی می کند، جمعی از متفکران شرق و غرب، مخالفت خود را با این برداشت از بهزیستی اعلام کرده اند (انگ و دیگران، ۲۰۰۳). از جمله ارسطو صراحتاً با برداشت لذت گرایانه از بهزیستی مخالفت می کند و سبک زندگی پیشنهادی این سنت را برده وارد و مشابه زندگی حیوانات می داند (واترمن، ۱۹۹۳، به نقل از جوشن لو، ۱۳۸۵). در ازای برابر دانستن بهزیستی با شادکامی و لذت این اندیشمندان آن را با فضیلت برابر می گیرند. نظریات مبتنی بر فضیلت گرایی بر این باورند که ارضای امیال به رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را همراه ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد. (راین و دسی، ۲۰۰۱)، ریف (۱۹۸۹) به تفاوت های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانشناختی (که نظریه پردازان فضیلت گرا طرفدار دومی هستند)، اشاره می کند. این مؤلفه عقیده دارد که بعضی از جنبه های کنش

وری بهینه، مانند تحقق هدف های فردی، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. بنابراین بهزیستی را نباید ساده نگرانه معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست؛ در عوض بهزیستی دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه واقعی فرد است (جوشن لو، ۱۳۸۵).

مدل کیز

کیز (۱۹۹۸) با توجه به این نکته یادآور می شود که در توضیحات حوزه بهزیستی نباید تقسیم بندی زندگی بشر به دو بعد خصوصی و عمومی را فراموش کرد؛ چنانچه روانشناسی اجتماعی نیز بر تمایز این دو بعد زندگی بشر صحنه گذاشته است (جوشن لو، ۱۳۸۵). به رغم اهمیت این تمایز مفهوم سازی پیشتر در مورد کنش وری مثبت بشر دو سنت ذکر شده است. لذت گرا و فضیلت گرا؛ بهزیستی را اساسا بعنوان پدیده ای خصوصی به تصویر کشیده اند. این در حالی است که انسان توسط ساختارهای اجتماعی و جوامع گوناگون احاطه شده و هرروز با تکالیف و چالش های اجتماعی بیشمار دست به گریبان است. بنابراین کیز معتقد است در کنار جنبه های شخصی بهزیستی، نمی توان از جنبه های اجتماعی آن غافل شد. سازمان بهداشت جهانی نیز با تعریف خود از سلامت به عنوان دو حالتی از بهزیستی کامل جسمی-ذهنی و اجتماعی، بر بعد اجتماعی سلامت تاکید می کند (Who, 2004, 2001). در این راستا کیز (۱۹۹۸) مفهوم بهزیستی اجتماعی را مطرح کرده است. بهزیستی اجتماعی بیانگر یک پدیده اساسا عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آن ها مواجه است متمرکز می شود. (کیز و ماجیارمو، ۲۰۰۳، به نقل از جوشن لو، ۱۳۸۵). بهزیستی اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد در مورد کیفیت روابط با افراد دیگر، محله ای که در آن زندگی می کنی و جامعه اش تعریف کرد. کیز ابعاد عملیاتی بهزیستی اجتماعی را با نظر به الگوی سلامت (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) و آموزه های جنبش روانشناسی مثبت گرا مطرح می کند. این ابعاد که هریک منعکس کننده چالش هایی هستند که انسان به عنوان موجودی اجتماعی با آن مواجه است بدین قرارند (کیز، ۱۹۹۸).

یکپارچگی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از کیفیت رابطه اش با اجتماع و جامعه است، افرادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی هستند به جامعه و اجتماعشان احساس تعلق بیشتری دارند و احساس دارا بودن ویژگی های مشترک با افراد جامعه در آن ها بیشتر است.

پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصیصه ها و ویژگی های افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی هستند، دید مثبتی به ذات بشر دارند به افراد دیگر اعتماد می کنند و به خوب بودن مردم باور دارند.

مشارکت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افراد واجد سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی، احساس می کنند، عضو مهمی از جامعه خود هستند و می توانند چیزهای ارزشمند به جهان ارائه کنند.

شکوفایی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل های آن است؛ به این معنا که فرد احساس می کند جامعه در حال تحول است و توانایی شکوفایی از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی را دارد. افراد واجد سطوح مطلوب این بعد بهزیستی اجتماعی، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند که جهان به مکانی بهتر برای همه افراد تبدیل خواهد شد.

درک پذیری اجتماع (انسجام اجتماعی) [۶۹]: بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و شامل علاقه مندی و اهمیت به شتافت دنیاست. افراد دارای سطوح مطلوب این بعد بهزیستی، نه تنها به جهانی که در آن زندگی می کنند اهمیت می دهند، بلکه احساس می کنند که می توانند حوادث پیرامونشان را درک کنند و مایلند معنای زندگی را بفهمند.

اگرچه این ابعاد بهزیستی می توانند نشانگر سلامت روانی فرد باشند، اما در مقایسه با ابعاد بهزیستی هیجانی و روانشناختی از وضوح کمتری برخوردارند. با این وجود باید توجه داشت که مقیاس های بهزیستی هیجانی غالبا رضایتمندی و عواطف مثبت فرد نسبت به زندگی کلی را می سنجد و به ندرت به رضایتمندی و عواطف مثبت نسبت به جنبه های زندگی اجتماعی می پردازد. همچنین ابعاد بهزیستی

روانشناختی نیز برداشت های درون شخصی در مورد سازگاری فرد با دیدگاهش نسبت به زندگی را منعکس می کنند. صرفاً یکی از شش مقیاس بهزیستی روانشناختی - روابط با دیگران - نشانگر توانایی فرد در ایجاد و نگهداری روابط بین شخصی صمیمانه و توأم با اطمینان است (کیز، ۲۰۰۲، به نقل از جوشن لو، ۱۳۸۵).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به مطالبی که بررسی شد و تحلیل های عاملی انجام شده مقیاس سلامت روانی (بهزیستی) از سه عامل همبسته اما متمایز تشکیل می شود: بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی (کیز ۱۹۹۸). کیز معتقد است پژوهشگران تابحال برداشتی جامع از سلامت روانی را مورد بررسی قرار نداده اند و صرفا به جنبه های گوناگون بهزیستی (که وی آنها را نشانه های سلامت روانی می داند) که پیش بینی کننده بهزیستی هیجانی، روانشناختی یا اجتماعی اند، پرداخته اند (کیز و لویز، ۲۰۰۲). اما وی دیدگاهی جامع را برمی گزیند به نحوی که از دید وی، بهزیستی فاعل نشانگر ادراک ها و ارزیابی های فرد از زندگی خود بر اساس حالت های عاطفی و کنش وری روانشناختی و اجتماعی دانسته است. بخوبی شخص است که این دیدگاه با گسترش تعریف بهزیستی فاعلی، هر ۳ جنبه بهزیستی را تا حدی دربر گرفته. هم جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه کارکردی (بهزیستی روانشناختی و اجتماعی) (جوشن لو، ۱۳۸۵). از زاویه تجربی و بر اساس الگوی پزشکی که مطرح شد: سلامت روانی و بیماری روانی دو نقطه پایانی یک پیوستار واحد نیستند (کیز، ۲۰۰۲؛ کیز لویز، ۲۰۰۲؛ کیز، ۲۰۰۳). بر اساس مدل سلامت روانی کامل بهزیستی به عنوان حالتی تعریف می شود که الف) فقدان بیماری روانی و در عین حال ب) حضور در سطح بالای بهزیستی است (کیز، ۲۰۰۲).

مدل سلامت روانی کامل (کیز ۲۰۰۲) (مشابه آن را در بحث الگوی پزشکی داویس و همکاران ۱۹۹۰ بررسی شد) دو بعد سلامت روانی و بیماری روانی را ترکیب می کند که حاصل چهار حالت؛ به نحوی که هم سلامت روانی و هم بیماری روانی شامل دو حالت کامل و ناکامل اند. سلامت روانی کامل نشانگانی است که ترکیبی از حضور سطوح بالایی از نشانه های بهزیستی هیجان، روانشناختی و اجتماعی و در عین حال عدم ابتلا به بیماری های روانی اخیر را شامل می شود. بنابراین بزرگسالان که به لحاظ روانی سالم اند علائم سرزندگی هیجانی و شادکامی و رضایتمندی بالا را نشان می دهند. از کنش وری روانشناختی و اجتماعی خوبی برخوردارند و در نهایت دچار بیماری های روانی در طول ۱۲ ماه گذشته نیستند.

سلامت روانی ناکامل شرایطی است که در آن فرد دچار بیماری روانی است و واجد سطوح پائین بهزیستی اجتماعی، روانشناختی و هیجانی است. بیماری روانی کامل نشانگانی است که ترکیبی از سطوح پائین نشانه های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی است (جوشن لو، ۱۳۸۵).

افراد در حال پژمردگی از ناامیدی خاموشی رنج می برند که ثمره فقدان معنا، هدف و هرچیز مثبت دیگری در زندگی شان است. پژمردگی یک عارضه نادیده گرفته شده است که در اصل نقطه مقابل سلامت روان است. افراد در حال پژمردگی ساکن خالی و پوچ هستند، اما افراد در حال شکوفایی برای زندگی شور و اشتیاق دارند و به صورت فعال و مولد درگیر جامعه و افراد دیگر می شوند (کیز، ۲۰۰۳).

منابع

- باباپورخیرالدین، جلیل؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم؛ اژه ای، جواد؛ فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه های حل مسئله و سلامت روانشناختی، سال هفتم، شماره ۱.
- تودر، کیت (۱۹۹۶)، ارتقای سلامت روان، (ترجمه مرتضی خواجوی، ۱۳۸۲) سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- جوشن لو، محسن؛ رستمی، رضا؛ نصرت آبادی، مسعود (۱۳۸۵)، بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع، فصلنامه روانشناسی ایرانی، سال سوم، شماره ۹
- ملک پور، مختار (۱۳۷۶). بهداشت روانی خانواده کودکان عقب مانده ذهنی. اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال نهم، شماره ۳۳ و ۳۴.
- قائدی، غلامحسین؛ یعقوبی حمید (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر، ارمغان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲، شماره پی در پی ۵۰.
- Bezner, A. T. & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived Wellness : Integrating balance across and within dimensions . American Journal of Health Promotion, 23
- Diener, E., Scollon, C.N., & Lucas, R.E. (2004). The evolving concept of subjective well-being : the multifaceted nature of happiness . Advances in Cell Aging and Gerontology ,15
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., and Smith, H.E. (1999) Subjective Well-being : Three decades of Progress .. psychological Bulletin..125
- Edlin, G. & Golanty, E., ; Brown, K.M. (1999). Health And Wellness. Jones and Bartlett Publisher International . Barb House , Barb News , London
- Edlin, G. & Golanty, E., ; Brown, K.M. (1999). Health And Wellness. Jones and Bartlett Publisher International . Barb House , Barb News , London
- Hermon, D.A. & Hazler, R.Y. (1997). Adherence to a Wellness model and perceptions of psychological well-being . Journal of the counseling and development ,11
- Lucas, R.E. , & Diener, E. , (2004) . Well-being In C . spielberger (Ed.). Encyclopedia of Applied Psychology . . New bury Park , CA
- Ryan, R. M. , & Deci, E.L. (2001) . on happiness and human Potentials: A review of research an hedonic and . eudemonic Well-being . Annual Review of psychology 52
- Voigt, M.A., & Diac, M. (2007) A Gestalt therapeutic program to enhance the Well-being of the diabetic child . Doctoral thesis , university of south Africa
- Wissing, M. D. & Fourie, A. (2000) . Spirituality as a Component of Psychological Well being . 27 Th . International Congress of Psychology July , Stockholm , Sweden