

آیا دانشجویان ایرانی در حال شکوفایی هستند؟

Are Iranian Students Flourishing?

Masoud Nosratabadi

PhD Candidate

Tehran University

Mohsen Joshanloo

MA in Psychology

محسن جوشن‌لو

کارشناس ارشد روان‌شناسی

مسعود نصرت‌آبادی

دانشجوی دکتری

دانشگاه تهران

Fatemeh Mohammadi

MA in Clinical Psychology

Khadijeh Shahmohammadi

PhD Candidate

Tehran University

خدیجه شاه‌محمدی

دانشجوی دکتری

دانشگاه تهران

فاطمه محمدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

چکیده

بر مبنای الگوی کیز (۲۰۰۲) سلامت روانی به سه مقوله در حال شکوفایی، در حال پژمردگی و سلامت روانی نسبی تقسیم می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی این الگو در جمعیت ایرانی انجام شد. یک نمونه ۴۲۴ نفری (۲۲۶ دختر، ۱۹۸ پسر) از دانشجویان دانشگاه تهران، سه مقیاس بهزیستی هیجانی (کیز، ۲۰۰۲)، بهزیستی روان‌شناختی (ریف و کیز، ۱۹۹۵) و بهزیستی اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸) را تکمیل کردند. یافته‌ها آشکار ساخت که در حدود ۱۶ درصد دانشجویان در حال شکوفایی، ۲۰ درصد در حال پژمردگی و ۶۴ درصد از سلامت روانی نسبی برخوردار بودند. در الگوی سلامت روانی بین دو جنس تفاوت معناداری به دست نیامد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی فاعلی، سلامت روانی، شکوفایی، پژمردگی.
پژوهش‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

Abstract

Based on Keyes' Pattern (2002), mental health is divided into three categories: flourishing, languishing and relatively mentally healthy. This study aimed to explore the pattern in Iranian population. A sample of 424 (226 female, 198 male) students completed The Emotional Well-Being Scale (Keyes, 2002), Psychological Well-Being Scale (Ryff & Keyes, 1995), and Social Well-Being Scale (Keyes, 1998). Findings revealed that about 16% of students were flourishing, 20% were languishing, and 64% were relatively mentally healthy. No gender difference was found in the pattern of mental health.

Key words: subjective well-being, mental health, flourishing, languishing.

received: 20 May 2010

accepted: 22 Aug 2010

دریافت: ۸۹/۲/۳۰

پذیرش: ۸۹/۶/۳۱

Contact information: mnosrat@ut.aci.ir

این مقاله برگرفته از یک پژوهش با هزینه شخصی است.

مقدمه

طبق نظر رایان و دسی (۲۰۰۱)، دو روی آورد اصلی در تعریف بهزیستی^۱ وجود دارد: لذت‌گرایی^۲ و فضیلت‌گرایی^۳. برابر دانستن بهزیستی با خوشی لذت‌گرایانه^۴ یا شادکامی^۵ پیشینه‌ای طولانی دارد. برای مثال اپیکور فیلسوف یونانی، لذت را هدف اصلی زندگی می‌دانست. لذت‌گرایی فلسفی وی توسط اندیشمندان بسیاری دنبال شد؛ از جمله توماس هابز^۶ فیلسوف انگلیسی که معتقد بود شادکامی محصول تعقیب موفقیت‌آمیز امیال است. یا جان استوارت میل^۷ فیلسوف سودگرا، که عمل درست را عملی می‌دانست که به ارتقای سطح شادکامی در فرد منجر می‌شود (انگ، هو، وانگ و اسمیت، ۲۰۰۳).

تحقیقات تجربی در حوزه بهزیستی این نکته را پذیرفته‌اند که از دیدگاه غالب روان‌شناسان لذت‌گرا، بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی^۸ و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید. گروهی از پژوهشگران (مانند دینر، لوکاس و اویشی، ۲۰۰۲؛ دینر، سا، لوکاس و اسمیت، ۱۹۹۹) عنوان «بهزیستی فاعلی» را برای این برداشت از بهزیستی برگزیده‌اند. اما کیز (۲۰۰۲) عنوان بهزیستی فاعلی را به نحو گسترده‌تری به کار می‌گیرد. در منظر وی بهزیستی فاعلی صرفاً شامل بعد هیجانی بهزیستی نیست و دو بعد دیگر آن، یعنی بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد. بهزیستی هیجانی شامل مجموعه‌ای از نشانه‌هاست که بیانگر حضور یا غیاب احساس‌های مثبت نسبت به زندگی است. بهزیستی هیجانی را می‌توان از طریق سه مقیاس ساختاریافته حضور عواطف مثبت (مانند شادی و سرخالی)، غیاب عواطف منفی (مانند اضطراب و ناامیدی) و رضایتمندی از زندگی سنجید (کیز، ۲۰۰۲).

با وجود ماهیت جذاب لذت‌گرایی که معتقد است بهزیستی به معنی به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد است، جمع‌گیری از متفکران شرق و غرب،

مخالفت خود را با این برداشت از بهزیستی اعلام کرده‌اند (انگ و دیگران، ۲۰۰۳)؛ از جمله ارسطو که صراحتاً با برداشت لذت‌گرایانه از بهزیستی به مخالفت می‌پردازد و سبک زندگی پیشنهادی این سنت را برده‌وار و مشابه زندگی حیوانات چرنده می‌داند (واترمن، ۱۹۹۳). در ازای برابر دانستن بهزیستی با شادکامی و لذت، این اندیشمندان آن را با فضیلت^۹ برابر می‌گیرند. نظریه‌های فضیلت‌گرا برآنند که ارضای امیال، به‌رغم این که در ما لذت ایجاد می‌کند، همیشه به بهزیستی منتهی نمی‌شود و در نتیجه بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد (رایان و دسی، ۲۰۰۱).

بسیاری از روان‌شناسان در تعریف بهزیستی این سنت را برگزیده‌اند و در حال اجرای تحقیقات در حوزه بهزیستی براساس آموزه‌های سنت فضیلت‌گرایی هستند. ریف (۱۹۸۹) به تفاوت‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی (موضع‌گیری نظریه‌پردازان فضیلت‌گرا) اشاره می‌کند. وی بر این باور است که بعضی از جنبه‌های کنش‌وری بهینه، مانند محقق ساختن هدف‌های فردی، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه‌مدت باشد. این مؤلف معتقد است که بهزیستی را نباید، ساده‌نگرانه، به معنای تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست بلکه باید آن را دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه واقعی فرد به شمار آورد. ریف و کیز (۱۹۹۵) ۶ عامل را به عنوان مؤلفه‌های سازنده بهزیستی روان‌شناختی معرفی می‌کنند: خودپیروی^{۱۰} (احساس خودتعیین‌گری و استقلال؛ توانایی مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی که طرز فکر یا عمل خاصی را بر فرد تحمیل می‌کنند؛ ارزیابی خود با معیارهای شخصی)، سلطه بر محیط^{۱۱} (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیچیده اطراف؛ انتخاب یا ایجاد روابط شخصی مناسب)، رشد شخصی^{۱۲} (داشتن احساس رشد مداوم و پتانسیل آن؛ پذیرا بودن نسبت به تجربه‌های جدید؛ احساس کارآمدی و دانایی روزافزون)، روابط مثبت

1. well-being
2. hedonism
3. eudemonism
4. hedonic pleasure

5. happiness
6. Hobbes, T.
7. Stuart Mill, J.
8. subjective happiness

9. virtue
10. autonomy
11. environmental mastery
12. personal growth

اجتماعی را پیش کشید.

بهبودی اجتماعی بیانگر یک پدیده اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکلیف‌های اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی خود با آن مواجه است متمرکز می‌شود (کیز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). بهبودی اجتماعی به عنوان گزارش خود فرد در مورد کیفیت روابطش با افراد دیگر، محله‌ای که در آن زندگی می‌کند و اجتماعش تعریف می‌شود. کیز (۱۹۹۸) ابعاد عملیاتی بهبودی اجتماعی را با توجه به الگوی سلامت^۸ (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) و آموزه‌های جنبش روان‌شناسی مثبت مطرح می‌کند. این ابعاد عبارتند از:

یکپارچگی اجتماعی^۹: بیانگر ارزیابی فرد از کیفیت رابطه‌اش با اجتماع و جامعه است. افرادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهبودی هستند، نسبت به جامعه و اجتماعشان احساس تعلق بیشتری دارند و وجود مشترکاتی با افراد جامعه را احساس می‌کنند.

پذیرش اجتماعی^{۱۰}: بیانگر درک فرد از خصیصه‌ها و رگه‌ها^{۱۱}ی افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد بهبودی اجتماعی را دارا هستند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‌کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند.

مشارکت اجتماعی^{۱۲}: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد بهبودی اجتماعی را دارند، احساس می‌کنند عضو مهمی از اجتماع خود هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دنیا دارند.

تحقق اجتماعی^{۱۳}: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و نیروهای آن است؛ به این معنا که فرد احساس می‌کند جامعه در حال تحول است و پتانسیلی دارد که از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی در حال شکوفایی شدن است. افراد واجد سطح مطلوبی از این بعد بهبودی اجتماعی، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه

با دیگران^۱ (داشتن روابط گرم، رضایت‌بخش و توأم با اطمینان؛ به فکر خوشبختی دیگران بودن؛ توانایی همدلی، صمیمیت و مهربانی)، هدفمندی در زندگی^۲ (داشتن هدف و جهت‌گیری در زندگی و این که فرد احساس کند زندگی گذشته‌اش معنایی دارد؛ اعتقاد به باورهایی که به زندگی جهت می‌دهند) و پذیرش خود^۳ (داشتن بازخورد^۴ مثبت نسبت به خود؛ پذیرفتن جنبه‌های متفاوت خود؛ داشتن احساس مثبت در مورد زندگی گذشته).

با کمی دقت در مؤلفه‌های سازنده بهبودی که توسط دو سنت متفاوت در جهان روان‌شناسی به تصویر کشیده شده است، می‌توان فهمید که به همه جنبه‌های بهبودی به نحو مطلوب و کاملی پوشش داده نشده است. کیز (۱۹۹۸) با در نظر داشتن این نکته یادآور می‌شود که در انجام تحقیقات در حوزه بهبودی نباید تقسیم‌بندی زندگی بشر به دو بعد خصوصی^۵ و عمومی^۶ را فراموش کرد؛ چنانچه روان‌شناسی اجتماعی نیز تمایز بین این دو بعد زندگی را تأیید می‌کند.

به رغم اهمیت این تمایز، مفهوم‌سازیهایی پیش‌تاز در مورد کنش‌وری مثبت بشر (دو سنت ذکر شده)، بهبودی را به عنوان پدیده‌ای اساساً خصوصی به تصویر کشیده‌اند. این در حالی است که انسان توسط ساختارهای اجتماعی گوناگون احاطه شده و هر روز با تکلیف‌ها و چالش‌های اجتماعی بی‌شماری دست‌به‌گریبان است. بنابراین کیز معتقد است در کنار جنبه‌های شخصی بهبودی، نمی‌توان از جنبه اجتماعی آن غافل شد. سازمان بهداشت جهانی نیز با تعریف خود از سلامت به عنوان «حالتی از بهبودی کامل جسمانی، ذهنی و اجتماعی» بر بعد اجتماعی سلامت تأکید دارد (WHO، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴). در نتیجه برای فهم جامع و کامل سلامت روانی، دانشمندان اجتماعی باید درصدد تحقیق و بررسی بعد اجتماعی آن برآیند و از این طریق به پرکردن خلاء موجود در نظریه‌های بهبودی بپردازند. در این راستا، کیز (۱۹۹۸) مفهوم بهبودی

1. positive relations with others
2. purpose in life
3. self-acceptance
4. attitude
5. private

6. public
7. World Health Organization
8. health model
9. social integration
10. social acceptance

11. traits
12. social contribution
13. social actualization

امیدوارترند و معتقدند جهان در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه افراد است.

انسجام اجتماعی^۱: بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی است و علاقه‌مندی و اهمیت‌دادن به شناخت دنیا را شامل می‌شود. افراد دارای سطح مطلوبی از این بعد بهزیستی، نه تنها به جهانی که در آن زندگی می‌کنند اهمیت می‌دهند، بلکه احساس می‌کنند که می‌توانند به رویدادهای اطرافشان پی ببرند و مایلند معنی زندگی را بفهمند.

شاید این مطلب که ابعاد بهزیستی اجتماعی نشانگر سلامت روانی فرد است در مقایسه با ابعاد بهزیستی هیجانی و روان‌شناختی وضوح کمتری داشته باشد. اما باید توجه داشت که مقیاسهای بهزیستی هیجانی غالباً رضایتمندی و عواطف مثبت فرد نسبت به زندگی کلی وی را می‌سنجند و به ندرت به رضایتمندی و عواطف مثبت وی نسبت به جنبه‌های زندگی اجتماعی می‌پردازند. به همین صورت، ابعاد بهزیستی روان‌شناختی نیز برداشتهای درون-شخصی در مورد سازگاری فرد با دیدگاهش نسبت به زندگی را منعکس می‌کنند. صرفاً یکی از ۶ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی - روابط مثبت با دیگران - نشانگر توانایی فرد در ایجاد و نگهداری روابط بین‌شخصی صمیمانه و توأم با اطمینان است (کیز، ۲۰۰۲). در عین حال نباید فراموش کرد که سازگاری فرد با زندگی شامل جنبه‌های بهزیستی اجتماعی نیز هست. تحلیل‌های عاملی انجام شده نشان می‌دهند که مقیاسهای سلامت روانی سه عامل همبسته اما متمایز را می‌سازند: بهزیستی هیجانی، روان-شناختی و اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸؛ جوشن‌لو، رستمی و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵؛ رابیتسچک و کیز، ۲۰۰۹).

طبق نظر کیز، پژوهشگران تا به حال برداشت جامعی از سلامت روانی را بررسی نکرده‌اند و صرفاً به جنبه‌های گوناگون بهزیستی که وی آنها را نشانه‌های سلامت روانی می‌داند - پرداخته‌اند. به بیان دیگر، پژوهشگران صرفاً پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی یا اجتماعی را (آن هم به صورت جداگانه) مورد بررسی قرار

داده‌اند (کیز و لوپز، ۲۰۰۲).

اما کیز دیدگاهی جامع را بر گزیده است به نحوی که از منظر وی بهزیستی فاعلی^۲ نشانگر ادراکها و ارزیابیهای فرد از زندگی خود براساس حالت‌های عاطفی و کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی وی، دانسته می‌شود. چنانچه مشهود است، در این دیدگاه تعریف بهزیستی شخصی تا حدی گسترش می‌یابد که هر سه جنبه بهزیستی را دربرمی‌گیرد: جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و جنبه‌های کنشی^۳ (بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی).

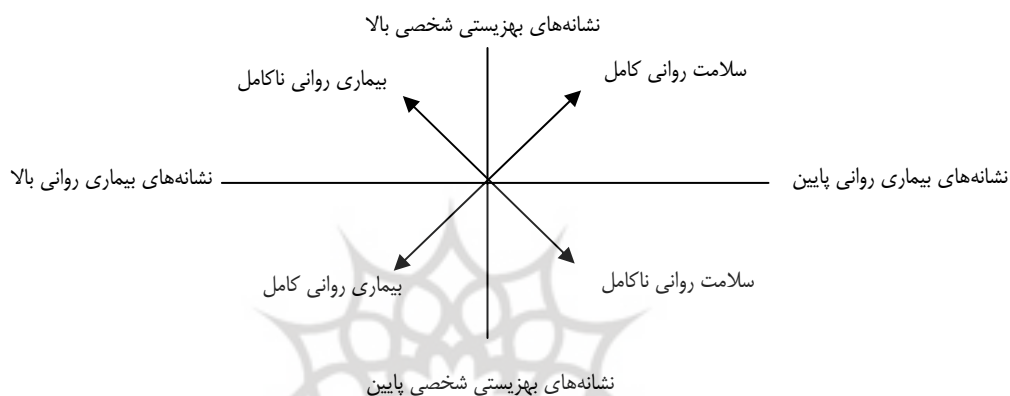
از لحاظ تجربی، سلامت روانی و بیماری روانی دو نقطه پایانی یک پیوستار نیستند. شواهدی که کیز در تأیید این موضوع ارائه می‌دهد از این قرار است (کیز، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷؛ کیز و لوپز، ۲۰۰۲): ابزارهای سنجش بیماریهای روانی (مانند افسردگی) همبستگی منفی اما متوسطی با مقیاسهای بهزیستی شخصی دارند. ریف و کیز (۱۹۹۵) در دو بررسی جداگانه نشان دادند که میانگین همبستگی مقیاسهای بهزیستی روان‌شناختی با مقیاسهای افسردگی ۰/۵۵- است. همچنین براساس تحقیقات انجام شده توسط فریش، کورنل، ویلانوا و رتزلاف (۱۹۹۲) همبستگی مقیاسها و نشانگرهای رضایتمندی از زندگی و شادکامی (بهزیستی هیجانی) با مقیاسهای افسردگی در حدود ۰/۴۰- تا ۰/۵- است. به طور خلاصه، واریانس مشترک بین مقیاسهای رایج افسردگی و بهزیستی فاعلی را در حدود ۲۵ درصد تخمین زده‌اند (کیز، ۲۰۰۳).

تحلیل عاملی تأییدی زیرمقیاسهای مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیری شناسی (CESD)^۴ و زیرمقیاسهای بهزیستی روان‌شناختی، در یک نمونه بزرگسالان آمریکایی نیز از نظریه دو عاملی پشتیبانی می‌کند (کیز، ریف و لی، ۲۰۰۳). به این معنا که بهترین مدل برازش‌کننده داده‌ها، مدل دو عاملی است؛ زیرمقیاسهای CESD نشانگر عامل پنهانی است که منعکس‌کننده حضور یا غیاب بیماری روانی است و زیرمقیاسهای بهزیستی روان‌شناختی نشانگر عامل پنهان دومی است که منعکس‌کننده حضور یا غیاب

1. social coherence
2. subjective well-being

3. functional
4. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

روانی شامل دو حالت کامل و ناکاملند (شکل ۱). سلامت روانی کامل نشانگانی^۱ است که ترکیبی از حضور سطوح بالایی از نشانه‌های بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی و در عین حال عدم ابتلا به بیماریهای روانی اخیر را شامل می‌شود. بنابراین بزرگسالان از لحاظ روانی، علائم سرزندگی هیجانی (شادکامی و رضایتمندی بالا) را نشان می‌دهند، از کنش‌وری روان-شناختی و اجتماعی خوبی برخوردارند و در نهایت دچار بیماریهای روانی (در طول ۱۲ ماه گذشته) نشده‌اند.



شکل ۱. الگوی سلامت روانی و بیماری روانی

می‌کنند. از زاویه مفهومی، بزرگسالانی که دچار سلامت روانی ناکاملند، به افرادی شباهت دارند که دچار مشکل سوء‌مصرف مواد هستند اما کماکان قدرت حفظ شغل و کنش‌وری مطلوب را دارند.

براساس این الگو این امکان وجود دارد که بعضی از افرادی که دچار بیماری روانی نیستند دارای سطوح پایینی از بهزیستی باشند. کیز (۲۰۰۲) چنین شرایطی را پژمردگی^۳ می‌نامد. در مقابل، شرایط کسانی را که دچار بیماری روانی نیستند اما در عین حال از سطوح بالایی از بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی برخوردارند، شکوفایی^۴ می‌نامند.

افراد در حال پژمردگی از ناامیدی خاموشی رنج می‌برند که ثمره فقدان معنا، هدف و هر چیز مثبت دیگری در زندگی‌شان است. پژمردگی یک عارضه نادیده گرفته شده است که در اصل نقطه مقابل سلامت روانی است.

سلامت روانی است. با توجه به یافته‌های فوق، می‌توان پشتوانه محکمی برای این دیدگاه نسبتاً قدیمی که سلامت یک حالت کامل است، ارائه داد (کیز، ۲۰۰۲). بر این اساس، سلامت روانی به عنوان حالتی کامل تعریف می‌شود که شامل: الف) غیاب بیماریهای روانی و در عین حال ب) حضور سطوح بالای بهزیستی است. الگوی سلامت روانی کامل (کیز، ۲۰۰۲) با ترکیب دو بعد سلامت روانی و بیماری روانی به چهار حالت دست می‌یابد؛ به نحوی که هم سلامت روانی و هم بیماری

سلامت روانی ناکامل شرایطی است که در آن فرد دچار بیماریهای روانی است، اما از سطوح پایین بهزیستی اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی برخوردار است. بیماری روانی کامل نشانگانی است که ترکیبی از سطوح پایین نشانه‌های بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی و در عین حال تشخیص بیماری روانی اخیر (مانند افسردگی مه‌آلود^۲) را شامل می‌شود. بنابراین بزرگسالانی که از لحاظ روانی ناسالمند، نه تنها نشانه‌های متداول افسردگی را از خود نشان می‌دهند بلکه در مورد زندگی‌شان نیز احساس خوبی ندارند و از کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند. در مقابل، بزرگسالانی که دچار بیماری روانی ناکامل هستند، اگرچه به بیماری روانی مبتلایند، اما در عین حال نشانه‌های کنش‌وری روان-شناختی یا اجتماعی بالا یا متوسطی را بروز می‌دهند، از احساس رضایتمندی نسبی برخوردارند و احساس شادکامی

1. syndrome
2. Major Depression

3. languishing
4. flourishing

مثبت و رضایتمندی از زندگی و ۱۱ زیرمقیاس مربوط به بهزیستی کنشی با سؤالهایی که ۶ زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و ۵ زیرمقیاس بهزیستی اجتماعی را می‌سنجد، پاسخ می‌دهند. در مجموع این مقیاس شامل ۱۳ زیرمقیاس (دو عدد مربوط به سرزندگی هیجانی و ۱۱ عدد مربوط به کنش‌وری مثبت) است.

روش تشخیص سلامت روانی به وسیله مقیاس فوق مشابه روش تشخیص افسردگی مهاده براساس DSM است. در تشخیص افسردگی مهاده فرد باید بیش از نیمی از نشانه‌ها (حداقل ۵ تا از ۹ تا) را دارا باشد (در این حالت، حداقل یکی از نشانه‌ها مربوط به دسته عاطفی است). به همین ترتیب برای این که فرد در حال پژمردگی تشخیص داده شود نیز باید در یکی از دو مقیاس بهزیستی هیجانی و ۶ تا از ۱۱ مقیاس کنش‌وری مثبت (بهزیستی روان-شناختی و اجتماعی) از سطوح پایینی برخوردار باشد.

همچنین برای آن که فرد در حال شکوفایی تشخیص داده شود، باید سطوح بالایی را در حداقل یکی از ۲ مقیاس بهزیستی هیجانی و ۶ تا از ۱۱ مقیاس کنش‌وری مثبت را دارا باشد. نهایتاً افرادی که نه در حال شکوفایی و نه در حال پژمردگی هستند، از سلامت نسبی برخوردارند. به طور خلاصه، افرادی که در حال شکوفایی یا پژمردگی هستند باید به ترتیب، سطوح بالا یا پایینی را در حداقل ۷ نشانه از بین ۱۳ نشانه بهزیستی نشان دهند.

در نبود ملاکهای مشخص برای تشخیص سطح نشانگان (ملاک تشخیص یک نشانه افسردگی براساس DSM حضور آن به مدت حداقل ۲ هفته به صورت دائم یا اکثر اوقات است)، کیز استفاده از دسته‌بندی سه‌گانه مقیاس^۴ را به عنوان یک ملاک مشخص در تشخیص سلامت روانی پیشنهاد می‌کند؛ در این روش، نمره کسانی که در یک سوم پایین نمره‌های کل نمونه واقع می‌شود، به عنوان کسانی تلقی می‌شوند که در یک زیرمقیاس از سطح پایینی برخوردارند. با به کارگیری این روش، سطح نشانه وابسته به نمره سایر افراد نمونه و تا حدی به صورت قراردادی مشخص می‌شود (کیز، ۲۰۰۲). با استفاده از همین روش، هدف مقاله حاضر، بررسی شیوع اختلالهای

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 مولدی درگیر جامعه و افراد دیگر هستند (کیز، ۲۰۰۳).

سلامت روانی، مانند بیماری روانی، باید به عنوان نشانگانی متشکل از نشانه‌های مختلف در نظر گرفته شود (کیز، ۲۰۰۳). به بیان دیگر سلامت، مانند بیماری، زمانی وجود دارد که مجموعه‌ای از نشانه‌ها با شدت خاصی در دوره‌ی زمانی خاصی حضور داشته باشند (کیز، ۲۰۰۲). بنابراین، برای مطالعه سلامت روانی، پژوهشگران باید به سوی عملیاتی کردن سلامت روانی به عنوان نشانگانی که در برگیرنده نشانه‌های بهزیستی شخصی است گام بردارند.

از زاویه مفهومی و تجربی، مقیاسهای بهزیستی به دو دسته تقسیم می‌شوند: مقیاسهای بهزیستی هیجانی که سرزندگی هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهند و مقیاسهای بهزیستی کنشی^۱ که مجموعه‌ای از نشانه‌های روان‌شناختی و اجتماعی کنش‌وری مثبت را می‌سنجند. این تقسیم‌بندی نشانه‌های سلامت روانی مشابه تقسیم‌بندی نشانه‌های تشخیص افسردگی مهاده در DSM است. افسردگی مهاده شامل نشانه‌های عاطفی مثل خلق افسرده یا بی‌لذتی^۲ (مانند لذت‌نبردن از فعالیتها) و نشانه‌های مربوط به نارساکنش‌وری^۳ (مانند بی‌خوابی یا کم‌خوابی) است (کیز، ۲۰۰۲).

همان‌طور که افسردگی شامل نشانه‌های بی‌لذتی می‌شود، پیشنهاد می‌شود تا سلامت روانی، نشانه‌های حضور لذت یا سرزندگی هیجانی و حضور احساسهای مثبت نسبت به زندگی را دربرگیرد. به همین ترتیب، همان‌گونه که افسردگی شامل نشانه‌های نارساکنش‌وری است، پیشنهاد می‌شود سلامت روانی، نشانه‌های کنش‌وری مثبت (بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی) را دربرگیرد (کیز، ۲۰۰۵ الف). در مقیاس جامعی که کیز با توجه به تعریف خود از بهزیستی فاعلی برای سنجش این مفهوم پیشنهاد می‌کند، پاسخ‌دهندگان به دو زیرمقیاس مربوط به بهزیستی هیجانی با سؤالهایی در مورد حضور عواطف

به چه میزان تجربه کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این زیرمقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. **مقیاس بهزیستی روان‌شناختی** (ریف، ۱۹۸۹) مشتمل بر ۱۸ گویه که برای سنجش ۶ زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی به کار می‌رود و براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای این مقیاس در پژوهش حاضر بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۷ بود.

فرم کوتاه مقیاس بهزیستی اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸) مشتمل بر ۱۵ گویه برای سنجش ۵ زیرمقیاس بهزیستی اجتماعی (یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، درک‌پذیری اجتماعی) به کار می‌رود که براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای این مقیاس در پژوهش حاضر بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۱ بود.

ضرایب همسانی درونی^۱ زیرمقیاسها در جدول ۱ ارائه شده‌اند. دلیل اعتبار متوسط زیرمقیاسهای بهزیستی روان-شناختی مبتنی بر این پیشینه پژوهشی است که برای اجرای مقیاس از طریق تلفن در تحقیقات ملی گویه‌هایی انتخاب می‌شوند که به جای همسانی درونی، روایی محتوایی^۲ را افزایش دهند. به بیان دیگر تعمداً تصمیم گرفته شد که برای فرم کوتاه بهزیستی روان‌شناختی گویه‌هایی انتخاب شوند که نشانگر گستردگی نظری جنبه‌های آن باشند. این تنوع در محتوای گویه‌ها، همسانی درونی زیرمقیاسها را کاهش می‌دهد، اما آنها را به صورت معناداری مرتبط با ریشه‌های نظری زیرمقیاسهای اصلی نگه می‌دارد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی هر یک از زیرمقیاسهای به کار رفته در پژوهش نشان می‌دهد که تمام ۱۳ زیرمقیاس مورد مطالعه از

روانی دانشجویان است. با توجه به اینکه بررسی تفاوت‌های جنسی همواره مورد توجه محققان فعال در زمینه شیوع اختلال‌های روانی بوده است و نقش جنس را در برخی از اختلال‌ها مهم دانسته‌اند (هوپرت، ۲۰۰۹)، تفاوت‌های جنسی در شیوع سلامت روانی دانشجویان نیز بررسی شد. طبق نظر هوپرت، زنان، نسبت به مردان، میزان بالاتری از نشانه‌های مرضی^۱ اختلال‌های روانی شایع از جمله اضطراب و افسردگی را دارند اما اثر جنس در بهزیستی روانی کمتر شناخته شده است (هوپرت، ۲۰۰۹). از این رو، بررسی تفاوت بین دو جنس حائز اهمیت است.

روش

از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه تهران، نمونه‌ای از ۴۲۴ دانشجو (۲۲۶ دختر و ۱۹۸ پسر) با میانگین سنی ۲۱ سال (انحراف استاندارد ۶ سال) به شیوه غیرتصادفی انتخاب و با روش توصیفی بررسی شدند.

مقیاس بهزیستی فاعلی^۲ (کیز، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۵ الف؛ ۲۰۰۵ ب و ۲۰۰۷)، دربرگیرنده سه مقیاس بهزیستی هیجانی^۳، روان‌شناختی^۴ و اجتماعی^۵ است. مقیاس بهزیستی هیجانی دارای یک زیرمقیاس تک سؤالی رضایتمندی کلی از زندگی و یک زیرمقیاس ۶ گویه‌ای عواطف مثبت است. در زیرمقیاس رضایتمندی از زندگی با یک سؤال از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین ۰ تا ۱۰ (۰= اصلاً راضی نیستم و ۱۰= خیلی رضایت دارم) مشخص کنند که به طور کلی چقدر از وضع زندگی خود راضی هستند. مقیاس عواطف مثبت نیز با ارائه فهرستی از ۶ نشانه عاطفه مثبت (۱- شادی و گشاده‌رویی، ۲- سرحالی و باحوصلگی، ۳- خوشحالی بیش از حد، ۴- آرامش و آسودگی، ۵- رضایتمندی و ۶- سرزندگی و شور و حرارت) از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین ۱ تا ۵ (۱= همیشه، ۲= اکثر اوقات، ۳= بعضی اوقات، ۴= کمی و ۵= هرگز) مشخص کنند که هر یک از ۶ نشانه فهرست شده را در طول ۳۰ روز گذشته

1. symptoms
2. Subjective Well-being Scale
3. Emotional Well-being Scale

4. Psychological Well-being Scale
5. Social Well-being Scale
6. internal consistency

7. content validity

کجی و کشیدگی کمتر از ۲ | برخوردار بودند (جدول ۱).

جدول ۱.
آماره‌های توصیفی و آلفای کرونباخ زیرمقیاسها

| زیرمقیاسها | M | SD | کجی | کشیدگی | α |
|---------------------------|-------|------|-------|--------|----------|
| بهبودی روان‌شناختی | | | | | |
| پذیرش خود | ۱۴/۱۶ | ۳/۷۴ | -۰/۳۶ | -۰/۳۶ | ۰/۶۷ |
| خودپیروی | ۱۳/۹۴ | ۳/۳۷ | -۰/۲۰ | -۰/۲۳ | ۰/۴۸ |
| سلطه بر محیط | ۱۴/۲۴ | ۳/۲۰ | -۰/۲۳ | -۰/۵۵ | ۰/۴۳ |
| رشد شخصی | ۱۶/۰۴ | ۳/۴۴ | -۰/۵۴ | -۰/۵۳ | ۰/۵۲ |
| روابط مثبت با دیگران | ۱۵/۳۸ | ۳/۵۴ | -۰/۵۳ | -۰/۴۸ | ۰/۵۵ |
| هدفمندی در زندگی | ۱۵/۱۳ | ۳/۵۱ | -۰/۴۸ | ۰/۳۳ | ۰/۴۴ |
| بهبودی اجتماعی | | | | | |
| یکپارچگی اجتماعی | ۱۲/۷۱ | ۳/۷۳ | -۰/۳۳ | -۰/۴۸ | ۰/۵۷ |
| پذیرش اجتماعی | ۱۱/۴۵ | ۲/۹۶ | -۰/۴۸ | -۰/۳۲ | ۰/۴۲ |
| مشارکت اجتماعی | ۱۴/۲۷ | ۳/۷۷ | -۰/۳۲ | ۰/۳۱ | ۰/۷۱ |
| شکوفایی اجتماعی | ۱۲/۵۲ | ۳/۹۹ | ۰/۳۱ | -۰/۳۱ | ۰/۵۹ |
| درک‌پذیری اجتماعی | ۱۳/۰۳ | ۳/۴۰ | -۰/۱۴ | -۰/۵۱ | ۰/۵۰ |
| بهبودی هیجانی | | | | | |
| عواطف مثبت | ۲۱/۳۲ | ۶/۳۲ | ۰/۲۰ | ۰/۲۱ | ۰/۸۵ |
| رضایتمندی از زندگی | ۶/۰۰ | ۲/۴۸ | -۰/۴۹ | -۰/۴۹ | — |

که حداقل در یکی از دو زیرمقیاس بهبودی هیجانی و در حداقل ۶ زیرمقیاس از ۱۱ زیرمقیاس بهبودی روان-شناختی و اجتماعی رتبه پایین به دست آورد (کیز، ۲۰۰۲).

جدول ۲.

فراوانی نسبی و درصد شیوع وضعیت سلامت روانی

| گروهها | n | % |
|------------------------------|-----|-------|
| در حال شکوفایی | ۶۸ | ۱۶/۰۴ |
| در حال پژمردگی | ۸۳ | ۱۹/۵۷ |
| برخوردار از سلامت روانی نسبی | ۲۷۳ | ۶۴/۳۹ |

سایر افراد که دارای وضعیتی بین این دو حالت هستند، از سلامت روانی نسبی برخوردارند. با توجه به ملاکهای مذکور افراد در سه مقوله اصلی در حال شکوفایی، در حال پژمردگی و برخوردار از سلامت روانی نسبی قرار گرفتند.

همانگونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، از مجموع ۴۲۴ آزمودنی، ۶۸ نفر (۱۶/۰۴ درصد) به‌عنوان افراد در

با توجه به هدف اصلی پژوهش حاضر یعنی بررسی شیوع سلامت روانی دانشجویان و دسته‌بندی آنان در سه دسته، افراد در حال شکوفایی، افراد در حال پژمردگی و افراد برخوردار از سلامت روانی نسبی براساس الگوی سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، ابتدا نمره‌های افراد در هر یک از ۱۳ زیرمقیاس پژوهش، براساس روش دسته‌بندی سه‌گانه (بر مبنای میانه نمره‌های کل افراد در هر زیر-مقیاس)، به سه مقوله بالا، متوسط و پایین تقسیم شدند (جدول ۲). در این روش، نمره‌های افراد در هر زیرمقیاس رتبه‌بندی شده و براساس نمره خام، فرد در یکی از رتبه‌های بالا، متوسط و پایین قرار می‌گیرد (کیز، ۲۰۰۲). در الگوی سلامت روانی، فردی در حال شکوفایی محسوب می‌شود که حداقل در یکی از دو زیرمقیاس بهبودی هیجانی (رضایتمندی از زندگی و عواطف مثبت) و در حداقل ۶ زیرمقیاس از ۱۱ زیرمقیاس کنش‌وری مثبت (بهبودی روان‌شناختی و اجتماعی) رتبه بالا کسب کند. براساس این الگو کسی در حال پژمردگی محسوب می‌شود

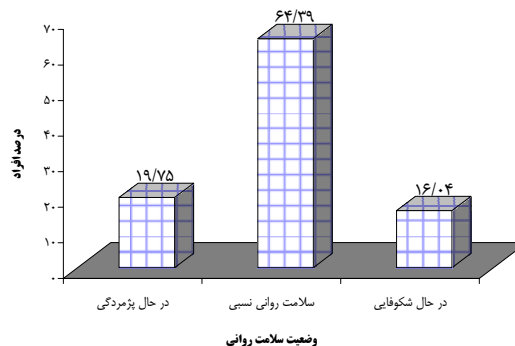
بحث

این سؤال که زندگی خوب چیست و خوشبختی را کجا می‌توان یافت از دوران باستان ذهن اندیشمندان را به خود مشغول کرده است. روان‌شناسی جدید نیز هم‌راستا با نحله‌های فکری پیشین، شاهد شکل‌گیری دو دیدگاه نسبتاً مستقل و در عین حال دارای همپوشی به عنوان مرجعی برای پاسخگویی به این سؤال بوده است: یکی لذت‌گرایی و دیگری فضیلت‌گرایی. لذت‌گرایی دیدگاهی است که در آن بهزیستی شامل شادکامی و لذت است؛ اما از دیدگاه فضیلت‌گرایی که بر ماهیت واقعی انسان تأکید دارد، بهزیستی صرفاً شامل شادکامی نیست، بلکه حاصل به فعل درآمدن نیروهای بالقوه انسانی است.

بحث و پژوهش درباره بهزیستی و راههای دستیابی به آن کماکان در حول دو مکتب ذکر شده، ادامه دارد. اما آیا نمی‌توان به تلفیقی معنادار، موجه و متوازن از هر دو دیدگاه دست یافت به نحوی که محاسن هیچ یک پایمال نشود؟ با اتخاذ چنین دیدگاهی، کیز (۲۰۰۲) الگوی سلامت روانی کامل خود را ارائه داده است. وی سلامت روانی را به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌ها که هم در برگیرنده عواطف مثبت و هم کنش‌وری مثبت در زندگی است، در نظر می‌گیرد. در این دیدگاه، از حضور سلامت روانی تحت عنوان شکوفایی در زندگی و در غیاب آن تحت عنوان پژمردگی در زندگی یاد می‌شود. کیز (۲۰۰۲) همچنین مقیاسی جامع را برای سنجش چنین بازخوردی به سلامت روانی به کار می‌گیرد.

تحقیقات پیشین کیز (۲۰۰۲، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵ الف، ۲۰۰۵ ب و ۲۰۰۷) آشکار ساخته‌اند که غیبت از کار، ناتوانی در انجام فعالیتهای روزانه، شیوع بیماریهای قلبی-عروقی، میانگین ابتلا به مشکلات جسمی مزمن، کنش‌وری روان‌شناختی-اجتماعی ضعیف (به طور مثال درماندگی بالا، انعطاف‌پذیری پایین و سطوح پایین صمیمیت)، در میان افراد در حال شکوفایی در کمترین سطح، در میان افرادی که از سلامت روانی نسبی برخوردارند در حد متوسط و در میان افراد در حال پژمردگی در بالاترین سطح خود قرار دارند.

حال شکوفایی، ۸۳ نفر (۱۹/۵۷ درصد) به‌عنوان افراد در حال پژمردگی و ۲۷۳ نفر (۶۴/۳۹ درصد) به‌عنوان افراد برخوردار از سلامت روانی نسبی مشخص شدند (شکل ۲).



شکل ۲. وضعیت سلامت روانی دانشجویان در سه گروه در حال شکوفایی (n=۶۸)، در حال پژمردگی (n=۸۳) و برخوردار از سلامت روانی نسبی (n=۲۷۳)

جدول ۳.

فراوانی نسبی و درصد شیوع وضعیت سلامت روانی برحسب جنس

| گروهها | مرد | | زن | |
|------------------------------|------|-----|------|-----|
| | % | n | % | n |
| در حال شکوفایی | ۱۶/۱ | ۳۲ | ۱۵/۹ | ۳۸ |
| در حال پژمردگی | ۲۳/۱ | ۴۶ | ۱۶/۷ | ۳۸ |
| برخوردار از سلامت روانی نسبی | ۶۰/۳ | ۱۲۰ | ۶۷ | ۱۵۲ |
| کل | ۱۰۰ | ۱۹۸ | ۱۰۰ | ۲۲۶ |

جدول ۳، فراوانی و درصد شیوع وضعیت سلامت روانی براساس جنس را نشان می‌دهد. ۱۶/۱ درصد از مردان و ۱۵/۹ درصد از زنان به‌عنوان افراد در حال شکوفایی، ۲۳/۱ درصد از مردان و ۱۶/۷ درصد از زنان به‌عنوان افراد در حال پژمردگی و ۶۰/۳ درصد از مردان و ۶۷ درصد از زنان به‌عنوان افراد برخوردار از سلامت روانی نسبی مشخص شدند. هر چند درصد شیوع سلامت روانی در افراد تا حدی متفاوت است اما نتایج آزمون فای کرامر^۱ (P=۰/۲۳ و $\Phi=۰/۰۸$) نشان داد که هیچ تفاوت معناداری بین سه گروه براساس جنس وجود نداشت.

نیز قابل ملاحظه است. در پژوهش هوپرت و ویتینگتون (۲۰۰۳)، مردان مسن‌تر، نسبت به مردان جوان و میانسال، کمترین میزان نشانه‌های ناراحتی روان‌شناختی^۱ و نیز کمترین نمره را در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی داشتند. از سوی دیگر، در مقایسه با سایر گروه‌های سنی (مؤنث)، زنان مسن‌تر بالاترین میزان نشانه‌های ناراحتی روان‌شناختی و نیز کمترین نمره را در بهزیستی روانی داشتند. با توجه به این یافته‌ها، لازم است در پژوهش‌های آتی، اثر تعاملی فرهنگ، سن و جنس در نظر گرفته شود و به این موضوع به دیده تحولی نگریسته شود.

زمان آن فرا رسیده است که برنامه‌ریزان سلامت روانی، نظر خود را از بیماری‌های روانی به سوی سلامت روانی حقیقی که همان حضور مؤلفه‌های هیجانی و کنش‌وری مثبت در فرد است، متوجه کنند. یافته‌های پژوهش حاضر در مورد شیوع سلامت روانی دانشجویان را می‌توان در مقابل یافته‌های پژوهش‌هایی مانند رستمی و بحرینیان (۱۳۸۱)، مرادی، علیلو و پیروی (۱۳۸۰) و پورشریفی، پیروی، طارمیان، زرانی و وقار (۱۳۸۳) که شیوع اختلال‌های روانی بین دانشجویان را در حدود ۱۳/۱ تا ۱۶ درصد برآورد کرده‌اند، قرار داد. براساس یافته‌های مذکور باید نگران سلامت روانی در حدود ۸۴ تا ۸۶/۹ درصد از دانشجویان بود. پژوهش حاضر نیز نشان داد که باید نگران حال ۸۳/۵ درصد از دانشجویان (دانشجویان برخوردار از سلامت نسبی و یا در حال پژمردگی) بود. ۱۹/۷ درصد از دانشجویان در حال پژمردگی هستند که با توجه به عواقب نامطلوب این حالت، برنامه‌ریزی برای بهبود وضعیت این گروه از دانشجویان باید در اولویت قرار گیرد. علاوه بر این، جمعیت انبوهی از دانشجویان کشور (۶۳/۸ درصد) از سلامت روانی نسبی برخوردارند و چنانچه مورد غفلت واقع شوند امکان سقوط آنها به دسته دانشجویان در حال پژمردگی وجود دارد. از آنجا که دانشجویان هر کشور عهده‌دار مشاغل کلیدی در آینده‌ای نزدیک خواهند بود، لزوم سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه سلامت روانی دانشجویان کاملاً احساس می‌شود.

بر این اساس دلایل کافی برای نگرانی در مورد پژمردگی (فقدان سلامت روانی) وجود دارد: اول اینکه پژمردگی خالص (بدون حضور بیماری روانی) به اندازه افسردگی مهاده شایع است (کیز، ۲۰۰۲)، دوم اینکه با ناتوانی‌های روان‌شناختی-اجتماعی در رابطه است. پژوهش حاضر در پی یافتن میزان شیوع نشانگان سلامت روانی (براساس الگوی کیز) در یک نمونه دانشجویی از دانشگاه تهران بود. یافته‌های تحقیق نشان دادند که ۱۶/۰۴ درصد از دانشجویان در حال شکوفایی و ۱۹/۷ درصد در حال پژمردگی هستند. ۶۳/۸ درصد نیز از سلامت روان نسبی برخوردارند، بدون آنکه تفاوت جنس در میزان شیوع وجود داشته باشد. مورد اخیر با یافته‌های جوشن‌لو و رستگار (۱۳۸۶) و کیز (۲۰۰۷) همسو است. در این پژوهش‌ها نیز تفاوت معناداری در نمره‌های بهزیستی بین دو جنس وجود نداشت. تا جایی که مؤلفان می‌دانند اگرچه تحقیق مشابهی در زمینه بررسی شیوع سلامت روانی در دانشجویان به دست نیامد اما شیوع شکوفایی در یک نمونه ملی امریکایی ۱۸/۱، سلامت روانی نسبی ۶۵/۱ و پژمردگی ۱۶/۸ بوده است (کیز ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای دیگر (کیز، ۲۰۰۷)، شیوع شکوفایی در جمعیت بزرگسال حدود ۲۰ درصد بود و از لحاظ میزان شکوفایی تفاوت جنس مشاهده نشد. در مطالعه نوجوانان سنین ۱۸-۱۲ (کیز، ۲۰۰۶)، افراد بین ۱۴-۱۲ سال بالاترین میزان شکوفایی را به خود اختصاص دادند و سلامت روانی نسبی بین سنین ۱۸-۱۵ سال شایعتر بود. با این حال، اکثر پژوهش‌ها در زمینه سلامت روانی شواهد اندکی از تفاوت بین دو جنس ارائه داده‌اند (برای مثال، دونوان و هالپرن، ۲۰۰۲، هلیول، ۲۰۰۳). در مقابل، برخی از پژوهش‌ها نمره‌های بهزیستی بالاتری را در مردان گزارش کرده‌اند (استفنز، دالبرگ و جوهرت، ۱۹۹۹)، در حالی که مطالعات دیگر، نمره‌های بهزیستی بالاتری را در زنان (در برخی زیر-مقیاس‌های که کنش‌وری اجتماعی^۱ را می‌سنجند) به دست آورده‌اند (هوپرت، والترز، دی و الیوت، ۱۹۸۹؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۸). در این خصوص رابطه تعاملی سن و جنس

منابع

- assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Helliwell, J. F. (2003).** How's life? Combining individual and national variations to explain subjective well-being. *Economic Modelling*, 20, 331-60.
- Huppert, F. A. (2009).** Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and well-being*, 1 (2), 137-164.
- Huppert, F. A., Walters, D. E., Day, N., & Elliott, B. J. (1989).** The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30): A reliability study on 6317 community residents. *British Journal of Psychiatry*, 155, 178-185.
- Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003).** Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8, 107-122.
- Keyes, C. L. M. (1998).** Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002).** The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2003).** Complete mental health: An agenda for the 21st century. In *flourishing: Positive psychology and the life well-lived*, pp. 293-312 edited by Keyes, C. L. M. and Haidt, J. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Keyes, C. L. M. (2005a).** Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005b).** Chronic physical disease and aging: Is mental health a potential protective factor? *Aging International*, 30, 88-104.
- Keyes, C. L. M. (2004).** The nexus of cardiovascular
- پورشریفی، ح.، پیروی، ح.، طارمیان، ف.، زرانی، ف. و وقار، م. (۱۳۸۳). بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی جدید سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۴ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری. دومین سمینار سراسری سلامت روان دانشجویان، اسفند ماه ۱۳۸۳.
- جوشن‌لو، م.، و رستگار، پ. (۱۳۸۶). پنج رگه اصلی شخصیت و حرمت خود به عنوان پیش‌بینی‌های بهزیستی فضیلت‌گرا. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱۳، ۲۴-۱۳.
- جوشن‌لو، م.، رستمی، ر. و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۹، ۳۵-۵۱.
- رستمی، ر. و بحرینیان، ع. (۱۳۸۱). بررسی شیوع اختلالات روانی و برخی عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه تهران در سال ۱۳۷۹. مجله پژوهش در پزشکی، ۲۶ (۳)، ۱۹۳-۱۸۷.
- مرادی، ع.، علیلو، م. و پیروی، ح. (۱۳۸۰). بررسی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه‌های کشور (ورودی ۷۹-۷۸). طرح پژوهشی خاتمه یافته دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002).** Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology*, (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999).** Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Donovan, N., & Halpern, D. (2002).** *Life satisfaction: The state of knowledge and implications for government*. Paper presented at the Conference on Well-Being and Social Capital, Weatherhead Center for International Affairs.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992).** Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome as-

seling Psychology, 56 (2), 321-329.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001).** On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989).** Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995).** The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998).** Middle age and well-being. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health*, 2, 707-719. New York: Academic Press.
- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999).** Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada*, 20, 118-126.
- Waterman, A. S. (1993).** Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- World Health Organization (2001).** *Mental health: New understanding, new hope. (The world health report)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004).** *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Summary Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne, Geneva.
- disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, 8, 267-275.
- Keyes, C. L. M. (2006).** Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (3), 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2007).** Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62 (2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. (2002).** Toward a science of mental health: Positive direction in diagnosis and interventions, In *The handbook of positive psychology*, pp. 45-59, edited by Snyder, C. R., and Lopez, S. New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, L. (2003).** The measurement and utility of adult subjective well-being. In *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, pp. 411-425, edited by Lopez, S. J. and Snyder, C. R. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004).** Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology, In *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*, pp. 350-372, edited by Orville G. B, Ryff, C., and Kessler, R. Chicago: University of Chicago Press.
- Ng, A. K., Ho, D. Y. F., Wong, S. S., & Smith, I. (2003).** In search of the good life: A cultural odyssey in the East and West. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 129 (4), 317-63.
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009).** Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Coun-*