

## امید و رضایت از زندگی و سلامت روان در میان زنان در جمهوری ترکیه

بهاره نصیری\*

مریم‌السادات هاشمی فشارکی\*\*، فاطمه بدوی\*\*\*، آمنه بختیاری\*\*\*\*

### چکیده

برخورداری از سلامت جسمی، روانی، و اجتماعی از جمله مهم‌ترین ضرورت‌های انسان‌ها در هر جامعه‌ای است که علاوه بر فواید شخصی و اجتماعی، موجب ارتقا و رشد جامعه می‌شود. زنان تقریباً نیمی از جمعیت ترکیه را تشکیل می‌دهند و نقشی کلیدی در وضعیت بهداشت و سلامت خود، خانواده، و جامعه پیرامونشان ایفا می‌کنند. زنان از جمله افراد جامعه‌اند که توجه به سلامت روانی آن‌ها اهمیت بسیاری دارد. امیدواری، سرزندگی، و شادابی می‌تواند تأثیر بسزایی در نحوه فعالیت آن‌ها داشته باشد و به نوبه خود موجبات شادی نسل بعد را فراهم سازد. تأمین سلامت روان زنان نه تنها برای خود آن‌ها بسیار ضروری است، بلکه در ارتقای سلامت روان کل جامعه نیز می‌تواند نقشی بسیار کلیدی ایفا کند. با توجه به این که ترکیه در صدد است شاخص‌های توسعه را در جامعه پیاده سازد و به

\* دکترای علوم ارتباطات، استادیار و عضو هیئت علمی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی (نویسنده مسئول)

bn.nasiri@gmail.com

\*\* کارشناس ارشد مطالعات زنان، کارشناس پژوهشی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

mhfesharaki@yahoo.com

\*\*\* کارشناس ارشد مطالعات زنان، کارشناس پژوهشی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

f.badvi@yahoo.com

\*\*\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی، کارشناس پژوهشی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

ameneh\_b2000@yahoo.co.uk

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۲۰

عضویت اتحادیه اروپا درآید، برای این کشور توجه به این نکته حائز اهمیت و ویژه است. تحقیق حاضر جهت تبیین چگونگی نرخ امید، رضایت از زندگی، و سلامت روان زنان در ترکیه است. این مقاله برگرفته از طرحی تحقیقاتی با عنوان «درآمدی بر وضعیت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی زنان در جمهوری ترکیه» است، که گروه بررسی مسائل زنان پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی آن را به پیشنهاد سازمان فرهنگ و ارتباطات اسلامی ارائه داده است. این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است. اطلاعات جامعه مورد مطالعه (آمار و ارقام آماری در خصوص وضعیت سلامت روان زنان ترکیه) به شیوه اسنادی - کتابخانه‌ای گردآوری شده است و داده‌های مورد نیاز، از نتایج آخرین سرشماری سازمان آمار و اطلاعات ترکیه، سالنامه‌های آماری، مراکز آمار و اطلاعات مؤسسات آموزش عالی، و مرکز بهداشت و درمان و انیستیتوی آمار ترکیه در دوره ۲۰۰۹-۲۰۱۲ استخراج شده است.

یافته‌ها حاکی از آن است که نرخ امید به زندگی و سطح عمومی شادی زنان در دهه‌های گذشته در ترکیه افزایش چشم‌گیری داشته است، لکن میزان رضایت‌مندی از سلامت طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۰ در بین مردان بسیار بیش‌تر از زنان است و افرادی که اصلاً از سلامتی خود رضایت ندارند در میان زنان از مردان بیش‌تر بوده‌اند.

**کلیدواژه‌ها:** امید به زندگی، رضایت از زندگی، سلامت روان، زنان، ترکیه.

## ۱. مقدمه

روند جهانی شدن و توسعه ارتباطات برای هر کشوری تغییرات و پیامدهای بسیاری به همراه داشته است. به‌ویژه ترکیه، که در حال گذار از جامعه سنتی به جامعه مدرن است، با چالش‌ها و سختی‌های فراوان‌تری مواجه است. با توجه به این‌که زنان نیمی از جمعیت ترکیه را تشکیل می‌دهند و نقش بسیار مهمی در خانواده، که قدیمی‌ترین نهاد جامعه است، برعهده دارند، مطمئناً لزوم توجه بیش‌تر به سلامت روانی آنان در جامعه برای رسیدن به توسعه پایدار اصلی انکارناپذیر است.

در این مقاله سعی شده است با کسب اطلاعاتی پیرامون سلامت روان زنان ترکیه که برگرفته از گزارشات عرضه‌شده از سازمان آمار و اسناد ترکیه و بانک جهانی است، از یک سو چگونگی موقعیت این کشور در حوزه بهداشت روان و رضایت از زندگی زنان مورد

بررسی قرار گیرد و از سوی دیگر، کمبود اطلاعات دقیق فارسی در مورد کشوری که در همسایگی ما واقع شده است تا حدودی جبران شود.

سلامت چه فردی و چه جمعی بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان است و شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند، اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می‌آید باید در به‌کاربردن این مفهوم دقت کنیم. سلامت زن پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طی چرخه زندگی وی گسترده است و ارتباطی بسیار نزدیک و اساسی با وضعیت زندگی او دارد. به‌نظر می‌رسد «سلامت زنان» به تعاملات پیچیده بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی، و سیاسی زندگی آنان بستگی دارد، و «بهداشت و سلامت جهان، کشور، شهر، یا حتی اجتماعی کوچک، نه فقط به بهداشت مردان بلکه به سلامت روان زنان و کودکان آن نیز بستگی دارد» (Kolander, 1999: 2). این مقاله به‌علت اهمیت فراوان و روزافزون سلامت زنان و با هدف ارائه اطلاعات و آمارها از سلامت روانی زنان در ترکیه و پرکردن خلأ اطلاعات در مورد کشوری که در همسایگی ما واقع شده است نوشته شده است.

به‌نظر می‌رسد روند جهانی شدن و پیامدهای آن و گذر از جامعه سنتی به مدرن در ترکیه، عمق و پیچیدگی‌های زیادی به‌همراه داشته است. از این‌رو در مقاله حاضر، به بررسی وضعیت سلامت روانی زنان ترکیه پرداخته شده است.

## ۲. ضرورت و اهمیت پژوهش

زنان نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند و درعین حال پرورش‌دهنده همه افراد جامعه‌اند. فراهم کردن غذا، آموزش و پرورش، و مراقبت‌های بهداشتی افراد خانواده به‌عهده زنان است. البته امروزه با پیشرفت جوامع بشری و حضور بیش‌تر زنان در بیرون از خانه، این مسئولیت به کل افراد جامعه تعمیم یافته است. به‌نظر می‌رسد توقع از زنان، به‌سبب ماهیت وجودی‌شان از لحاظ جسمی و عاطفی بالا، منجر به افزایش فشارهای روانی - اجتماعی بر آن‌ها می‌شود و تمام ابعاد سلامت (فیزیکی، روانی، و اجتماعی) این گروه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مسلم است که حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است. برخورداری از سلامت حق همه

انسان‌هاست، به‌ویژه برای زنان که در تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مؤثرتر و مهم‌تری از مردان برعهده دارند. این‌ها همه بیان‌کننده اهمیت سلامت خصوصاً سلامت روان در زنان است.

به‌علت اهمیت موضوع سلامت روان و شناسایی وضعیت زنان در همه جوامع، به‌ویژه کشورهای هم‌جوار با ایران، و با توجه به این‌که منابع اطلاعاتی در این زمینه در ایران بسیار محدود است و روزآمد نیست، پژوهش حاضر درصدد بررسی و تبیین وضعیت خاص زنان ترکیه در حوزه بهداشت و سلامت روان است.

### ۳. مبانی نظری پژوهش

اولین گام در هر تلاش فلسفی و علمی، تعریف دقیق و شفاف مفاهیم مورد استفاده است. مانند بسیاری از دیگر سازه‌ها در روان‌شناسی، تعاریف و نظریه‌های کاملاً متفاوتی از امید و رضایت از زندگی وجود دارد. فرانکل (۱۹۸۴) یکی از معروف‌ترین تعاریف امید به زندگی را بیان کرده است، وی بر آن است هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند، به تماشای آثار هنری و ادبی می‌پردازد، و یا به دامان طبیعت پناه می‌برد، امید را در خود احساس می‌کند. هم‌چنین هنگامی که احساس می‌کند وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چهارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب می‌داند و فلسفه‌ای برای زندگی کردن انتخاب کرده است زندگی را می‌بیند، آن را درمی‌یابد و احساس می‌کند.

بعد از فرانکل، صاحب‌نظران دیگری نیز امید به زندگی را تعریف کرده‌اند و جنبه‌های گوناگون آن را مورد مطالعه قرار داده‌اند. باتیستا و آلموند (Batista and Almond, 1973)، زندگی همراه با امید را فرایند باورهای فردی می‌دانند تا منبع نهایی محتوای باورها. به اعتقاد این پژوهش‌گران، هرچه فرد به ارزش‌های بیش‌تری باور داشته و متعهد باشد، احساس می‌کند زندگی‌اش از معنای بیش‌تری برخوردار است (Feldman and Snyder, 2005).

به نظر بامیستر (R. F. Baumeister, 1991) هنگامی فرد می‌تواند احساس کند که از زندگی همراه با امید برخوردار است که چهار نیاز او ارضا شده باشد: ۱. هدف‌مند بودن جهت زندگی؛ ۲. احساس کارآمدی و کنترل؛ ۳. برخوردار بودن از مجموعه‌ای از ارزش‌ها که بتواند به‌وسیله آن‌ها کنش‌هایش را توجیه کند؛ ۴. وجود یک مبنای باثبات و استوار برای داشتن نوعی حس مثبت خودارزش‌مندی.

در برداشتی کلی از این تعاریف می‌توان دریافت که آن‌ها در دو جنبه با هم اشتراک دارند: ۱. امید روشی کلی و عام از ارزیابی زندگی است؛ ۲. امید منجر به پایین آمدن سطح عواطف منفی هم‌چون افسردگی و اضطراب می‌شود، و هم‌چنین باعث کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی می‌شود.

در مورد ضرورت امید به زندگی می‌توان گفت که خدای متعال انسان را بیهوده نیافریده است. قرآن کریم در این باره می‌فرماید: «افحسبتم انما خلقناکم عبثا و انکم الینا لا ترجعون: آیا گمان می‌کنید که شما را بیهوده آفریدیم و شما به سوی ما باز نمی‌گردید» (مؤمنون: ۱۱۵). چون آفرینش انسان بیهوده نیست، آفریده خدا نیز بیهوده‌گرا نیست.

امید به زندگی و اهمیت و جایگاه آن، برای برخورداربودن از زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر است (King et al., 2006). برخی از مؤلفان، با توجه به یافته‌های موجود، اظهار کرده‌اند که وجود امید و احساس کردن آن در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز کند و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی داشته باشند (Frankl, 1963). به همین لحاظ اغلب زندگی همراه با امید را از عوامل مهم سلامت روان‌شناختی می‌دانند.

برخی از روان‌شناسان مانند آلپورت (Allport, 1954)، مازلو (Maslow, 1962)، و فرانکل (Frankel, 1972) امید در زندگی را مهم‌ترین عامل مؤثر در کنش‌های روان‌شناختی مثبت می‌دانند. یافته‌های پژوهشی متعددی نشان داده‌اند که امید عنصری اساسی در بهزیستی روانی - عاطفی است و به‌صورت سیستماتیک با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و ذهنی، سازگاری و انطباق با استرس‌ها، مذهب و فعالیت‌های مذهبی، و اختلالات رفتاری ارتباط دارد (Schenell and Becker, 2006).

بررسی رابطه بین امید به زندگی با سازه‌های دیگر روان‌شناسی مثبت، مثلاً هدف‌مند و معناداربودن زندگی برای برخورداربودن از زندگی شاد و توأم با سعادت‌مندی و سلامت روانی، در سال‌های اخیر مورد توجه فراوان پژوهش‌گران و صاحب‌نظران قرار گرفته است.

در سال‌های اخیر، اسنایدر که پیش‌گام مطالعه در مورد امید است، به آن به‌مثابه یک عامل کنترل خود می‌نگرد که به کمکش انسان می‌تواند از عزت نفس خود مراقبت کند. اسنایدر تعریف ویژه‌ای از کنترل دارد و آن را سازه‌ای روان‌شناختی می‌داند که افراد از آن برای ادراک و فهم بهتر نتایج اعمال خود، رسیدن به پیامدهای مطلوب، و پرهیز از پیامدهای

نامطلوب بهره می‌برند. به این ترتیب زندگی زمانی همراه با امید است که فرد امکان کنترل زندگی را داشته باشد و برای رسیدن به اهدافش تلاش کند. به اعتقاد اسنایدر، برگزیدن هدف‌های مناسب و تلاش برای رسیدن به آن‌ها همان چیزی است که می‌توان به آن تفکر هدف‌مند یا امید گفت (Feldman and Snyder, 2005).

به بیان دیگر اسنایدر و همکارانش، امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدف‌مند) و مسیرها (شیوه انتخاب‌شده برای نیل به اهداف) است. بنابراین، امید یا تفکر هدف‌مند از دو مؤلفه مرتبط به هم یعنی «مسیرهای تفکر» و «منابع تفکر» تشکیل شده‌اند. مسیرهای تفکر انعکاس‌دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال‌های شناختی در رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر عبارت‌اند از افکاری که افراد برای رسیدن به اهدافشان، درباره توانایی‌ها و قابلیت‌هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده، تعریف کرده‌اند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها می‌توان به اهداف رسید. اگر هرکدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیر ممکن است. شواهد تحقیقاتی زیادی نشان می‌دهند بین زیادبودن امید افراد و موفقیت آن‌ها در فعالیت ورزشی، بالابودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی، و بیش‌تر بودن روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات ارتباط وجود دارد (Snyder, 2002).

#### ۴. روش پژوهش و گردآوری داده‌ها

تکنیک مورد استفاده در این پژوهش، اسنادی - کتابخانه‌ای بوده است و داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز جامعه مورد مطالعه (آمار مربوط به وضعیت سلامت زنان) از منابع گوناگون سرشماری‌ها، مراکز اسناد و آمار، مقالات علمی - پژوهشی، سایت اطلاع‌رسانی، و کتب برداشته شده است.

#### ۵. سؤالات تحقیق

۱. وضعیت شاخص‌های سلامت روانی (رضایت از زندگی، شادی، امید، افسردگی، و خودکشی) در میان زنان ترکیه چگونه است؟
۲. چه اشخاص و ارزش‌هایی منابع شادی زنان ترکیه است؟

۳. سطح رضایت‌مندی زنان ترکیه از سلامتی خود، ازدواج، شغل، روابط شغلی، ارتباط خانوادگی، و ارتباط با دوستان و آشنایان در چه حدی است؟
۴. سطح رضایت‌مندی زنان ترکیه از خدمات آموزشی، خدمات تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی، خدمات امنیت عمومی، و خدمات قضایی در چه حدی است؟
۵. میزان خودکشی زنان در ترکیه چه حد است؟

## ۶. تعریف مفاهیم

### ۱.۶ سلامت روان

کارل منجر بر آن است که «سلامت روانی عبارت است از حداکثر سازش ممکن فرد با جهان اطرافش، به طوری که باعث شادی و برداشت کاملاً مفید و مؤثر فرد از زندگی باشد» (میلانی فر، ۱۳۷۰: ۵).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت را نه صرفاً فقدان بیماری و ناراحتی، بلکه به صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی، و اجتماعی تعریف می‌کند (محسنی، ۱۳۷۶: ۴۶).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روان 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. در نتیجه مفهوم بهداشت روانی عبارت خواهد بود از تأمین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیش‌گیری از ابتلا به اختلال روانی، درمان مناسب، و بازتوانی آن.

### ۲.۶ شادی

روانشناسی مثبت‌نگر رویکرد تازه‌ای در روان‌شناسی است که بر فهم و تشریح شادمانی، احساس ذهنی بهزیستی، و همچنین پیش‌بینی دقیق عواملی که در آن‌ها مؤثرند تمرکز دارد (Seligman et al., 2005).

شادمانی ذهنی عبارت است از ارزیابی‌های شناختی و هیجانی فرد از زندگی‌اش. این ارزیابی از سویی واکنش‌های هیجانی به حوادث و از سوی دیگر قضاوت‌های شناختی در مورد رضایت و به‌سرانجام‌رساندن وظیفه را دربر می‌گیرد. بنابراین، شادمانی ذهنی مفهوم وسیعی است که تجربه هیجان‌های مطلوب، سطوح پایین

هیجان‌های منفی، و رضایت زیاد از زندگی را دربر می‌گیرد. شادمانی ذهنی، در ادراکات و ارزیابی‌های افراد از زندگی‌شان، ابعاد هیجانی، و عملکردهای روان‌شناختی و اجتماعی منعکس می‌شود. جزء هیجانی شادمانی ذهنی شامل دو مؤلفه شادکامی و رضایت از زندگی است. در پژوهش حاضر نیز به این بخش از شادمانی ذهنی پرداخته شده است (Carr, 2003). شادکامی چندین جزء اساسی را دربر می‌گیرد: جزء هیجانی که فرد شادکام، از نظر خلقی، شاد و خوشحال است؛ جزء اجتماعی که فرد شادکام روابط اجتماعی خوبی با دیگران دارد و می‌تواند از حمایت اجتماعی آنان برخوردار شود؛ و سرانجام جزء شناختی که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به روش خاصی پردازش کند و مورد تعبیر و تفسیر قرار دهد که این درنهایت، باعث احساس شادی و خوش‌بینی در وی می‌شود. از این‌رو در شادکامی، ارزش‌یابی افراد از خود و زندگی‌شان می‌تواند جنبه‌های شناختی، مثل قضاوت در مورد خشنودی از زندگی، و جنبه‌های هیجانی، از جمله خلق یا عواطف در واکنش به رویدادهای زندگی، را دربر گیرد (Valois et al., 2004).

### ۳.۶ رضایت از زندگی

رضایت از زندگی به صورت سطحی از آگاهی فردی یا به عبارت بهتر به صورت ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده است که ممکن است یک ارزیابی کلی و جامع را به همان خوبی ارزیابی در حوزه‌های اختصاصی زندگی (خانواده، خود، و ...) منعکس کند (Heady and Wearing, 1992). نتایج مطالعات متنوعی حاکی از ارتباط گسترده رضایت از زندگی با تعدادی از رفتارها و حالات روان‌شناختی مهم از جمله افسردگی، عزت نفس، و امید است. به علاوه رضایت از زندگی به مثابه نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییر در موقعیت‌های گوناگون زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد (Diener et al., 1999). به همین علت است که سازگاری روان‌شناختی در رویکرد مثبت‌نگر دو مؤلفه مثبت و منفی را دربر می‌گیرد: ۱. داشتن رضایت از زندگی؛ ۲. فقدان بیماری‌های روان‌شناختی (Gilman et al., 2005). کار (Carr, 2003) اشاره می‌کند که هرچه محیط زندگی لذت‌بخش‌تر باشد، به طور قابل ملاحظه‌ای، زندگی با شادکامی و رضایت بیش‌تری همراه است. این محیط می‌تواند کشور، شهر، محله، محیط خانه، و جاهایی که امکان دسترسی به اسباب شادی (مثل موسیقی) در آنها وجود دارد را دربر گیرد.



## ۷. یافته‌ها

### ۱.۷ رضایت و خرسندی از زندگی در ترکیه

اینستیتوی آمار ترکیه میزان خوشحالی، امید به زندگی، ارزش‌ها، پیشرفت‌های فردی، و آمار فردی دربارهٔ بهداشت فردی و درآمد و کار را در زندگی سالیانهٔ مردم ترکیه از ۲۰۰۳ جمع‌آوری و محاسبه می‌کند. در مجموع آمارهای فردی از خدمات عمومی، دگرگونی‌ها، و تغییرات در آن محاسبه و پیگیری می‌شود.

سازمان ملل فقر انسانی در کشورهای پیشرفته را بر اساس سه شاخص زیر محاسبه می‌کند:

۱. امید به زندگی و محروم‌نبودن از زندگی طولانی (متوسط طول عمر از سوی سازمان ملل ۴۰ سال اعلام شده است)؛
۲. تحصیلات و محروم‌نبودن از فرصت‌های آموزشی (نرخ بالای بی‌سوادی در افراد بزرگ‌سال بیان‌گر فقر انسانی است)؛
۳. فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی و محروم‌نبودن از آن‌ها سومین فاکتور فقر انسانی است که در موارد زیر بیان می‌شود:

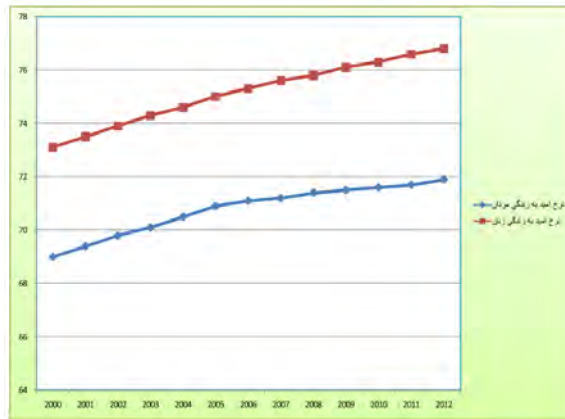
– درصد افرادی از جامعه که کمبود آب بهداشتی برای نوشیدن دارند؛

– درصد جمعیتی که به فرصت‌های بهداشتی اساسی دسترسی ندارند؛

– درصد جمعیت زیر پنج‌سالی که دچار سوء تغذیه‌اند ( *WOMEN and POVERTY-Policy Document, 2008: 7*).

بر مبنای گزارش توسعهٔ انسانی ۲۰۰۵ سازمان ملل، در ترکیه حدود ۸/۹٪ از مردم پیش از رسیدن به چهل‌سالگی فوت می‌کنند، و میانگین امید به زندگی برای زنان ۷۱/۱ و برای مردان ۶۶/۵ سال است؛ ۱۱/۷٪ از جمعیت بالای پانزده سال در ترکیه بی‌سوادند، که ۸۱/۱٪ آنان را زنان و ۹۵/۷٪ را مردان تشکیل می‌دهند؛ ۷٪ از کل جمعیت ترکیه به آب پاک دسترسی ندارند؛ و ۸٪ کودکان زیر پنج سال از کمبود وزن رنج می‌برند (ibid: 8).

به‌هرحال در ۲۵ سال گذشته، استانداردهای زندگی زنان ترکیه بهبود چشم‌گیری یافته است. اطلاعاتی که در ذیل آمده است بیان‌گر افزایش نرخ امید به زندگی در میان زنان است:



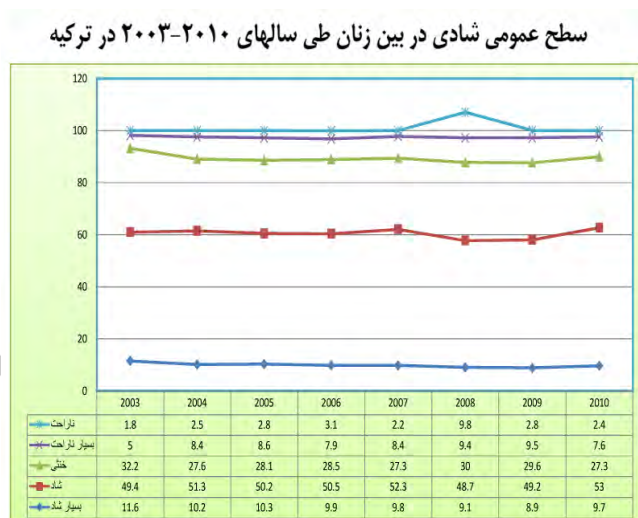
نمودار ۱. نرخ امید به زندگی طی سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۰ در ترکیه (Women in Statistics, 2010: 24).

در نمودار فوق نرخ امید به زندگی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ در میان مردان و زنان ترکیه ارائه شده است و چشم‌اندازی که از نظر امید به زندگی تا ۲۰۱۰ برآورد شده است در نمودار ۲ ارائه شده است. با توجه به این اطلاعات نرخ امید به زندگی میان زنان و مردان در ترکیه تا ۲۰۱۲ روند رو به افزایشی داشته است، اما نرخ امید به زندگی در طی این سال‌ها در زنان بیش‌تر از مردان است.

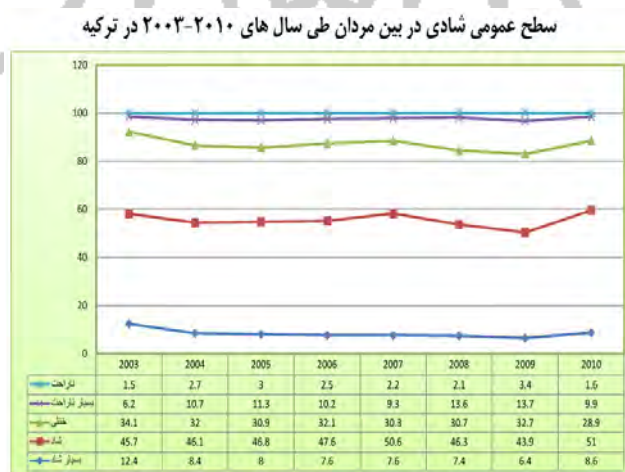


نمودار ۲. سطح امیدواری زنان طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۶ در ترکیه (Life Satisfaction Survey, 2006-2010).

با توجه به اطلاعات نمودار فوق سطح امیدواری زنان طی سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۱۰ افزایش یافته است و در مقابل نرخ ناامیدی آنان نیز طی این سال‌ها به‌طور چشم‌گیری کاهش یافته است.



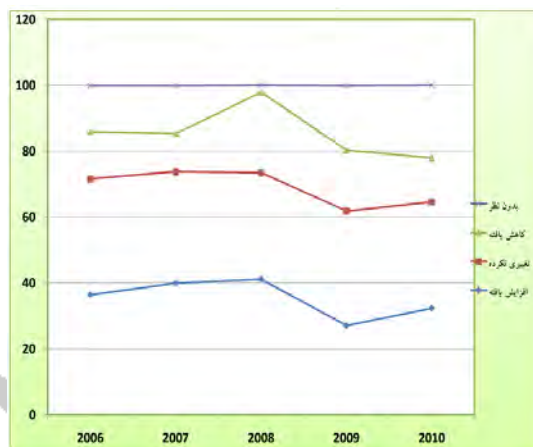
نمودار ۳. سطح عمومی شادی در بین زنان ترکیه طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۰ (Women in Statistics, 2010: 74).



نمودار ۴. سطح عمومی شادی در بین مردان ترکیه طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۰ (ibid).

۱۴۴ امید و رضایت از زندگی و سلامت روان در میان زنان در جمهوری ترکیه

با توجه به اطلاعات نمودارهای ۳ و ۴، سطح عمومی شادی در زنان طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۰ از مردان بالاتر است و از بین کسانی که نظری خشتی در مورد میزان شادی در زندگی داشته‌اند، مردان بیش‌تر از زنان بوده‌اند.



نمودار ۵. انتظار از زندگی عمومی طی سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۱۰ در ترکیه (National Action Plan Gender Equality, 2008-2010).

با توجه به اطلاعات نمودار فوق، زنانی که احساس کرده‌اند وضع زندگی‌شان رو به بهبود است، از زنانی که احساس کرده‌اند وضع زندگی‌شان تغییر محسوس پیدا نکرده است، و نیز از زنانی که احساس کرده‌اند وضعیت زندگی‌شان رو به بدی است بیش‌تر بوده‌اند.

جدول ۱. اشخاص و ارزش‌های منبع شادی برای زنان در سال ۲۰۱۰ در ترکیه

منبع شادی	زنان متأهل	زنان مجرد
اشخاص منبع شادی		
خودش	۰/۷	۴/۴
فرزند	۲۰/۳	۱۵/۹
مادر - پدر	۰/۸	۸/۲
نوه‌ها	۱/۲	۲/۷
همسر	۱۰/۲	۰/۰
فامیل	۶۶/۴	۶۴/۱
دوستان	۰/۲	۱/۵
سایر	۰/۳	۳/۱

ارزش‌های منبع شادی	
موفقیت	۷/۵
شغل	۳/۴
سلامتی	۷۱/۲
عشق	۱۳/۶
پول	۳/۸
سایر	۰/۵
	۲/۶
	۱/۰
	۷۷/۶
	۱۴/۵
	۳/۶
	۰/۷

منبع: (Turkeys Statistical Yearbook 2010, 2011: 464).

با توجه به اطلاعات جدول فوق برای زنان متأهل منابع شادی شامل فرزند، همسر، و فامیل است و برای زنان مجرد منابع شادی شامل خود فرد، مادر، پدر، نوه‌های خانواده، و دوستان می‌شود و درصد گزینه سایر موارد، در میان زنان مجرد نسبت به زنان متأهل بیش‌تر است. همچنین درصد منابع شادی سلامتی، عشق، و سایر موارد نزد زنان متأهل از زنان مجرد بیش‌تر است و درمقابل درصد منابع شادی موفقیت، شغل، و پول نزد زنان مجرد از زنان متأهل بیش‌تر است.

بدین ترتیب گزینه‌های خانوادگی و ارتباطی منابع شادی، برای زنان متأهل مهم‌تر بوده است، در صورتی که گزینه‌های اجتماعی و شغلی منابع شادی، برای زنان مجرد اهمیت بیش‌تری داشته‌اند.

جدول ۲. سطح رضایت‌مندی در سال ۲۰۱۰ بر اساس جنسیت

راضی		خشی		ناراضی		سطح رضایت‌مندی
مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	جنسیت
						نوع رضایت‌مندی
۷۷/۸	۶۰/۴	۱۲/۷	۲۱/۰	۹/۶	۱۸/۶	سلامتی
۶۸/۷	۶۸/۹	۱۵/۶	۱۵/۹	۱۵/۸	۱۵/۳	شغل
۸۷/۰	۸۶/۹	۱۰/۰	۹/۶	۳/۰	۳/۶	روابط شغلی
۹۰/۰	۹۵/۸	۳/۳	۷/۴	۰/۹	۲/۶	ازدواج
۹۵/۹	۹۲/۵	۳/۱	۵/۳	۱/۰	۲/۲	ارتباط خانوادگی
۸۳/۳	۸۶/۱	۱۰/۴	۹/۲	۶/۳	۴/۷	ارتباط با خویشان
۹۲/۴	۹۱/۸	۶/۰	۶/۲	۱/۶	۲/۱	ارتباط با دوستان
۸۳/۵	۸۵/۹	۱۱/۲	۹/۷	۵/۳	۴/۴	ارتباط با همسایگان

منبع: (ibid).

با توجه به اطلاعات جدول فوق، سه سطح رضایت‌مندی بر اساس تفکیک جنسیتی بین زنان و مردان وجود دارد: گروه راضی؛ گروه خنثی؛ و گروه ناراضی. بدین ترتیب یافته‌های جدول به این صورت تحلیل می‌شود که:

- در گروه راضی، رضایت از سلامت در بین مردان بیش‌تر از زنان، رضایت از شغل در بین زنان بیش‌تر از مردان، رضایت از روابط شغلی در بین مردان بیش‌تر از زنان، رضایت از ازدواج در بین زنان بیش‌تر از مردان، رضایت از ارتباطات خانوادگی در بین مردان بیش‌تر از زنان، رضایت از ارتباط با خویشاوندان در بین زنان بیش‌تر از مردان، رضایت از ارتباط با دوستان در بین مردان بیش‌تر از زنان، و رضایت از ارتباط با همسایگان در بین زنان بیش‌تر از مردان است.

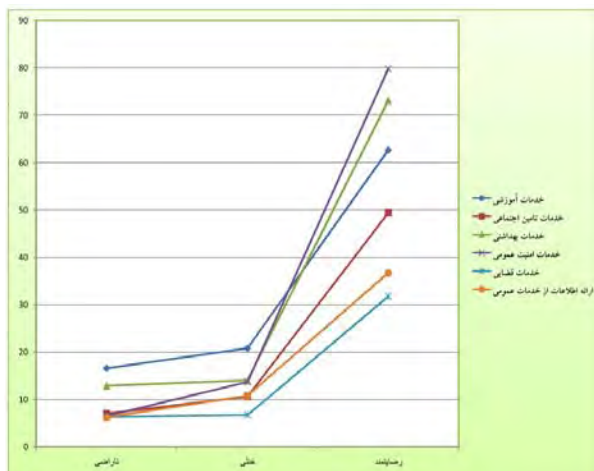
- گروه دوم افرادی‌اند که نظرشان در مورد رضایت‌مندی در موضوعات گوناگون خنثی است.

- در گروه ناراضی، نارضایتی از سلامت در بین زنان بیش‌تر از مردان، نارضایتی از شغل در بین مردان بیش‌تر از زنان، نارضایتی از روابط شغلی در بین زنان بیش‌تر از مردان، نارضایتی از ازدواج در بین زنان بیش‌تر از مردان، نارضایتی از ارتباطات خانوادگی در زنان بیش‌تر از مردان، نارضایتی از ارتباطات با خویشاوندان در مردان بیش‌تر از زنان، نارضایتی از ارتباط با دوستان در زنان بیش‌تر از مردان، و نارضایتی از ارتباط با همسایگان در مردان بیش‌تر از زنان است.

جدول ۳. سطح رضایت‌مندی از خدمات عمومی میان زنان در سال ۲۰۱۰

راضی	خنثی	ناراضی	سطح رضایت‌مندی
۶۲/۶	۲۰/۸	۱۶/۶	خدمات آموزشی
۴۹/۴	۱۰/۶	۷/۰	خدمات تأمین اجتماعی
۷۳/۱	۱۴/۰	۱۲/۹	خدمات بهداشتی
۷۹/۸	۱۳/۷	۶/۵	خدمات امنیت عمومی
۳۱/۷	۶/۷	۶/۳	خدمات قضایی
۳۶/۷	۱۰/۸	۶/۲	ارائه اطلاعات از خدمات عمومی

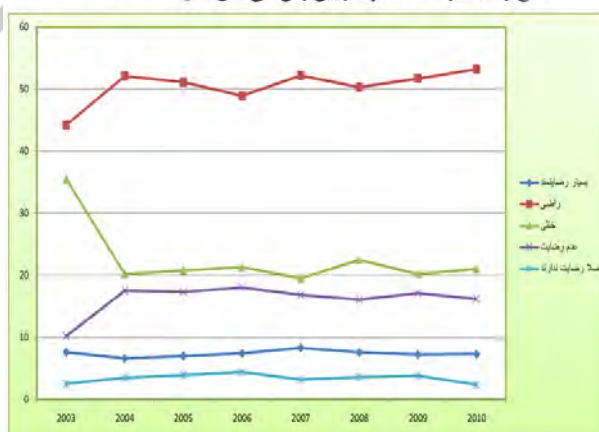
منبع: (ibid).



نمودار ۶. سطح رضایت مندی از خدمات عمومی میان زنان در سال ۲۰۱۰ (ibid: 465).

با توجه به اطلاعات نمودار فوق، میان زنان در سال ۲۰۱۰، بیش‌ترین سطح رضایت مندی از خدمات عمومی با ۷۹/۸٪ مربوط به خدمات امنیت اجتماعی بوده و بیش‌ترین سطح نارضایتی از این خدمات با ۱۶/۶٪ مربوط به خدمات آموزشی بوده و بیش‌ترین نظر خنثی (یعنی نه کاملاً راضی و نه کاملاً ناراضی) نیز با ۲۰/۸٪ مربوط به خدمات آموزشی بوده است.

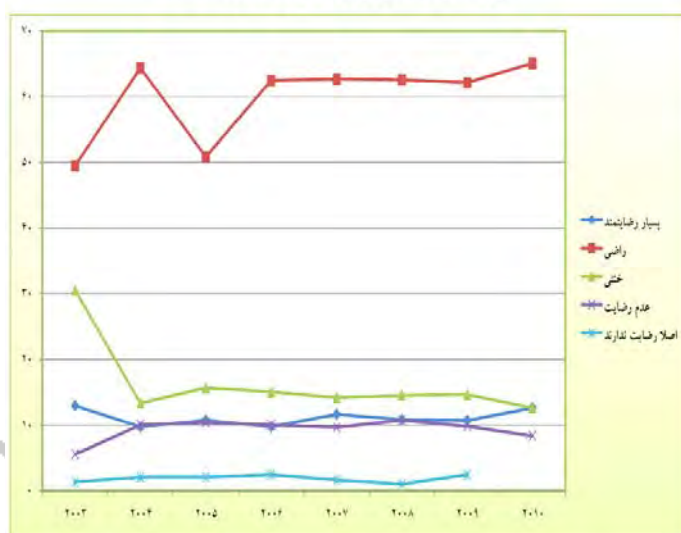
سطح رضایت از سلامت خود در بین زنان طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۳



نمودار ۷. سطح رضایت از سلامت خود، در بین زنان

طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۳ (Women in Statistics, 2010: 80).

سطح رضایت از سلامت خود در بین مردان طی سال های ۲۰۰۳-۲۰۱۰



نمودار ۸. سطح رضایت از سلامت خود، در بین مردان

طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۰ (ibid).

با توجه به نمودارهای ۷ و ۸ میزان رضایت‌مندی مردان از سلامت خود طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۰ در مقایسه با زنان بسیار بیش‌تر است. افرادی که در این مورد نظری خنثی داشته‌اند در بین زنان بیش‌تر از مردان‌اند. افرادی که از سلامتی خود رضایت ندارند یا اصلاً از سلامتی خود راضی نیستند در میان زنان از مردان بیش‌ترند.

## ۸. خودکشی در میان زنان ترکیه

اقدام به خودکشی یکی از معضلات مهم سلامت محسوب می‌شود. شناسیدن می‌گوید:

خودکشی عمل یا رفتاری است آگاهانه (عامدانه) که انسان به منظور آسیب‌رساندن به خود انجام می‌دهد، که می‌توان آن را یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمندی دانست که وی برای مسئله تعیین‌شده، این عمل را بهترین راه حل تصور می‌نماید (آندریویان و دیگران، ۱۳۷۹: ۲).

دورکیم خودکشی را این‌گونه تعریف می‌کند: «هرنوع مرگی که نتیجه مستقیم یا



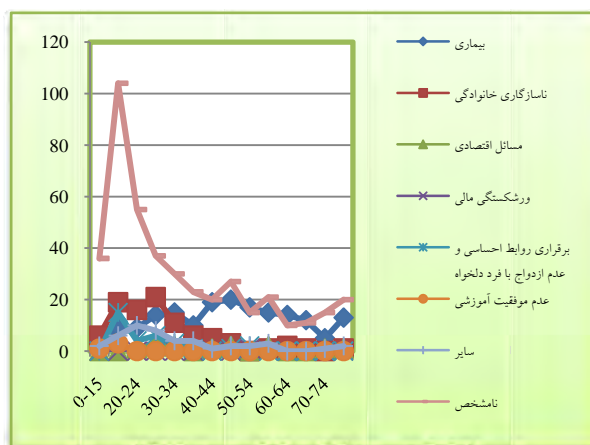
غیرمستقیم کردار مثبت یا منفی خود قربانی است که می‌دانسته می‌بایست چنان نتیجه‌ای به بار آورد» (دورکیم، ۱۳۷۸: ۱۸).

خودکشی تابعی از عوامل و نیروهای اجتماعی، شدت و ضعف حمایت از فرد، نحوه هم‌نوایی و سازگاری با جامعه، و فرایندهای آن است. اغلب خودکشی‌ها بر اثر ناامیدی یا قرارگیری در موقعیت‌های اختلال ذهنی مانند افسردگی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر روی می‌دهند. هنگام افسردگی شدید، شخص معمولاً دوراندیشی خود را از دست می‌دهد و از لحاظ عاطفی توانایی حل مشکلات را ندارد و به‌علت نبود توانایی کافی فکری قادر به انتخاب راه حلی جز خودکشی نیست (Hawton and Van Heeringen, 2009: 8).

خودکشی، که از رفتارهای پرخطر جامعه کنونی است، در زمره آسیب‌های اجتماعی رایج قرار می‌گیرد و مخصوصاً در جوامع صنعتی در ردیف پنج عامل اول مرگ و میر قرار دارد (محمدی و سعادت، ۱۳۸۳: ۱۲۵).

در حال حاضر شتاب تغییرات اجتماعی ترکیه، پیامدهایی در زندگی مردم داشته است. سطح انتظارات و توقعات فزاینده از یک سو و امکانات محدود اقتصادی — اجتماعی از سوی دیگر تعارضات و اختلافاتی را در کانون خانواده ایجاد کرده است. افزایش جمعیت و جوان‌بودن آن در ترکیه مسائل و نیازهای جدیدی پدید آورده است. از سوی دیگر گذار از جامعه سنتی به جامعه مدرن و روند تغییر ارزش‌ها و هنجارهای سنتی تنش‌ها و تعارضات اجتماعی را در ترکیه افزایش داده است. حل اختلافات ایجادشده بر اثر تعارضات اجتماعی کار ساده‌ای نیست. خودکشی آسیبی است که از اوضاع برآمده از تعارض «موقعیت» و «خواست» برمی‌خیزد. در بسیاری از مناطق ترکیه افراد به شکل سنتی و پذیرفته‌شده محرومیت عادت کرده‌اند. این خود گاهی مانع از آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی می‌شود، اما زمانی که اوضاع تغییر می‌کند و وسایل ارتباط جمعی گسترش می‌یابد، تصویر نوعی زندگی مرفه‌تر از سوی رسانه‌ها شکلی از تعارض را تولید می‌کند. در پی چنین تعارض‌هایی، نیازهای بی‌حد و حصری رشد می‌کنند.

به تعبیر دیگر، حرکت‌های ناگهانی رشد اقتصادی، بسیاری از مواقع وضعیتی آنومی را به شکل گم‌گشتگی فرهنگی، جهش، و ازدست‌دادن هویت فرهنگی در پی دارد که هم ناراضی عمیق و هم ناآرامی‌های گسترده‌ای به وجود می‌آورد (رفیع‌پور، ۱۳۸۰: ۱۹۸).



نمودار ۹. علت خودکشی زنان ترکیه در گروه‌های سنی متفاوت در سال ۲۰۰۹ (Women in Statistics, 2010: 38-39).

با توجه به اطلاعات نمودار فوق در سال ۲۰۰۹، ۷۸۷ مورد خودکشی در میان زنان گزارش شده است که علت ۴۲۵ مورد آن نامشخص است. پس از آن بیماری با ۱۷۳ مورد بالاترین علت خودکشی زنان است و ورشکستگی مالی با یک مورد، کم‌ترین علت خودکشی میان زنان در ترکیه بوده است.

جدول ۴. روش خودکشی زنان ترکیه در گروه‌های متفاوت در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۹ (ibid: 40).

سال	حلق‌آویز کردن خود	انداختن خود جلوی وسیله نقلیه یا قطار	استفاده از گاز طبیعی	استفاده از وسیله تیز و برنده	خودسوزی	استفاده از اسحه گرم	غرق شدن	انداختن خود از ارتفاع	استفاده از مواد شیمیایی	سایر	مجموع
۲۰۰۰	۲۶۳	۲	۳	۱۲	۷	۱۰۵	۱۱	۸۴	۱۸۱	۱۰	۶۸۸
۲۰۰۱	۳۳۹	۳	۶	۱۲	۲	۱۳۱	۱۷	۱۲۴	۲۷۱	۲	۹۰۷
۲۰۰۲	۳۴۷	۶	۳	۷	۲	۱۰۴	۱۷	۱۱۴	۲۹۲	۱۷	۹۰۹
۲۰۰۳	۴۶۱	۷	۷	۱۳	۴	۱۴۰	۳۵	۱۲۲	۳۲۴	۱۸	۱/۱۳۱
۲۰۰۴	۴۲۰	۱۱	۲	۱۲	۷	۱۴۶	۲۰	۱۲۲	۳۷۱	۱۵	۱/۰۲۶
۲۰۰۵	۳۸۷	۶	۱	۱۹	۵	۱۴۷	۲۰	۱۱۱	۲۶۱	۶	۹۶۳

۱/۰۴۷	۲۱	۳۰۳	۱۱۴	۲۶	۱۳۷	۶	۱۵	۴	۹	۴۱۱	۲۰۰۶
۹۸۵	۲۲	۲۵۵	۸۹	۲۲	۱۳۸	۱	۱۷	۰	۵	۴۳۷	۲۰۰۷
۸۹۲	۱۸	۱۵۵	۹۶	۱۴	۱۷۱	۰	۱۳	۰	۶	۴۱۹	۲۰۰۸
۷۸۷	۲۳	۵۷	۱۱۷	۱۱	۱۳۳	۱	۵	۰	۴	۴۳۶	۲۰۰۹

با توجه به اطلاعات جدول فوق بیش‌ترین خودکشی زنان در ترکیه به روش حلق‌آویز کردن بوده است و در سال‌های ۲۰۰۳، ۲۰۰۴، ۲۰۰۶، ۲۰۰۹ بالاترین آمار را به خود اختصاص داده است. به‌علاوه استفاده از گاز طبیعی پایین‌ترین آمار روش خودکشی آنان بوده است و در سال‌های ۲۰۰۷، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹ چنین موردی اصلاً گزارش نشده است.

## ۹. نتیجه‌گیری

تاریخ جهان شاهد نقش بسیار عظیم و انکارناپذیر زنان در حوادث گوناگون است. امروزه که مباحث توسعه در جهان مطرح است، نقش زنان در این فرایند به‌شدت مورد توجه قرار گرفته است. از آن‌جایی که همواره جامعه انسانی از فقدان بهداشت و سلامت جسمی و روحی زنان لطمات جبران‌ناپذیری دیده است، در دو دهه اخیر در راستای جبران این نقیصه گام‌های زیادی برداشته شده است. برای رسیدن به این امر مهم و رسیدن به توسعه بهتر و کامل‌تر، به تحقق کلی نظریات توسعه در بهبود وضعیت زنان و فراهم کردن موقعیت مطلوب اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی برای آنان در کشورها نیاز است.

اگرچه مسائل و مشکلات مربوط به سلامت و بهداشت روانی در هر دو جنس مهم‌اند، توجه به سلامت زنان و دختران از اهمیت بیش‌تری برخوردار است، چراکه آنان به لحاظ جنسیت خود و به تبع مسئولیت و ایفای نقش‌های مورد انتظار در جامعه وضعیت خاصی دارند، به‌طوری که قادرند در وضعیت بهداشت و سلامت خود، خانواده، و جامعه پیرامونشان نقشی کلیدی ایفا کنند. قطعاً رسیدن به جامعه‌ای سالم در گرو سلامت زنان، مادران، و دختران آن جامعه است.

هنگامی که موقعیت بهداشتی و آموزشی زنان بهتر باشد، خانواده در ایفای وظایف و کارکرد خود با مشکلات کم‌تری روبه‌رو می‌شود. بنابراین برنامه‌های بهداشت، سلامت، و آموزش زنان معمولاً زمانی که توأمان در راستای ارتقای جایگاه زنان و توان‌مندسازی آنان باشد، اثربخشی بیش‌تری دارد و کل خانواده از این توان‌مندی بهره می‌برد و این امر بازده بهتر نسل‌های آتی را نیز در پی خواهد داشت.

بر اساس مبانی نظری تحقیق، رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی است. شواهد تجربی حاکی از آن است که بعد زمانی رضایت از زندگی مهم است. سه بعد متمایز رضایت از زندگی رضایت از گذشته، حال، و آینده است. رضایت از زندگی با سلامت روانی در ارتباط است و هرچه میزان رضایت از زندگی در بین زنان بالاتر باشد، فرد مستعد تجربه احساسات و عواطف مثبت‌تری است. رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی، خوش‌بینی، و معنویت‌گرایی زنان متأثر است و هرچه زنان خودآگاه‌تر، خوش‌بین‌تر، و بیش‌تر معنویت‌گرا باشند به همان میزان از رضایت بالاتری برخوردار خواهند بود.

زنان به لحاظ سلامت روانی آسیب‌پذیرتر از مردانند، لذا بر اساس تعهدات بین‌المللی افزایش ضریب سلامت زنان و برخورداری آنان از زندگی باکیفیت همواره مورد تأکید قرار گرفته است. بهبود وضعیت سلامتی زنان در ترکیه یکی از معیارهای مهم توسعه اجتماعی این کشور محسوب می‌شود که مسئولان به آن توجهی ویژه مبذول داشته‌اند و برای آن برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری کرده‌اند. نتیجه آن، رشد قابل ملاحظه امید به زندگی زنان در جامعه ترکیه است، چراکه بالا رفتن امید به زندگی در جامعه از جمله منابع حمایتی و پایگاه‌هایی است که زنان می‌توانند به آن تکیه کنند. این امر زمینه‌ساز فراهم آمدن این باور در آنان خواهد بود که می‌توانند مشکلاتی که ممکن است در زندگی با آنها روبه‌رو شوند را رفع کنند و شادی بیش‌تری را تجربه کنند و لذا از زندگی‌شان رضایت بیش‌تری داشته باشند. هم‌چنین زنان می‌توانند این گفت‌وگو درونی را در خود رشد دهند که «من می‌توانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و ناامید شوم»؛ بنابراین آن‌ها بیش‌تر موفقیت‌هایشان را می‌بینند تا شکست‌هایشان را.

نتایج پژوهش حاضر که با هدف بررسی امید، رضایت از زندگی، و سلامت روانی زنان در ترکیه انجام شد نشان داد که نرخ امید به زندگی، سطح عمومی شادی، و احساس بهبود وضعیت زندگی، و پیشرفت در زندگی در میان زنان ترکیه در طی دهه‌های گذشته افزایش چشم‌گیری یافته است (مراجعه به نمودارهای ۱، ۲، و ۳).

یافته‌های تحقیق، طبق نمودارهای ۷ و ۸ و جدول ۲، نشان می‌دهند که در ترکیه رضایت مردان از سلامتی، روابط شغلی، ارتباطات خانوادگی، و ارتباط با دوستان بیش‌تر از زنان است، و سطح رضایت‌مندی زنان از ازدواج، شغل، و ارتباطات خویشاوندی و همسایگان از مردان بیش‌تر بوده است، اما درعین حال میزان رضایت‌مندی زنان از سلامت جسمی خود از مردان کم‌تر بوده است.

اطلاعات جدول ۳ و نمودار ۶ گویای آن است که بیشترین رضایت زنان ترکیه از خدمات عمومی و خدمات امنیت اجتماعی و بیشترین نارضایتی آنان از خدمات آموزشی است.

همچنین در شاخص‌های مربوط به کیفیت زندگی در ترکیه، بهبودی‌های درخور توجهی مشاهده می‌شود، برای مثال یکی از این شاخص‌ها افزایش طول عمر افراد است (۷۴/۴ سال برای زنان و ۶۹/۵ سال برای مردان).

راضی نبودن از زندگی به وضعیت سلامتی ضعیف، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی، و وضعیت ضعیف اجتماعی بستگی است.

رضایت کم‌تر از زندگی زنان را بیش‌تر با خطر خودکشی مواجه می‌سازد. به‌طوری‌که در ترکیه آمار خودکشی زنان طی دهه‌های گذشته افزایش یافته است. در سال ۲۰۰۹ میزان خودکشی زنان به‌علل نامعلوم، بالاترین نرخ و پس از آن بیماری، ناامیدی، و اختلالات ذهنی مهم‌ترین علل خودکشی‌اند (نمودار ۹).

از آنجایی که سلامت جسمی و روحی زنان یکی از محورهای شاخص‌های توسعه‌یافتگی است بنابراین شناخت نیازها و ویژگی‌های روانی، عاطفی، و توانایی‌های زنان در ابعاد گوناگون اهمیت زیادی دارد، لذا اطلاع از وضعیت سلامت و بهداشت آن‌ها و نیز شناخت عوامل مؤثر در آن می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب به‌منظور بهبود وضعیت پیشرفت زنان قرار گیرد.

## پی‌نوشت

۱. ترکیه با نام رسمی جمهوری ترکیه، کشوری اوراسیایی است که بخش بزرگ کشور یعنی آناتولی یا آسیای کوچک در جنوب باختری آسیا و خاورمیانه واقع شده است ([www.Allaboutturkey.com](http://www.Allaboutturkey.com)). ۹۹٪ از جمعیت ترکیه را مسلمانان و مابقی را یهودیان و عیسویان متناسب به مذاهب مختلف تشکیل می‌دهند (بردازش، ۱۳۸۵: ۴۶-۴۷).

## منابع

قرآن کریم.

آندریویان و دیگران (۱۳۷۹). «بررسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با عوامل عمده»، خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری حوادث دانشگاه علوم پزشکی لرستان.

بردازش، محمودرضا (۱۳۸۵). *آشنایی با کشورهای جهان*، مشهد: آفتاب هشتم.  
دورکیم، امیل (۱۳۷۸). خودکشی، ترجمه نادر سالارزاده امیری، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.  
رفیع پور، فرامرز (۱۳۸۰). *توسعه و تضاد*، تهران: شرکت سهامی انتشار.  
محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: طهوری.  
محمدی، غلامرضا و اقدس سعادت (۱۳۸۳). «بررسی همه‌گیرشناسی و علت‌شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور در سال ۱۳۸۲»، فصل‌نامه *اصول بهداشت روانی*، ش ۲۴.  
میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۰). *بهداشت روانی*، تهران: قومس.

- Battista, J. and R. Almond (1973). 'The Development of Meaning in Life', *Psychiatry*, Vol. 36, No. 4.
- Carr, Alan (2003). *Positive Psychology*, Handbook of Psychology, Hove & New York: Brunner-Routledge.
- Diener, E., E. M. Suh, R. E. Lucas, and H. L. Smith (1999). 'Subjective Well-Being, Three Decades of Progress', *Psychological Bulletin*, Vol. 125, No. 2.
- Feldman, D. B. and C. R. Snyder (2005). 'Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations between Goal-Directed Thinking and Life Meaning', *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 24.
- Frankl, Viktor E. (1963). *Mans Search for Meaning, An Introduction to Logo Therapy*, New York: Washington Square Press.
- Gilman, R., J. S. Ashby, D. Sverko, D. Florell, and K. Varjas (2005). 'The Relationship between Perfectionism and Multidimensional Life Satisfaction Among Croatian and American Youth', *Personality and Individual Differences*, Vol. 39.
- Hawton, K. and K. Van Heeringen (2009). 'Suicide, The Risk Factors', *Lancet*, Vol. 373.
- Headey, B. W. and A. J. Wearing (1992). *Understanding Happiness, A Theory of Subjective Well-Being*, Melbourne: Longman Cheshire.
- King, L. A., J. A. Hicks, J. Krull, and A. K. Del Gaiso (2006). 'Positive Affect and the Experience of Meaning in Life', *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 90.
- Kolander, Ch. A. (1999). *Contemporary Womens Health*, McGraw Hill Press.
- Life Satisfsaction Survey* (2006-2010). Turkish Statistical Institute, Printing Division, Ankara, April 2011.
- National Action Plan Genaer Equality* (2008). The Republic of Turkey Prime Ministry General Directorate on the Status of Women, September 2008-Ankara.
- Schenell, T. and P. Becker (2006). 'Personality and Meaning in Life', *Personality and Individual Differences*, Vol. 41.
- Seligman, M. E., T. A. Steen, N. Park, and C. Peterson (2005). 'Positive Psychology Progress: Empirical Vlidation of Interventions', *American Psychologist*, Vol. 60, No. 5.

Snyder, C. R. (2002). 'Hope Theory: Rainbows in the Mind', *Psychological Inquiry*, Vol. 13.

*Turkey's Statistical Yearbook 2010* (2011). Ankara: Turkish Statistical Institute.

Valois, R. F., K. J. Zulling, E. S. Huebner, and J. W. Drane (2004). 'Physical Activity Behaviours and Perceived Life Satisfaction Among Public High School Adolescents', *Journal of School Health*, Vol. 74.

*WOMEN and POVERTY-Policy Document* (2008). Ankara: The Republic of Turkey Prime Ministry General Directorate on the STATUS of Women.

*Women in Statistics* (2010). Ankara: Turkish Statistical Institute.

<http://www.allaboutturkey.com/info.htm>

