**2-2 هيجانات مثبت**

**2-2-1 تاريخچه ي هيجانات مثبت**

نظريه پردازي در حيطه ي هيجانات مثبت، بيش از دو هزار سال قدمت دارد. نخستين نظريه پردازي هاي منسجم در مورد اين مقوله، به نظريات فلاسفه ي يونان باستان، به خصوص افلاطون و ارسطو در مورد هيجانات شادي و لذت، مربوط مي‌شود (ويترس[[1]](#footnote-1)، 2009). در اين نظريات، به طور بارزي به جنبه هاي غيرمادي و فراحسي هيجانات شادي و لذت، تأکيد مي‌شد و اعتقاد بر اين بود که تجربه ي شادي و لذت اصيل، در نتيجه ي تجربياتي همچون دستيابي به فضايل اخلاقي، درک زيبايي و خوبي، امکان پذير خواهد بود (کسبير و داينر، 2008). البته در ميان فلاسفه ي يونان، نظريه پردازان از جمله آريستيپوس نيز لذت و شادي را به عنوان احساسات خوشايند آني و موقعيتي مي‌دانستند و براي اين هيجانات، جنبه هاي شناختي و متعالي در نظر نمي‌گرفتند (گرامي، 1387).

در دوران پس از ميلاد مسيح تا عصر رنسانس، در ميان هيجانات مثبت، عمدتاً هيجان لذت، مرکز توجه نظريه پردازان بود، البته در آن دوران، تمايز و مرزبندي دقيقي بين هيجان لذت و شادي وجود نداشت و بسياري از تبيين هاي ارائه شده براي هيجان لذت، مفهوم هيجان شادي به معناي تعريف شده در روان شناسي امروزي را نيز در بر مي‌گرفت (کسبير و داينر، 2008). در طول اين سال ها نظريات بسيار مختلفي در مورد تبيين هيجان لذت، ارائه شد که بعضي از آن ها مانند نظريات فلاسفه ي مسيحي و اسلامي، معتقد به جنبه هاي مذهبي و معنوي در تبيين هيجان لذت بودند و بعضي ديگر صرف نظر از مباني مذهبي و معنوي، به تبيين اين هيجان مي‌پرداختند. در مجموع اين نظريات، چيزي که مورد اتفاق نظر اکثر اين صاحب نظران بود، تعريف جنبه هاي شناختي و فراحسي براي هيجان لذت بود (گرامي،‌1387). حتي در نظرياتي مثل نظريه ي اپيکور، بنيانگذار مکتب فلسفي رواقي، که لذت را به عنوان غايت زندگي تلقي مي‌کرد، تعريف لذت، صرفاً به لذت حسي محدود نمي‌شد بلکه لذت هاي پايدار فرامادي را نيز در بر مي‌گرفت (سليماني، 1389). نقطه ي اوج اين ديدگاه جامع در تبيين هيجان لذت، در نظريات جان استوارت ميل[[2]](#footnote-2)، فيلسوف قرن نوزدهم، متبلور شد. براساس نظريه ي ميل، لذات جسمي‌محض، براي حيوانات تناسب دارد ولي انسان ها علاوه بر لذات جسمي، لذات سطح بالاتري را نيز جستجو مي‌کنند. او اين دسته از لذات را که فقط خاص انسان بود، با عنوان لذت هاي برتر[[3]](#footnote-3) مطرح نمود. ميل معتقد بود که اين نوع از احساس لذت، برخاسته از مقولاتي همچون هنر، موسيقي، فلسفه، مذهب و مواردي از اين قبيل است (فرانکلين، 2010). اين ديدگاه ميل، در تبيين هاي امروزي علم روانشناسي در مورد هيجان لذت، بويژه در حيطه ي مطالعات رويکرد روانشناسي مثبت،‌ بسيار تأثير گذار بوده و مورد پذيرش و توافق عمومي‌نظريه پردازان و پژوهشگران اين حيطه قرار دارد (کار، 2005؛ پترسون، 2006).

در تاريخ روانشناسي علمي، نيز هيجان لذت، خيلي زودتر از هيجان شادي، مورد توجه نظريه پردازان قرار گرفت. مفهوم لذت، به طور ضمني در مکاتب و رويکردهاي اوليه ي روانشناسي، آشکار بود. مثلاً درقانون اثر[[4]](#footnote-4) ثرندايک[[5]](#footnote-5) بر ارائه ي يک مولفه ي لذت بخش و خوشايند، تأکيد مي‌شد. در رويکرد وونت[[6]](#footnote-6)، تجربه ي لذت به نوعي در يکي از مولفه هاي سه گانه ي اصلي تجربه ي هشيار، مطرح مي‌شد. همچنين در نوشته هاي ويليام جيمز[[7]](#footnote-7) نيز مطالبي در مورد لذت، ديده مي‌شود که اين هيجان را به ساز و کارهاي بدني مرتبط دانسته است (ويترس، 2009). اولين نظريه پردازي جدي در مورد لذت، که مستقيماً اين مفهوم را مورد بحث قرار داد، توسط فرويد[[8]](#footnote-8)، صورت گرفت که «اصل لذت[[9]](#footnote-9)» را مطرح نمود. فرويد اصل لذت را به عنوان يک نيروي انگيزشي در رفتار انسان در نظر گرفت و معتقد بود که براساس اين اصل، فرد در پي دست يافتن به لذت فوري و اجتناب از درد و رنج است. در نظريه ي فرويد، لذت بيشتر به عنوان يکي از منابع و عوامل تأثير گذار بر حالات آسيب شناسي رواني بود، زيرا براساس اصل لذت، لذت به عنوان تمايلي در نظر گرفته مي‌شد که لازم بود فوري و بدون در نظر گرفتن پيامدها و نتايج احتمالي، ارضا شود (جانسون، 2009). البته فرويد، صِرف تمايل لذت را معادل حالات آسيب شناسي، قلمداد نمي‌کرد، بلکه معتقد بود که اگر اين تمايل، تحت تسلط ساختار شخصيتي ايگو[[10]](#footnote-10) قرار بگيرد، و متناسب با موقعيت و شرايط واقعي ارضا شود، منجر به پيامدهاي ناسالم و ناکام کننده نخواهد شد. با اين حال، در نظريه ي فرويد،‌ لذت به عنوان يک مولفه ي مثبت تأثير گذار بر سلامت روان، محسوب نمي‌شد (شولتز و شولتز؛ ترجمه ي سيدمحمدي، 1387).

در ساير مکاتب و رويکردهاي غالب روان شناسي در دهه هاي اول قرن بيستم نيز هيجانات مثبتي همچون شادي و لذت، به طور اختصاصي، مورد تأکيد و توجه قرار نداشتند. در طي اين سال ها تمرکز اصلي بسياري از رويکردهاي روانشناسي که به مقوله ي هيجانات مي‌پرداختند، بر حالات هيجاني منفي ناسالم مانند افسردگي و اضطراب، به خصوص در موقعيت ها و زمينه هاي باليني بود (واتسون[[11]](#footnote-11)، 2002). البته در اين ميان، رويکردهايي همچون رويکرد انسان گرايي با پيشگامي‌مزلو، برخلاف جريان غالب، با تمرکز محض بر آسيب شناسي رواني مخالف بودند و بر توجه به جنبه هاي مثبت انسان،‌ تمرکز داشتند، ولي در اين رويکردها جريان پژوهشي منسجم، علمي‌ و نظام داري که به طور اختصاصي، حيطه ي هيجانات مثبت را هدف قرار دهد، راه اندازي نشد. تا اينکه در اواخر قرن بيستم با تغييراتي که در تعاريف ارائه شده از سلامت روان بوجود آمد (مک دونالد، 2006) و بويژه با شکل گيري رويکرد روانشناسي مثبت به پيشگامي‌سليگمن، موج بي سابقه اي از اقبال پژوهشگران به حيطه ي هيجانات مثبت، بوجود آمد که بويژه از اوايل قرن بيست و يکم به طور بارزي در پژوهش هاي علمي‌روانشناسي، قابل مشاهده بود (شولتز و شولتز؛ ترجمه ي سيدمحمدي، 1387). امروزه اين جريان پژوهشي به طور روزافزوني به رشد و گسترش خود ادامه مي‌دهد و تأکيد و تمرکز عمده ي آن، بويژه بر هيجانات شادي و لذت است (سليگمن، 2002).

**2-2-2 هيجان شادي**

**2-2-2-1 ريشه هاي تحولي[[12]](#footnote-12)**

شادي به عنوان يک هيجان نخستين محسوب مي‌شود که جزء الگوهاي هيجاني مادرزادي است و تقريباً در تمام فرهنگ ها به صورت يکسان متجلي مي‌شود (خداپناهي، 1387). نخستين تظاهرات هيجان شادي،‌ از همان هفته هاي اول بعد از تولد، در قالب لبخندهاي نوزادان، نمايان مي‌شود. اين لبخندها در ابتدا در پاسخ به محرک هايي همچون نوازش کردن و تکان دادن، و در حدود يک ماهگي در واکنش به ديدني هاي جالب، ايجاد مي‌شود. در حدود 6 تا 10 ماهگي، نوزاد به چهره ي انسان، لبخند مي‌زند و در حدود سه تا 4 ماهگي براي نخستين بار، خنده نمايان مي‌شود. اين تظاهرات هيجان شادي در ماه هاي اول پس از تولد، بسيار حائز اهميت است، زيرا والدين را ترغيب مي‌کند تا به اندازه ي کافي پاسخدهي عاطفي داشته باشند و تحريکات محيطي لازم را براي نوزاد، فراهم آورند. بنابراين کارکرد حياتي هيجان شادي در دوران نوباوگي و نوپايي، تقويت رابطه ي والد- کودک است که براي رشد جسماني و روانشناختي سالم کودک، لازم است (برک، ترجمه ی سيدمحمدی، ‌1386؛ ماسن، کيگان، هوستون و کانجر؛ ترجمه ی ياسايی، 1387). از اين دوران به بعد، تظاهرات شادي به موازات رشد توانمندي هاي شناختي، پيشرفت مي‌کند و از کارکردهاي اجتماعي بيشتري برخوردار مي‌شود. به موازات پيشرفت سن در دوره هاي تحولي بعدي، فرد مي‌تواند به طور هشيارانه از تظاهرات شادي خود براي تأثير در روابط و تعاملات اجتماعي خويش بهره ببرد (محسني، ‌1390).

**2-2-2-2 جنبه هاي ژنتيکي**

مطالعات انجام شده بر روي دوقلوها با مقايسه ي دوقلوهاي يک تخمکي و دو تخمکي، نقش ژنتيک را در تجربه ي هيجانات مثبت، تأييد کرده اند. بر اين اساس، اين موضوع تأييد شده است که حداقل بخشي از تفاوت هاي فردي در تجربه ي هيجانات مثبت، به تفاوت در استعدادهاي ژنتيکي مربوط مي‌شود. اين موضوع هم در مورد هيجان شادي و هم در مورد هيجان لذت، صدق مي‌کند (کامپتون و هافمن[[13]](#footnote-13)، 2013).

بعضي از نظريه پردازان، معتقد هستند که براي تجربه ي شادي، يک «حد نهايي[[14]](#footnote-14)» وجود دارد. بر اين اساس، همانطور که در مورد کنترل وزن، مطرح شده است که افراد، صرف نظر از اينکه چه رژيمي‌بگيرند، داراي يک حد نهايي براي ميزان وزن خود هستند، براي تجربه ي شادي نيز مطرح مي‌شود که شادي، ريشه ي ژنتيک دارد و هرفردي علي رغم تلاش در جهت تجربه ي شادي، بازهم به همان حد معين تجربه ي شادي بازخواهد گشت (رسنيک[[15]](#footnote-15)، 1997). البته عده اي از نظريه پردازان از جمله سليگمن (2002) با پذيرش مطلق و افراطي اين رويکرد جبر گرايانه مخالف هستند. اين نظريه پردازان، ضمن اذعان به اينکه شادي مبناي ژنتيک دارد، معتقدند که ميزان تجربه ي شادي، تا حد زيادي در کنترل خود افراد است*.* در واقع رويکردهاي واقع بينانه تر و متعادل تر بيان مي‌دارند که اگرچه استعداد ژنتيک، در تعيين محدوده ي تجربه ي شادي،‌ تأثير گذار است ولي عامل اصلي تعيين کننده در تجربه ي شادي، قضاوت ها و ارزشيابي هاي شناختي افراد از رويدادهاي زندگي روزمره و نيز ميزان تجارب هيجانات مثبت، همچون لذت است (رسنيک، 1997).

**2-2-2-3 جنبه هاي فيزيولوژيک**

براساس پژوهش هاي انجام شده به نظر مي‌رسد که در بين مراکز مغزي، دسته ي تارهاي جلويي مياني (ام- اف - بي)، سپتال و کرمينه مخچه که با سپتال رابطه دارد، مي‌تواند در تجربه ي هيجان شادي، نقش داشته باشد. به علاوه، نقش هسته هاي دمي‌(بخشي از هيپوتالاموس و تالاموس) در تجربه ي هيجان شادي، تأييد شده است (خداپناهي، 1387). همچنين نتايج پژوهش هاي اخيري که در اين زمينه انجام شده اند، نشان مي‌دهند که قشر پيش پيشاني نيمکره ي چپ مغز،‌ به هنگام تجربه ي هيجان شادي، فعاليت قابل توجهي دارد. اين يافته ها نشان مي‌دهند که اين قسمت از مغز با فرآيند کاهش و بهبود هيجانات منفي نيز ارتباط داشته و فعاليت آن توسط بعضي از اعمال ارادي در جهت کاهش هيجانات منفي، قابل افزايش است (کامپتون و هافمن، 2013).

**2-2-2-4 جنبه هاي شناختي**

در مورد جنبه هاي شناختي هيجان شادي، آنچه که مورد توافق نظر نظريه پردازان هيجانات مثبت است، اين است که اين بعد، عمدتاً به ارزشيابي شناختي در مورد رضايت از حيطه هاي مختلف زندگي، اشاره دارد (کار، 2005). رضايت از زندگي، محصول ارزيابي فرد از کارکرد و شرايط زندگي خود است، به گونه اي که کيفيت اين ارزيابي، به استانداردها و معيارهاي هرفرد، مربوط مي‌شود (وايتنک و همکاران[[16]](#footnote-16)، 2004). بنابراين تحقق بعد شناختي هيجان شادي، هنگامي‌اتفاق مي‌افتد که فرد براساس معيارهاي دروني شده ي خود، ارزيابي مثبتي از کل زندگي و حيطه هاي اختصاصي آن داشته باشد و تجارب زندگي خود را در مجموع، خوب، معنادار و ارزشمند، تلقي کند (کالاهان، 2011). براين اساس، شادي يک مفهوم ذهني است و هرکسي خود، بهترين قضاوت کننده در مورد سطح شادي خويش است. به همين دليل است که به صرف وجود يا عدم وجود شرايط مثبت بيروني و مادي نمي‌توان در مورد سطح شادي افراد، اظهار نظر قطعي کرد. اين احتمال وجود دارد که افرادي با شرايط و امکانات محيطي محدود، سطح شادي بالايي را تجربه کنند و برعکس، افرادي حتي با فراهم بودن شرايط و امکانات مناسب، سطح مناسبي از شادي را تجربه نکنند. در واقع علت اين تفاوت ها به ارزشيابي هاي شناختي افرد در رابطه با رضايت از حيطه هاي مختلف زندگي و نيز رضايت از کليت زندگي خويش، مربوط مي‌شود (کسبير و داينر، 2008).

**2-2-2-5 جنبه هاي اجتماعي**

براساس مطالعات انجام شده در زمينه ي شادي، نمي‌توان اين هيجان را در خارج از يک بافت بين فردي، تبيين نمود. ميزان بالاتر اجتماعي شدن و همکاري بين فردي، از جمله مواردي است که همواره با سطوح بالاتر شادي همراه است. پژوهش ها نشان مي‌دهد که کميت و مهمتر از آن، کيفيت روابط بين فردي دوستانه، به طور مثبتي با شادي همبستگي داشته و احساس تنهايي، به طور قوي با افسردگي همبستگي دارد. اهميت اين موضوع تاحدي است که حتي مطرح شده است که روابط اجتماعي رضايت بخش، مي‌تواند مهمترين منبع شادکامي‌محسوب شود (کسبير و داينر، 2008). براي اين يافته هاي پژوهشي، تبين هاي مختلفي مطرح شده است که سه مورد از مهمترين آن ها عبارتند از (کار، 2005):

1- افراد شاد در نظر ديگران جذاب تر به نظر مي‌رسند و به همين دليل، بيشتر احتمال دارد که توسط ديگران براي روابط بين فردي و تعاملات اجتماعي، انتخاب شوند. همچنين افراد شاد، نسبت به افراد افسرده و ناشاد، که يبشتر بر خودشان متمرکز هستند و کمتر تمايل به درگيري با مسائل ديگران دارند، بيشتر تمايل دارند که به طور ياريگرانه با ديگران ارتباط برقرار نمايند و به آن ها کمک کنند.

2- هر انساني به لحاظ روانشناختي، نيازي اساسي به پيوند داشتن با ديگران دارد، لذا ارتباطات مطلوب با ديگران به دليل تأثير مثبتي که بر ارضاي يکي از مهمترين نيازهاي انسان مي‌گذارد، به افزايش احساس رضايت و شادي منجر مي‌شود. اين موضوع در بسياري از نظريه هاي مطرح شخصيت و روان درماني همچون نظريه ي مزلو (شولتز؛ ترجمه ي خوشدل، ‌1385) و واقعيت درماني گلاسر (اوندرا و گرينوالت[[17]](#footnote-17)، 2007؛ گلاسر؛ ترجمه ي رحمانيان، 1385) بسيار مورد تأکيد قرار گرفته است. درواقع بين شادي و روابط بين فردي، يک رابطه ي دوجانبه وجود دارد، به طوريکه از يکسو شادي به تجربه ي ارتباطات مؤثر کمک مي‌کند و از سوي ديگر، ارتباطات مؤثر به افزايش شادي منجر خواهند شد.

3- ارتباطات مؤثر با ديگران، شبکه ي حمايت اجتماعي مطلوبي را براي فرد تأمين مي‌کند که مي‌تواند با کمک به حل مسائل مختلفي که فرد با آن رو به رو مي‌شود، به حفظ و تداوم احساس شادي کمک نمايد.

**2-2-2-6 جنبه هاي اقتصادي**

ارتباط پول و درآمد، با شادي قابل انکار نيست، زيرا تحقق بسياري از نيازهاي اساسي انسان، همچون نياز به غذا، امنيت، سرپناه و مواردي از اين قبيل در گروي تأمين مناسب منابع مالي است (فرانکلين، 2010). اين موضوع در ديدگاه صاحب نظراني همچون گلاسر (گلاسر؛ ترجمه ي رحمانيان، 1385) و مزلو (شولتز؛ ترجمه ي خوشدل، 1385) که به بررسي نيازهاي اساسي انسان پرداخته اند، نيز مورد تأکيد است *.* البته بايد توجه داشت که اين به معناي آن نيست که ثروت، به عنوان يک منبع و عامل ايجاد کننده ي شادي محسوب مي‌شود. بسياري از افراد ناشاد هستند که هيچ مشکلي از جانب منابع مالي ندارند و اضافه شدن ثروت و دارايي، نمي‌تواند باعث افزايش شادي آن ها شود. بنابراين مي‌توان گفت ثروت و دارايي، تاحدي که بتواند نيازهاي اساسي انسان را برطرف نمايد، مي‌تواند تا حد زيادي شرايط لازم براي تجربه ي هيجان شادي را فراهم آورد، ولي لزوماً به شادي منتج نخواهد شد (فرانکلين، 2010). نتايج پژوهش هاي مختلف نيز نشان مي‌دهد که ميزان ارتباط بين ثروت و شادي بسيار پايين است (سليگمن، 2002).

**2-2-2-7 جنبه هاي هيجاني**

يکي از نخستين نظريه پردازي هاي اختصاصي در مورد جنبه ي هيجاني شادي، که امروزه مورد توافق نظريه پردازان و پژوهشگران روانشناسي شادي قرار دارد، نظريه ي برادبرن[[18]](#footnote-18) است که در اواخر دهه ي 1970 مطرح شد. براساس نظريه ي برادبرن، شادي به عنوان يک حالت تعادل هيجاني بين دو دسته هيجانات منفي و هيجانات مثبت، قلمداد مي‌شود. بر اين اساس، تجربه ي شادي، هنگامي‌تحقق مي‌يابد که از يکسو هيجانات منفي در کمترين سطح ممکن تجربه شوند و از سوي ديگر هيجانات مثبت، به ميزان قابل توجهي تجربه گردند (اشموتکين[[19]](#footnote-19)، 2005). در ميان هيجانات مثبت مرتبط با شادي، هيچ هيجاني به اندازه ي هيجان لذت، مورد تأکيد قرار نگرفته است. امروزه اين موضوع مورد توافق نظريه پردازان و پژوهشگران حيطه ي هيجانات مثبت است که هيجان لذت، جزئي تفکيک ناپذير از هيجان شادي محسوب مي‌شود و به عنوان مولفه ي هيجاني شادي به حساب مي‌آيد (دوک ورث، استين و سليگمن[[20]](#footnote-20)، 2005).

**2-2-3 هيجان لذت**

**2-2-3-1 ريشه هاي تحولي**

ريشه هاي تحولي هيجان لذت نسبت به هيجان شادي، در متون مربوط به روانشناسي تحول، کمتر مورد بحث قرار گرفته است. شايد دليل اين امر، اين باشد که اساساً لذت به عنوان مولفه ي هيجاني شادي، محسوب مي‌شود و لذا مي‌توان ريشه هاي تحولي شادي در بعد هيجاني را به نوعي به عنوان تحول هيجان لذت نيز در نظر گرفت (آرگايل؛ ترجمه ي گوهري انارکي، 1383).

لذت نيز همچون شادي از جمله هيجان هاي نخستين محسوب مي‌شود (خداپناهي، 1387) که به اشکال مختلف، از بدو تولد، جلوه هاي مختلف‌آن قابل مشاهده است. اين نشانه ها که جهان شمول هستند، معمولاً در طول دوره ي نوباوگي به صورت حالت انبساط عضلاني و بستن چشم ها در هنگام ارضاي نيازهاي فيزيولوژيک مانند تغذيه شدن، قابل مشاهده هستند (ماسن و همکاران؛ ترجمه ی ياسايی، 1387). با اين حال، هيجان لذت در دوره هاي بعدي تحول، در همين سطح جسماني باقي نمي‌ماند و به موازات رشد جنبه هاي شناختي، لذت هاي پيچيده تري که تحت تأثير حواس فيزيولوژيک نيستند نيز پديدار مي‌شود که تحت عنوان لذت هاي برتر شناخته مي‌شود (کار، 2005).

**2-2-3-2 جنبه هاي فيزيولوژيک**

پژوهش هاي نوروپسيکولوژي در مورد هيجان لذت، تاکنون بسياري از جنبه هاي فيزيولوژيک مربوط به اين هيجان را به خوبي شناسايي کرده اند. بويژه در بعد لذت هاي حسي، انتقال دهنده هاي عصبي خاصي در ارتباط با هيجان لذت، مشخص شده و مناطق مغزي مرتبط با اين هيجان، دقيقاً شناسايي شده اند. در ميان انتقال دهنده هاي عصبي، نقش دوپامين و سروتونين در تجربه ي هيجان لذت، بسيار برجسته است. همچنين پپتيدهاي شبه افيوني که شامل آندروفين ها، آنکفالين ها و دينورفين ها مي‌شود، علاوه بر اثر تسکيني و ضددرد، در تجربه ي هيجان لذت نيز نقش دارند (حائري روحاني، 1386).

در ميان مناطق مغزي، نقش بعضي از ساختارهاي دستگاه کناري و بويژه شکنج زاويه اي و سپتال، در رابطه با تجربه ي لذت هاي بدني همچون لذت جنسي، مورد تأکيد قرار گرفته است. همچنين مشخص شده است که هيجان هاي مثبتي همچون لذت، بيشتر در نيمکره ي چپ، مورد بررسي قرار مي‌گيرند (خداپناهي، 1388). علاوه بر مواردي که ذکر شد، مشخص شده است که بعضي از هورمون ها از جمله هورمون اکسيتوسين[[21]](#footnote-21) نيز در تجربه‌ي لذت، نقش اساسي دارد (کامپتون و هافمن، 2013).

**2-2-3-3 جنبه هاي غريزي**

يکي از مهمترين منابع هيجان لذت، در بعد جسمي، ارضاي نيازهاي غريزي همچون خوردن و ميل جنسي است (آرگايل؛ ترجمه ي گوهري انارکي و همکاران، 1383). اين شکل از هيجان لذت، بويژه از ديدگاه تکاملي، بسيار حائز اهميت است، زيرا تجربه ي لذتي که با ارضاي نيازهاي اساسي غريزي همراه است، افراد را به فراهم کردن شرايطي که به ارضاي اين نيازها بيانجامد برمي‌انگيزد که نتيجه ي آن، حفظ بقاي آن ها خواهد بود (خداپناهي، 1388).

**2-2-3-4 جنبه هاي شناختي**

اگرچه جنبه هاي فيزيولوژيک و جسمي، جزئي اساسي از هيجان لذت هستند، اما لذت صرفاً به عنوان يک مولفه ي زيستي و بدني محسوب نمي‌شود، بلکه اساساً اين هيجان به يک حالت ذهني خوشايند اشاره دارد که با بعضي از حواس و دريافت هاي بدني همراه است (اگدن[[22]](#footnote-22)، 2001). به عبارت ديگر لذت، علاوه بر ابعاد فيزيولوژيک، ابعاد پيچيده ي شناختي را نيز در بر مي‌گيرد (پترسون، 2006). البته مطرح کردن بعد شناختي براي هيجان لذت، مانند آنچه که براي هيجان شادي، مطرح شد، به معني معادل دانستن اين دو هيجان نيست. در واقع تفاوت اين دو هيجان، در اين است که ارزيابي هاي شناختي مبتني بر رضايت و خشنودي، يکي از مولفه هاي اصلي هيجان شادي است، که بدون تحقق آن، نمي‌توان سخن از تحقق هيجان شادي به ميان آورد، ولي اين مولفه هاي شناختي، جزء مولفه هاي اصلي هيجان لذت، محسوب نمي‌شوند، بلکه جزء عوامل تأثير گذار بر تجربه‌ي اين هيجان، محسوب مي‌گردند. به همين دليل است که امکان تجربه ي هيجان لذت، حتي بدون ارزيابي‌هاي شناختي مثبت، امکان پذير است. به عنوان مثال، فردي که هيچ ارزيابي شناختي مثبتي از زندگي خود، به طور کلي و در حيطه هاي مختلف ندارد، با رفتارهايي مثل رابطه ي جنسي، کشيدن سيگار و مواردي از اين قبيل که تجربه ي لذت حسي را فراهم مي‌آورند، به طور موقت، هيجان لذت را تجربه خواهد کرد. با اين حال، تجربه ي لذت پايدار در بلندمدت و در هردومقوله ي لذت هاي جسمي‌و برتر، بدون تحقق مولفه هاي شناختي مثبت و مؤثر، امکان پذير نخواهد بود (کار، 2005).

**2-2-3-5 جنبه هاي اجتماعي**

به طور کلي رابطه ي هيجانات مثبت از جمله لذت، با روابط اجتماعي، دو جانبه است. يعني افرادي که روابط اجتماعي مطلوبي دارند، ميزان لذت بيشتري را تجربه مي‌کنند و همچنين افرادي که سطح بالاتري از هيجانات مثبت همچون لذت را تجربه مي‌کنند، روابط بين فردي مثبت تري دارند (جانسون، 2009). برخلاف هيجانات منفي مانند اضطراب که ميزان درگيري افراد را در موقعيت هاي اجتماعي کمتر مي‌کند و ممکن است مخل روابط بين فردي مطلوب شود، هيجانات مثبت مانند لذت، باعث مي‌شود که افراد، بدون بازداري و کنار کشيدن از موقعيت هاي اجتماعي، با جنبه هاي مختلف موقعيت هاي بين فردي درگير شوند و سطح بالايي از توجه و بينش را نسبت به ابعاد مختلف اين موقعيت ها داشته باشند. اين توجه گسترش يافته به افراد کمک مي‌کند تا در موقعيت هاي اجتماعي، روي ايده ها، اعمال و فعاليت هاي جديد،گشوده باشند وخلاقيت بيشتري از خود نشان دهند. در نتيجه، اين خلاقيت و گشودگي مي‌تواند به ارتقاء و گسترش هرچه بيشتر روابط بين فردي ثمربخش و مفيد براي سلامت روان منجر شود (کار، 2005).

همچنين روابط بين فردي نيز مي‌تواند تأثير بسزايي در تجربه ي لذت فراهم آورد. براساس نظريه ي انتخاب، بدون داشتن روابط رضايت بخش، تجربه ي هيجانات مثبت، به طور پايدار و در طولاني مدت، امکان پذير نخواهد بود. زيرا هيجانات مثبت، هنگامي‌حاصل مي‌شوند که يک يا چند مورد از نيازهاي اساسي انسان، ارضا شده باشد و ارضاي مطلوب و مناسب تمام نيازهاي انسان حتي نيازهاي فيزيولوژيک او، تنها در سايه ي روابط رضايت بخش، امکان پذير است (اوندرا و گرينوالت، 2007). بنابراين تجربه ي هيجانات مثبت، که به دنبال روابط مطلوب ايجاد مي‌شود، نشانگر اين است که نيازهاي جسماني و روانشناختي فرد، به خوبي در حال ارضا شدن است و بنابراين سلامت روان او در وضعيت مطلوبي قرار دارد (گلاسر؛ ترجمه ي ملکيان و احمدي، 1386).

**2-3 سلامت روان**

**2-3-1 تاريخچه ي سلامت روان**

تاريخچه ي نظريه پردازي هاي منسجم در مورد سلامت روان، به يونان و روم باستان بازمي‌گردد. يکي از نخستين نظريه ها در مورد سلامت و بيماري رواني، نظريه ي بقراط است. او معتقد بود که بدن انسان داراي چهار مايع مهم است به نام هاي سودا، صفرا، بلغم و خون (دم) که تعادل بين آن ها به منزله ي سلامت رواني و جسماني و عدم تعادل بين آن ها به معني بيماري رواني و جسماني است. اگرچه مدلي که توسط بقراط ارائه شده بود، اساساً يک مدل سلامت بود، اما اکثر نظريه پردازي ها و مباحث مربوط به آن، حول مسائل و آسيب هاي جسماني و روانشناختي متمرکز بود. ساير نظريه پردازاني هم که پس از بقراط، موضوع سلامت روان را مدنظر قرار دادند، عمدتاً روي مسائل و مشکلات سلامت روان و به عبارتي بيماري هاي رواني تمرکز داشتند. اين نگرش تا روانشناسي علمي‌قرن بيستم نيز حاکم بود (هالجين و ويتبورن؛ ترجمه ي سيد محمدي، 1387).

از زمان تأسيس رسمي‌علم روانشناسي در اواخر قرن نوزدهم، تا ده ها سال، مفهوم سلامت روان، به عنوان يک مفهوم مستقل از بيماري رواني، شناخته نمي‌شد. در واقع بسياري از نظريه پردازان، به طور آشکار يا ضمني چنين فرض مي‌کردند که سلامت روان به معناي عدم بيماري رواني است (تنگلند[[23]](#footnote-23)، 2001). بويژه در طي سال هاي جنگ جهاني دوم و پس از آن، روانشناسي بيش از حد روي مقولات آسيب شناسي رواني متمرکز شد، به طوريکه مشخصه ي اصلي روانشناسي، تشخيص و درمان اختلالات رواني در همکاري با متخصصين روانپزشکي بود (فيرس و ترال؛ ترجمه ي فيروزبخت، 1388). حتي در حيطه هاي پژوهشي، چه در مورد کودکان و چه در مورد بزرگسالان، اقبال پژوهشگران روانشناسي عمدتاً به سمت مقولات آسيب شناسي رواني و عوامل تأثير گذار بر مسائل و اختلالات روانشناختي و يا درمان آن ها بود (سليگمن؛ ترجمه ی کلانتري و همکاران، 1390).

در طول سال هايي که نگرش آسيب شناسي رواني بر علم روانشناسي، حاکم بود، چندين جريان نظريه پردازي سعي کردند تا تمرکز افراطي برمسائل و مشکلات روانشناختي به جاي مقولات سلامت روان را به چالش بکشند. نظريه پردازاني همچون مزلو، راجرز و فرانکل، با نظريات متفاوت و متحولانه ي خود، گام بزرگي در جهت شکستن اين جريان غالب، برداشتند (ساپينگتون؛ ترجمه ي حسين شاهي برواتي، 1387)، اما اين نظريات نيز موفق به ايجاد يک جنبش علمي- پژوهشي مستقل در حيطه ي سلامت روان نشدند. علت اين امر، آن بود که اين نظريات، به طوراختصاصي مفهوم سلامت روان را به عنوان يک مفهوم مستقل، مورد بحث و بررسي قرار ندادند. همچنين بعضي از اين نظريات همچون نظريه ي مزلو، بيشتر متمرکز بر افرادي بود که در اوج سلامت روان بودند و کمتر به درجه ي عمومي‌سلامت روان که در مورد اکثريت مردم، مصداق داشته باشد، پرداختند (تنگلند، 2010). با اين حال، اين نظريات، بستر لازم را براي تمرکز زدايي جريان روانشناسي از مسائل آسيب شناسي محض به سمت مباحث سلامت روان، که در اواخر قرن بيستم تحقق يافت، فراهم نمود. نظريات آنتونوسکي[[24]](#footnote-24) در دهه ي 1980 يک گام مهم در جهت اين تحول محسوب مي‌شد. او مطرح مي‌کرد که هدف درمان هاي روانشناختي، بايد به جاي تمرکز بر رفع نشانه هاي آسيب شناسي، ارتقاء توانايي هاي مقابله اي و مهارت هاي مؤثر در سلامت روان،‌ در جمعيت عمومي‌باشد (مک دونالد، 2006). اين نظرات او به نوعي مقدمه ساز شکل گيري رويکرد روانشناسي مثبت، در اواخر دهه ي 1990 بود (گلانز و شوارتز، 2008).

با ايجاد جنبش روانشناسي مثبت توسط سليگمن، موج جديدي از جريان علمي‌و پژوهشي ايجاد شد که موضوع سلامت روان و افراد فاقد اختلالات رواني را به طور مستقل از مباني آسيب شناسي رواني، مد نظر قرار داد. سليگمن بيان کرد که هدف علم روانشناسي، لزوماً درمان اختلالات رواني نيست، بلکه توانمندسازي جمعيت عمومي‌به منظور پيش گيري از ناراحتي هاي روان شناختي، هدفي است که اهميت آن کمتر از پرداختن به مقولات آسيب شناسي و درمان نيست (سليگمن؛ ترجمه ي کلانتري و همکاران، 1390). تحت تأثير اين موج جديد در روانشناسي، امروزه بين نظريه پردازان و پژوهشگران سلامت روان، ديگر اين موضوع مورد توافق عمومي‌است که سلامت روان، به معني فقدان اختلال رواني نيست (مک دونالد، 2006).

**2-3-2 مولفه هاي سلامت روان**

امروزه اين بحث در بين پژوهشگران و نظريه پردازان سلامت روان، مطرح است که سلامت روان را نيز مي‌توان همانند اختلالات رواني، در چارچوب يک نشانگان[[25]](#footnote-25) مطرح کرد. به عبارت ديگر، سلامت روان نيز به حالتي اطلاق مي‌شود که براساس آن، مجموعه ي مشخصي از علائم، در سطحي مشخص و براي دوره ي زماني مشخصي، تحقق مي‌يابند و منجر به عملکرد فيزيولوژيک، روانشناختي و اجتماعي متمايزي مي‌شوند. بعضي از نظريه پردازان و پژوهشگران، معتقدند که بسياري از مولفه ها و مفاهيم مرتبط با مفهوم خوب بودن ذهني[[26]](#footnote-26) مي‌تواند به عنوان مجموعه نشانگان منعکس کننده ي سلامت روان، در نظر گرفته شود (کيس و لوپز[[27]](#footnote-27)، 2002). داينر و کسبير (2007) خوب بودن ذهني را به عنوان قضاوت شناختي افراد در مورد رضايت از زندگي خود، و ارزيابي عاطفي آن ها از خلق و هيجاناتشان تعريف مي‌کنند. همانطور که از اين تعريف، مشخص است، مفهوم سازي خوب بودن ذهني، بسيار مشابه مفهوم سازي شادي است. حتي پيشگامان مطالعات خوب بودن ذهني همچون داينر، نيز اين دو مفهوم را تقريباً معادل يکديگر مي‌دانند (داينر ، سوه، لوکاس و اسميت[[28]](#footnote-28)، 1999؛ ليوبوميرسکي، کينگ[[29]](#footnote-29) و داينر، 2005؛ ليوبوميرسکي، شلدون و اشکيد، 2005).

براساس پژوهش هاي متعدد انجام گرفته در زمينه ي خوب بودن ذهني و سلامت روان، کيس (2007) ملاک هاي 13 گانه اي را براي سلامت روان معرفي مي‌کند که تحقق آن ها در يک فرد، مي‌تواند به معني بهره مندي مطلوب او از سلامت روان باشد. البته همانند آنچه که در مورد اختلالات رواني مطرح مي‌شود، نگاه به سلامت روان، نبايد صرفاً محدود به رويکرد طبقه بندي[[30]](#footnote-30) و همه يا هيچ باشد، بلکه بايد رويکرد پيوستاري[[31]](#footnote-31) نيز در نظر گرفته شود. به عبارت ديگر، اين 13 مولفه، به صورت همه يا هيچ در افراد وجود ندارند، بلکه هرفردي ممکن است به ميزاني از هريک از آن ها بهره مند باشد. براين اساس مي‌توان گفت هنگامي‌که اين مولفه ها حداقل در حد متعادل و متوسطي تحقق يابند، مي‌توان از تحقق سلامت روان، سخن گفت. بنابراين حتي افرادي که داراي اختلال رواني تشخيص داده نمي‌شوند، خود مي‌توانند در دو طبقه ي داراي سلامت روان و فاقد سلامت روان، قرار گيرند. اين مولفه هاي 13 گانه در جدول 1-2 ارائه شده اند (کيس، 2007).

**جدول 1-2 مولفه هاي 13 گانه ي سلامت روان براساس طبقه بندي ارائه شده توسط کيس (2007)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مولفه هاي سلامت روان | | تعريف |
| هيجانات مثبت[[32]](#footnote-32) (خوب بودن هيجاني[[33]](#footnote-33)) | عاطفه ي مثبت[[34]](#footnote-34) | بشاش بودن در حد معقول و متعادل، احساس علاقه به زندگي، داشتن روحيه ي خوب، احساس شادي و احساس آرامش در ابعاد مختلف زندگي روزمره. |
| کيفيت زندگي[[35]](#footnote-35) | احساس رضايت از زندگي به طور کلي و در اکثر موقعيت ها و زمينه ها و يا به ميزان بالا در در حيطه هاي خاص زندگي روزمره. |
| کارکرد روانشناختي مثبت[[36]](#footnote-36) (خوب بودن روانشناختي[[37]](#footnote-37)) | خودپذيري[[38]](#footnote-38) | نگرش مثبت پايدار در مورد خود، تأييد کردن و دوست داشتن اکثر جنبه هاي شخصيت خود. |
| رشد شخصي[[39]](#footnote-39) | به دنبال چالش بودن (به شکل مثبت و نه چالش هاي استرس زا)، بينش داشتن به توانايي هاي بالقوه ي خود، احساس رشد و تکامل پيوسته (به لحاظ شخصيتي). |
| هدف در زندگي[[40]](#footnote-40) | يافتن معنا و جهت خاصي براي زندگي خود. |
| تسلط محيطي[[41]](#footnote-41) | پرورش دادن توانايي انتخاب، مديريت و شکل دهي به محيط زندگي خود، متناسب با نيازهاي شخصي. |
| خودمختاري[[42]](#footnote-42) | توانايي رهبري و هدايت خود، به طور مستقل و داشتن ارزش ها و معيارهاي دروني که به لحاظ اجتماعي نيز پذيرفته شده و مقبول هستند. |
| روابط مثبت با ديگران[[43]](#footnote-43) | داشتن يا توانايي داشتن روابط گرم و مطمئن با ديگران. |
| کارکرد اجتماعي مثبت[[44]](#footnote-44) (خوب بودن اجتماعي)[[45]](#footnote-45) | پذيرش اجتماعي[[46]](#footnote-46) | داشتن نگرش مثبت نسبت به تفاوت هاي انساني و تأييد و پذيرش اين تفاوت ها. |
| تحقق اجتماعي[[47]](#footnote-47) | اعتقاد به اينکه مردم، گروه ها و جامعه، داراي توانايي هاي بالقوه اي هستند و مي‌توانند به طور مثبتي اين توانايي ها را رشد و پرورش دهند. |
| مشارکت اجتماعي[[48]](#footnote-48) | مفيد و ارزشمند تلقي کردن فعاليت هاي روزمره ي خود براي جامعه و ديگران. |
| پيوستگي اجتماعي[[49]](#footnote-49) | علاقه به جامعه و زندگي اجتماعي و معنادار و قابل فهم دانستن جامعه و زندگي اجتماعي. |
| يکپارچگي اجتماعي[[50]](#footnote-50) | احساس تعلق به يک اجتماع و دريافت حمايت و آسايش از جانب يک اجتماع. |

مفهوم سازي ارائه شده توسط کيس، براساس پژوهش هاي مختلف انجام شده در حيطه ي سلامت روان و خوب بودن ذهني، صورت گرفته و در مورد اينکه هريک از اين مولفه ها به عنوان مولفه هاي سلامت روان در نظر گرفته مي‌شوند، توافق وجود دارد، ولي مطمئناً هنوز نياز به پژوهش هاي اختصاصي متعددي در مورد خود اين طبقه بندي 13 گانه هست تا مورد توافق عمومي‌نظريه پردازان و پژوهشگران سلامت روان قرار گيرد، زيرا اين طبقه بندي با هدف مشخص کردن نشانگان سلامت روان تدوين شده است (کيس، 2007).

**2-3-3 تأثير استرس و مهارت هاي مقابله اي بر سلامت روان**

در مباحث سلامت روان و آسيب شناسي رواني، توجه به عوامل استرس زا و کيفيت مقابله ي مؤثر با آن ها غيرقابل اجتناب است. امروزه پژوهش ها و مطالعات مختلف، اين موضوع را تأييد کرده است که حتي براي افرادي که داراي استعداد ژنتيکي اختلالات رواني هستند، آنچه که منجر به بروز اين اختلالات مي‌شود، تجربه ي درجات بالاي استرس و ناتواني در مقابله ي مؤثر با عوامل استرس زا [[51]](#footnote-51) است (هالجين و ويتبورن؛ ترجمه ي سيدمحمدي، 1387). عوامل استرس زا، عوامل دروني يا بيروني هستند که به شکل ناخوشايندي احساس تعادل و ثبات فرد در زندگي روزمره را بر هم مي‌زنند و در نتيجه، سلامت روانشناختي يا جسماني او را تحت تأثير قرار مي‌دهند. استرس مي‌تواند به طور مستقيم از طريق پيامدهاي روانشناختي و فيزيولوژيک (مانند برانگيختگي بيش از حد و سطح بالاي اضطراب) يا غير مستقيم (از طريق افزايش احتمال رفتارهاي مخربي همچون سيگار کشيدن و تغذيه ي ناکافي) سلامت جسماني ورواني افراد را به خطر بيندازد. البته تأثير عوامل استرس زا بر سلامت جسماني و روانشناختي، در مورد همه ي افراد، به يک ميزان نيست. بسياري از افراد هستند که در شرايط و موقعيت هاي بسيار استرس زا، از سطح سلامت رواني و جسماني خوبي برخوردارند و برعکس، بسياري از افراد ممکن است با کمترين عوامل استرس زا، سطح سلامت جسماني و روانشناختي آن ها در وضعيت نامطلوبي قرار بگيرد (گلانز و شوارتز، 2008). در واقع آنچه که موجب اين تفاوت ها مي‌گردد، به نوع مکانيزم هاي مقابله اي[[52]](#footnote-52) مربوط مي‌شود که افراد در مواجهه با رويدادهاي استرس زا و به منظور کنترل استرس ناشي از آن ها در زندگي روزمره ي خود، به کار مي‌بندند (مک دونالد، 2006).

پاسخ سازگارانه و منتج به سلامت روان، نسبت به موقعيت هاي استرس زا داراي دو مولفه ي اساسي است: 1- مديريت مسئله[[53]](#footnote-53) 2- تنظيم هيجاني[[54]](#footnote-54). مديريت مسئله به ساز و کارهايي اشاره دارد که فرد براي تأثير گذاري مستقيم بر موقعيت استرس زا به کار مي‌گيرد. ساز و کارهايي همچون حل مسئله و جستجوي اطلاعات لازم براي مقابله‌ي مؤثر با يک موقعيت، از جمله ساز و کارهايي هستند که تحت مفهوم مديريت مسئله، قرار مي‌گيرند. تنظيم هيجاني به ساز و کارهاي کنترل و تعديل هيجانات، به شکلي سازگارانه اشاره دارد. اين مولفه، در کنار مديريت مسئله، يک مولفه ي اساسي براي مقابله ي مؤثر با يک موقعيت استرس زا به شمار مي‌رود، زيرا مديريت مسئله با وجود هيجانات منفي شديد و مخرب، بسيار دشوار خواهد بود. مولفه ي تنظيم هيجاني، بويژه هنگامي‌اهميت بسياري پيدا مي‌کند که امکان تغيير و مديريت موقعيت استرس زا چندان عملي نيست. مثلاً هنگامي‌که فرد با مرگ يک از اطرافيان خود مواجه مي‌شود، به هيچ وجه نمي‌تواند تأثيري روي موقعيت ناگوار پيش آمده، ايجاد کند. در چنين مواردي فرد فقط مي‌تواند روي خودش کنترل داشته باشد. بنابراين در چنين شرايطي تنها مؤلفه ي تنظيم هيجاني، اجرايي خواهد بود. البته تنظيم هيجاني هم بدون دخالت عوامل بيروني و موقعيتي انجام نمي‌گيرد، بلکه ساز و کارهاي اجتماعي و بين فردي مانند کمک گرفتن از حمايت اجتماعي خانواده، دوستان و ساير شبکه هاي روابط اجتماعي مي‌تواند تاحد زيادي به تنظيم هيجانات در موقعيت هاي استرس زا کمک نمايد (گلانز و شوارتز، 2008).

**2-3-4 تأثير روابط بين فردي بر سلامت روان**

امروزه شواهد پژوهشي، اين موضوع را تأييد مي‌کند که روابط اجتماعي مؤثر و حمايت کننده، تأثيرات مستقيم و غير مستقيم قابل توجهي بر سلامت روان دارد (گلانز و شوارتز، 2008). ابعاد تأثير حمايت اجتماعي بر حفظ و ارتقاء سلامت روان را مي‌توان در چهار بعد زير طبقه بندي کرد (هيني و ايزريل[[55]](#footnote-55)، 2008):

1- حمايت هيجاني[[56]](#footnote-56)، شامل همدلي، عشق، اعتماد و مراقبت.

2- حمايت ابزاري[[57]](#footnote-57)، شامل کمک ها و خدمات مستقيم در جهت حل مسائل فردي که نيازمند کمک است.

3- حمايت اطلاعاتي[[58]](#footnote-58)، شامل ارائه ي توصيه، پيشنهاد و هرگونه اطلاعاتي که مي‌تواند به فرد در جهت حل مسائلش کمک کند.

4- حمايت مبتني بر ارزشيابي[[59]](#footnote-59): شامل ارائه ي اطلاعاتي که براي ارزشيابي موضع فعلي فرد بر مبناي اهداف مورد انتظارش، کمک کننده است. به عبارت ديگر اين نوع حمايت به بازخوردهاي سازنده و کمک کننده به فرد، اشاره دارد.

بديهي است که هريک از عوامل چهارگانه ي فوق، مي‌تواند به اشکال مختلف، در مقابله ي مؤثر با عوامل استرس زا چه در مولفه ي مديريت مسئله و چه در مولفه ي تنظيم هيجاني، بسيار تأثير گذار باشد (گلانز و شوارتز، 2008) البته ابعاد چهارگانه ي حمايت اجتماعي، کاملاً قابل تفکيک از يکديگر نيستند و معمولاً در ارتباط بايکديگر تحقق مي‌يابند (هيني و ايزريل، 2008).

**2-3-5 مداخلات مبتني بر سلامت روان**

با پيدايش جنبش روانشناسي مثبت، اين ايده به طور جدي مطرح شد که خدمات روانشناسي، لزوماً نبايد منحصر به جمعيتي باشد که داراي برچسب هاي تشخيصي اختلالات رواني يا اختلالات شخصيت هستند. بلکه براي بسياري از افرادي که تحت اين برچسب ها قرار نمي‌گيرند نيز مداخلات روانشناسي به منظور حفظ و ارتقاي سلامت روان و پيشگيري از مسائل روانشناختي، ضرورت دارد (سليگمن؛ ترجمه ي کلانتري و همکاران، 1390). يافته هاي پژوهش هاي انجام شده نشان مي‌دهند که فقدان اختلال رواني لزوماً نشانگر تحقق سلامت روان نيست وهمچنين فقدان سلامت روان نيز لزوماً معادل اختلال رواني نيست. براساس اين پژوهش ها مفهوم سلامت روان و اختلال رواني را بايد با يکديگر در نظر گرفت. براين اساس، سلامت روان، هنگامي‌در مورد يک فرد، متحقق مي‌شود که علاوه بر اينکه هيچ گونه اختلال رواني خاصي در مورد او، مصداق پيدا نمي‌کند، ملاک هاي لازم براي تحقق سلامت روان را نيز دارا باشد. به اين تعريف از سلامت روان، در اصطلاح، سلامت روان کامل[[60]](#footnote-60)، گفته مي‌شود. پژوهش ها نشان مي‌دهند که افرادي که از اين سطح سلامت روان (سلامت روان کامل) بر خوردارند، نسبت به افرادي که داراي سلامت روان کامل نيستند، کارکرد بهتري در زمينه هاي مختلف زندگي روزمره دارند و حتي از سلامت جسمي‌بالاتري برخوردارند. البته بر اساس اين پژوهش ها، اکثريت افراد تحت بررسي، در وضعيت سلامت روان کامل قرار نمي‌گرفته اند، بلکه حدقل نيمي‌از آن ها، در وضعيتي قرار داشته اند که اگرچه ملاک هاي اختلالات رواني در مورد آن ها صدق نمي‌کرده، اما ملاک هاي سلامت روان نيز به طور کامل، در مورد آن ها تحقق پيدا نمي‌کرده است. به اين سطح از سلامت روان، دراصطلاح، «سلامت روان متوسط»[[61]](#footnote-61) گفته مي‌شود. پژوهش ها نشان مي‌دهد که اين افراد، از يکسو بيش از افرادي که داراي سلامت روان کامل، تشخيص داده مي‌شوند، مستعد انواع مسائل روانشناختي و جسمي‌هستند و از سوي ديگر، به دليل فقدان نشانگان بارز آسيب شناسي رواني و دارا بودن بعضي از ملاک هاي سلامت روان کامل، توان بالقوه و آمادگي اين را دارند که سلامت روان خود را به سطح سلامت روان کامل، برسانند (کيس، 2007). بنابراين اين جمعيت از افراد هستند که مي‌توانند جمعيت هاي بسيار مناسب و مستعدي براي مداخلات مبتني بر سلامت روان باشند. مداخلات مبتني بر سلامت روان در مورد اين افراد، به جاي تمرکز بر جنبه هاي آسيب شناسي، برافزايش مولفه هاي مختلف سلامت روان و به شکوفايي رساندن توانمندي هاي روانشناختي آن ها، تأکيد دارد (کيس و لوپز، 2002). بنابراين اين مداخلات، بايد از منابع مختلفي که افراد در اختيار دارند و به طور بالقوه مي‌تواند در ارتقاء سلامت روان آن ها مؤثر باشند، استفاده کنند (سليگمن؛ ترجمه ي کلانتري و همکاران، 1390). يکي از مهمترين اين منابع که بسيار مورد تأکيد نظريه پردازان روانشناسي مثبت قرار گرفته است، مذهب و معنويت است (کار، 2005؛ جانسون، 2009).

**2-6 پيشينه ي پژوهشي**

**2-6-1 پژوهش هاي خارج از کشور**

**2-6-1-1 ارتباط بين متغيرهاي مذهب/معنويت، شادي، لذت و سلامت روان**

كوئنيگ ، پارگامنت و نيلسن[[62]](#footnote-62) (1998)، با بررسي رابطه بين مقابله ي مذهبي و وضعيت سلامت روان در بزرگسالان سالخورده ي بستري در بيمارستان، توانستند21 سبك مقابله اي معنوي را شناسايي كنند كه شانزده مورد آن به طور معناداري با سلامت روان ارتباط مثبت داشت.

بوگنر[[63]](#footnote-63) و همکاران (2001؛ به نقل از ليوبوميرسکي، کينگ و داينر، 2005)، در پژوهش خود نشان دادند که افراد شاد، به احتمال کمتري به سوء مصرف مواد که يکي از عوامل مخل سلامت روان محسوب مي‌شود، روي مي‌آورند.

ون نس و لارسن[[64]](#footnote-64) (2002)، طي يک بررسي،‌ نشان دادند،‌ در ميان افرادي که در دوران پاياني زندگي خود هستند، ارتباط مثبت بين مذهب و معنويت با جنبه هاي مختلف سلامت روان، به چشم مي‌خورد.

داينر و سليگمن (2002)، در مطالعه ي خود، نشان دادند که نشانگان مرضي روانشناختي، همچون افسردگي، هيپوکندريا و اسکيزوفرنيا در افراد شادتر، کمتر مشاهده مي‌شود (به نقل از ليوبوميرسکي، کينگ و داينر، 2005).

اسميت، مک کالو و پل[[65]](#footnote-65) (2003)، با روش فرتحليل، به بررسي 147 پژوهش، در زمينه ي رابطه ي بين مذهبي بودن و وجود نشانه هاي افسردگي, پرداختند. نتايج نشان داد که در مجموع اين پژوهش ها همبستگي منفي بين مذهبي بودن و وجود نشانه هاي افسردگي, تأييد مي‌شود.

فرانسيس، رابينز، لويس و کوئيگلي[[66]](#footnote-66) (2004)، در پژوهشي به بررسي رابطه ي بين نگرش مثبت به عقايد ديني مسيحيت و سلامت عمومي‌در ميان دانشجويان دوره‌ي کارشناسي، پرداختند. نتايج نشان داد که نگرش مثبت به عقايد ديني مسيحيت با سطح بالاتر سلامت عمومي‌همبستگي معناداري داشت.

در پژوهش دالمن، پررا و استادنسکي[[67]](#footnote-67) (2004)، نشان داده شد که افرادي که به صورت خودسنجي، ميزان بالاتري از معنويت را گزارش کرده بودند، به احتمال بيشتري سلامت خود را نيز در وضعيت مطلوبي‌ ارزيابي مي‌کردند.

فلانلي، کوئنيگ، اليسون، گالک و کراوس[[68]](#footnote-68) (2006)، در پژوهش خود، نشان دادند اعتقاد به زندگي پس از مرگ به عنوان يک اعتقاد مذهبي، با سلامت روان بهتر، ارتباط مستقيم دارد.

موريرا-آلميدا، نتو[[69]](#footnote-69) و کوئنيگ (2006)، با بررسي 850 پژوهش در زمينه ي ارتباط مذهب با سلامت روان، به اين نتيجه رسيدند که مجموع اين پژوهش ها، نشانگر ارتباط مذهب با سلامت روان مطلوب مي‌باشد.

در پژوهشي که عبدالخالق و ناصر[[70]](#footnote-70) (2007) با مسلمانان الجزايري انجام دادند، به همبستگي معنادار مذهب با سلامت رواني در مردان و نيز همبستگي معنادار مذهب با سلامت رواني، سلامت جسماني، شادي، رضايت از زندگي و خوشبيني در زنان، دست يافتند. همچنين در اين پژوهش، همبستگي منفي معناداري بين مذهبي بودن با بدبيني و اضطراب، به دست آمد.

در پژوهش عقيلي و کومار[[71]](#footnote-71) (2008)، در پژوهش خود در ميان کارمندان ايراني و هندي به همبستگي مثبت بين نگرش مذهبي و شادي دست يافتند.

ساباتيني[[72]](#footnote-72) (2011)، با نمونه ي817 نفري از شهروندان ايتاليايي به رابطه ي مثبت بين شادي و سلامت عمومي‌دست يافت.

در پژوهش احمدي، موحد ابطحي و کرماني[[73]](#footnote-73) (2012)، با بررسي مدل ساختاري رابطه ي بين نگرش مذهبي، رضايت از زندگي و سلامت روان در دانشجويان دانشگاه اصفهان، نشان داده شد که نگرش مذهبي به طور مستقيم رضايت از زندگي و به طور غيرمستقيم و از طريق رضايت از زندگي، سلامت روان را به طور معناداري پيش بيني مي‌کند.

کامکاري و شکرزاده[[74]](#footnote-74) (2012)، با بررسي رابطه بين سلامت روان و شادي در ميان نوجوانان و جونان 15 تا 29 ساله ي شهر تهران به رابطه ي مثبت معنادار بين اين دو متغير دست يافتند.

در پژوهش احمدي، اسدي و موحد ابطحي[[75]](#footnote-75) (2013)، با بررسي مدل ساختاري رابطه ي بين شادي، لذت و سلامت روان، در ميان دانشجويان دانشگاه اصفهان، مشخص شد که شادي به طور مستقيم لذت،‌ و به طور غير مستقيم و از طريق لذت، سلامت روان را به طور معناداري پيش بيني مي‌کند.

در پژوهش احمدي، اسدي، اميني، کازروي و کاظمي‌(2013) با بررسي مدل ساختاري رابطه ي بين نگرش مذهبي، نااميدي و افسردگي در ميان دانشجويان دانشگاه اصفهان، نشان داده شد که نگرش مذهبي به طور مستقيم با نااميدي و به طور غيرمستقيم و از طريق نااميدي با افسردگي، ارتباط معنادار معکوس دارد.

**2-6-1-2 اثربخشي مداخلات روانشناختي يکپارچه شده با مذهب و معنويت**

دي سوزا و رودريگو (2004)، با اجراي يک مداخله ي شناختي رفتاري که بر عقايد معنوي مراجعان تأکيد داشت، توانستند به بهبود معناداري در اميد به زندگي و نيز کاهش معنادار در ميزان نااميدي دست يابند.

تاراکشوار، پيرس و سيکما[[76]](#footnote-76) (2005؛ به نقل از پارگامنت، 2007)، با اجراي مشاوره ي گروهي متمرکز بر ارتقاء مقابله ي مذهبي، توانستند به کاهش معناداري در افسردگي دست يابند.

ريچاردز، اون و اشتاين[[77]](#footnote-77) (1993؛ به نقل از پارگامنت، 2007)، با اجراي گروه درماني شناختي- رفتاري يکپارچه شده با عقايد مذهبي، در هر دو مرحله ي پس آزمون و پيگيري، به کاهش معناداري در نمرات افسردگي و کمال گرايي و افزايش معنادار نمرات عزت نفس،‌ دست يافتند.

احمدي و کجباف (2012)، با اجراي 8 جلسه معنويت درماني شناختي- رفتاري در ميان دانشجويان دانشگاه اصفهان، توانستند به کاهش معناداري در نمرات اضطراب اعضاي تحت مداخله دست يابند.

احمدي و باجلان[[78]](#footnote-78) (2013)، با اجراي 8 جلسه معنويت درماني شناختي- رفتاري در ميان دانش آموزان دختر دبيرستاني، توانستند به کاهش معنادار نمرات پرخاشگري و افزايش معنادار نمرات قاطعيت، دست يابند.

**2-6-1-3 اثربخشي مداخلات مبتني بر روان نمايشگري**

کلرمان (1987)، با بررسي 23 پژوهش انجام شده در زمينه‌ي روان نمايشگري، از اوايل تا اواخر قرن بيستم، چنين نتيجه گيري کرد که اين روش مي‌تواند به عنوان يک رويکرد درماني معتبر، بويژه در زمينه‌ي بهبود اختلالات سازگاري و رفتارهاي ضداجتماعي مطرح شود.

آرن، تئورل، اوناس- موبرگ و جانسن[[79]](#footnote-79) (1989)، با اجراي جلسات روان نمايشگري در بيماران معدي- روده‌اي توانستند به کاهش معناداري در ميزان اضطراب اين بيماران دست يابند.

در پژوهش استالونه[[80]](#footnote-80)(1993)، نشان داده شد که اجراي جلسات روان نمايشگري در بين زندانيان کانون اصلاح و تربيت، در کاهش رفتارهاي نامقبول و نيز تسهيل سازگاري، اثربخش بوده است.

کاربونل و پارتلنوبارهمي[[81]](#footnote-81) (1999)، با اجراي جلسات گروهي روان نمايشگري در دختران دبيرستاني که تجربه‌ي تروما داشتند، توانستند به طور معناداري رفتارهاي انزواجويانه، اضطراب و افسردگي اعضاي تحت مداخله را کاهش دهند.

دوگان[[82]](#footnote-82) (2010)، در پژوهش خود نشان داد اجراي جلسات روان نمايشگري به طور معناداري بر بهبود سبک دلبستگي اضطرابي بزرگسالان جوان در روابط نزديک خود، تأثير گذار است.

گه،‌هه و داي[[83]](#footnote-83) (2011)، با اجراي جلسات روان نمايشگري براي دانشجويان خوابگاهي توانستند به افزايش معناداري در اعتماد بين فردي اين افراد،‌ دست يابند.

آکينسولا و اودوکا[[84]](#footnote-84) (2013)، با اجراي روان نمايشگري در ميان کودکان و نوجوانان 7 تا 16 ساله به کاهش معناداري در نمرات اضطراب اجتماعي و اضطراب عملکرد افراد تحت مداخله دست يافتند.

**2-6-2 پژوهش هاي داخل کشور**

**2-6-2-1 ارتباط بين متغيرهاي مذهب/معنويت، شادي و سلامت روان[[85]](#footnote-85)**

شجاعيان و زماني منفرد(1381)، در پژوهش خود در ميان کارکنان فني صنايع مهمات سازي، بين دعا با سلامت روان، به رابطه ي مثبت معنادار دست يافتند.

در پژوهش حسني واجاري و بهرامي(1384)، در ميان دانشجويان دانشگاه تهران، نشان داده شد كه بين خوشبختي معنوي با سلامت روان، همبستگي مثبت معنادار وجود دارد.

در پژوهش شهني ييلاق، موحد و شکرکن(1383)، در مورد رابطه ي علي بين نگرش هاي مذهبي، خوشبيني،‌ سلامت رواني و سلامت جسماني در دانشجويان دانشگاه شهيد چمران اهواز، مشخص شد که مسيرهاي مستقيم از نگرش هاي مذهبي به خوش بيني، از خوش بيني به سلامت روان و از سلامت رواني به سلامت جسماني، معني دار بود. همچنين مسيرهاي غيرمستقيم از نگرش مذهبي به سلامت رواني و جسماني معني دار بود.

صادقي و مظاهري(1384)، در پژوهش خود، اثرمثبت و معنادار روزه داري را به عنوان يک عبادت مذهبي بر سلامت روان، نشان دادند.

کرمي، روغنچي، عطاري، بشليده و شکري (1385)، در پژوهش خود با دانشجويان دانشگاه رازي کرمانشاه، نشان دادند که پايبندي به جهت گيري اخلاقيات مذهبي دروني با سلامت روان، همبستگي مثبت و معناداري دارد.

در پژوهش عناصري (1386)، در ميان دانشجويان دانشگاه آزاد آشتيان، نشان داده شد که شادي با سلامت روان، همبستگي مثبت و با افسردگي و اضطراب، همبستگي منفي معناداري دارد.

باب الحوائجي، رستمي‌نسب، تاج الديني و هاشمي‌نسب (1390)، با بررسي رابطه ي بين هوش معنوي و شادي در ميان کتابداران شاغل در کتابخانه هاي شهر تهران، به همبستگي مثبت و معنادار بين اين دو متغير دست يافتند.

باقري، اکبري زاده و حاتمي‌(1390)، با بررسي رابطه ي هوش معنوي و شادي در جمعيت پرستاران، به رابطه‌ي معنادار مثبت بين اين دو متغير دست يافتند.

**2-6-2-2 اثربخشي مداخلات روانشناختي يکپارچه شده با مذهب و معنويت**

در پژوهش بيان زاده و همكاران (1381)، نشان داده شد که درمان شناختي- رفتاري مذهبي- فرهنگي، همراه با مصرف دارو در كاهش علائم اضطرابي، افسردگي، وسواس، باورها و نگرش هاي ناسالم بيماران، مؤثر بود و شدت آن ها را كاهش داد.

مرادي و همكاران (1383)، در پژوهشي به بررسي اثربخشي گروه درماني شناختي- مذهبي بر نيمرخ رواني معلولان جسمي‌زن در شهر اصفهان پرداختند.نتايج نشان داد كه اين مداخله باعث كاهش معنادار شاخص كلي علايم مرضي، شكايات جسماني، وسواس- اجبار، حساسيت بين فردي، اضطراب و روان پريشي شده و فقط بر ميزان افسردگي تأثير معنادار نداشت.

مجاهد و همكاران (1388)، به بررسي اثربخشي درمان شناختي رفتاري مبتني بر باورهاي مذهبي بر كاهش مشكلات روانشناختي همسران شهدا و جانبازان پرداختند. پس از هشت جلسه مداخله، نتايج از اثربخشي هر دو رويكرد شناختي رفتاري كلاسيك و شناختي رفتاري مبتني بر باورهاي مذهبي خبرداد؛ اما بين اثربخشي رويكرد كلاسيك با رويكرد مذهبي تفاوت معناداري مشاهده نشد.

عزيزي ابرقويي(1389) به برسي اثربخشي معنويت درماني بر ميزان اميد و كيفيت زندگي دانشجوايان دختر مراجعه كننده به مركز مشاوره ي دانشگاه اصفهان پرداخت. نتايج، نشان داد كه ميانگين نمرات اميد و كيفيت زندگي گروه آزمايش نسبت به گروه کنترل، در دو مرحله ي پس آزمون و پيگيري، افزايش معناداري پيدا كرده و همچنين ميانگين نمرات نااميدي گروه آزمايش نسبت به گروه کنترل، در مرحله ي پس آزمون و پيگيري، كاهش معناداري پيدا كرده بود.

در پژوهش فلاح و همکاران (1390)، اجراي مداخله‌ي معنوي با 60 زن مبتلا به سرطان سينه، منجر به ارتقاء معنادار اميد و سلامت روان درمانجويان گرديد.

**2-6-2-3 اثربخشي مداخلات مبتني بر روان نمايشگري**

نريماني، بيابانگرد و رجبي (1385)، با اجراي جلسات روان نمايشگري در ميان دانش‌آموزان نارساخوان به افزايش معناداري در مهارت‌هاي اجتماعي و عزت نفس اين دانش آموزان، دست يافتند.

زارع و شفيع آبادي (1386)، در پژوهش خود، نشان دادند که روان نمايشگري بر افزايش ابرازگري هيجاني و سلامت عمومي‌مراجعان، اثربخش بوده است. همچنين در اين پژوهش، اثربخشي اين روش در مقايسه با روش مشاوره ي گروهي عقلاني- عاطفي- رفتاري در افزايش ابرازگري هيجاني، بيشتر بوده است.

زارع، شفيع آبادي، پاشاشريفي و نوابي نژاد (1386)، نشان دادند که جلسات روان نمايشگري در افزايش ابرازگري هيجاني و کاهش بازداري و دوسوگرايي هيجاني مراجعان، اثربخش بوده است.

ملازماني و فتحي آشتياني(1387)، با اجراي جلسات آموزشي به شيوه ي ايفاي نقش، به بهبود معناداري در تصور از خود نوجوانان دختر،‌ دست يافتند.

کورکي، يزدخواستي، ابراهيمي‌و عريضي (1390)، با اجراي جلسات روان نمايشگري در ميان دانشجويان دختر دانشگاه اصفهان، به افزايش معنادار در مهارت هاي اجتماعي و کاهش معنادار در اعتياد به اينترنت دست يافتند.

**2-7 خلاصه و جمع بندي**

**2-7-1 خلاصه ي پيشينه ي خارجي**

پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور، در مجموع بيانگر آن هستند که بين نگرش مذهبي (و نيز مولفه هاي مربوط آن مانند باورهاي مذهبي و معنوي)، شادي، لذت و سلامت روان، روابط معناداري وجود دارد. بر اين اساس، اين روابط به صورت رابطه ي بين باورهاي مذهبي و مولفه هاي مربوط به آن با سلامت روان يا فقدان نشانگان آسيب شناسي رواني (به عنوان نمونه، کوئنيگ و همکاران، 1998؛اسميت و همکاران، 2003؛ عبدالخالق و ناصر، 2007)، رابطه ي باورهاي مذهبي با شادي (آقايي و کومار، 2008؛ احمدي، اسدي و موحد ابطحي، 2013)، رابطه ي شادي با سلامت روان يا سلامت عمومي‌(ساباتيني، 2011؛ کامکار و شکرزاده، 2012)، رابطه ي معکوس شادي با حالات آسيب شناسي رواني (بوگنر و همکاران، 2001؛ داينر و سليگمن، 2002؛ به نقل از ليوبوميرسکي، کينگ و داينر، 2005) و رابطه ي شادي با لذت (احمدي، اسدي و ابطحي، 2013) گزارش شده است.

يکپارچه سازي عقايد معنوي و مذهبي در مداخلات روانشناختي تا کنون در موضوعات مختلف مرتبط با سلامت روان و آسيب شناسي رواني همچون اميد و نااميدي (دي سوزا و ردريگو، 2004)، افسردگي (ريچاردز و همکاران، 1993؛ تاراکشوار و همکاران، 2005؛ به نقل از پارگامنت، 2007) اضطراب (احمدي و کجباف، 2012) و پرخاشگري و قاطعيت (احمدي و باجلان، 2013) بررسي شده است. چيزي که در مورد اکثر اين مداخلات، مشترک است، اين است که اين رويکردها عمدتاً براي يکپارچه سازي مفاهيم معنوي و مذهبي، بر رويکردهاي شناختي- رفتاري استوار بوده اند. اين موضوع در مورد بسياري از مداخلات مشابه ديگري که تاکنون انجام شده اند، نيز صدق مي‌کند (پارگامنت، 2007)

همچنين پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور، نشان مي‌دهند که اثربخشي روان نمايشگري تاکنون بر حيطه هاي مختلف مربوط به سلامت روان و آسيب شناسي رواني، همچون اختلالات سازگاري و رفتارهاي ضداجتماعي (کلرمان، 1973)، اضطراب (آرن و همکاران، 1989، آکينسولا و اودوکا، 2013)، افسردگي (استالونه، 1993)، سبک هاي دلبستگي (دوگان، 2010) و اعتماد بين فردي (گه و همکاران، 2011) تأييد شده است.

**2-7-2 خلاصه ي پيشينه ي داخلي**

پژوهش هاي ثبت شده در داخل کشور، در مجموع از يکسو نشانگر رابطه ي بين مفاهيم مرتبط با نگرش مذهبي مانند عقايد معنوي و مذهبي، اعمال و عبادات مذهبي با سلامت روان (از جمله حسني واجاري و بهرامي، ‌1384؛ کرمي‌ و همکاران، 56) و از سوي ديگر نشانگر رابطه بين مفاهيم مرتبط با معنويت با شادي هستند (باب الحوائجي و همکاران، 1390؛ باقري و همکاران، 1390). همچنين رابطه ي بين شادي و سلامت روان، در پژوهش هاي داخلي نيز همچون پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور،‌ تأييد مي‌شود (عناصري، 1386). اما رابطه ي بين لذت با هيچ يک از سه متغير نگرش مذهبي (يا مفاهيم مرتبط با آن)، شادي و سلامت روان، در هيچ پژوهش ثبت شده اي يافت نشد.

در ميان پژوهش هاي ثبت شده در داخل کشور، موضوع يکپارچه سازي عقايد مذهبي و معنوي در مطالعات مختلفي مورد بررسي قرار گرفته است. بعضي از مهمترين متغيرهايي که تاکنون مورد بررسي اين مداخلات بوده اند عبارتند از: اضطراب، افسردگي، وسواس (بيان زاده و همکاران، 1381؛ مولوي و همکاران، 1383) اميد و نااميدي (عزيزي ابرقويي، 1389) و نيز خود متغيرسلامت روان به طورکلي (فلاح و همکاران، 1390). همانند پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور، ملاحظه مي‌شود در اين پژوهش ها نيز يکپارچه سازي عقايد مذهبي و معنوي، عمدتاً متمرکز بر رويکردهاي شناختي- رفتاري بوده است.

همچنين اثربخشي روان نمايشگري بر متغيرهاي مختلف مربوط به سلامت روان، هيجانات و حالات آسيب شناسي رواني تاکنون در پژوهش هاي داخلي مختلفي مورد بررسي قرار گرفته است که مي‌توان از آن ميان به اين موارد اشاره کرد: مهارت هاي اجتماعي و عزت نفس (نريماني و همکاران، 1385)، ابراز گري هيجاني و سلامت عمومي‌(زارع و شفيع آبادي، 1386)، دوسوگرايي هيجاني (زارع و همکاران، 1386)، تصور از خود (ملا زماني و فتحي آشتياني، 1387) و اعتياد به اينترنت (کورکي و همکاران، 1390).

**منابع و مآخذ**

ابراهيمي، امراله؛ مولوي، حسين؛ موسوي، غفور؛ برنامنش، عليرضا و يعقوبي، محمد. (1386). ويژگي هاي روان سنجي، ساختارعاملي، نقطه برش باليني، حساسيت و ويژگي پرسشنامه سلامت عمومي‌28 سؤالي(GHQ-28) در بيماران ايراني مبتلا به اختلالات روانپزشکي. *تحقيقات علوم رفتاري*، 5 (1)، 12-5*.*

ابراهيمي، امرااله؛ نشاط دوست، حميدطاهر؛ کلانتري، مهرداد؛ مولوي، حسين و اسداللهي، قربانعلي. (1387). ساختار عاملي، پايايي و روايي مقياس نگرش سنج ديني. *مجله علمي‌پژوهشي اصول بهداشت رواني*، 10 (2)، 116-107.

آرگايل، مايکل. (1383). *روانشناسي شادي*. ترجمه ي مسعود گوهري انارکي، حميدطاهر نشاط دوست، حسن پالاهنگ و فاطمه بهرامي. اصفهان: جهاد دانشگاهي.

اماني، فيروز؛ سهرابي، بهرام؛ صادقيه، سعيد و مشعوفي، مهرناز. (1383). بررسي شيوع افسردگي در دانشجويان دانشگاه علوم پزشکي اردبيل. *مجله علمي‌پژوهشي دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني اردبيل*، 3 (11)، 11-7.

باب الحوائجي، فهيمه؛ رستمي‌نسب، عباسعلي؛ تاج الديني، اورانوس و هاشمي‌نسب، فخر السادات. (1390). بررسي رابطه بين هوش معنوي و شادكامي‌كتابداران شاغل در كتابخانه هاي دانشگاه تهران. *نشريه تحقيقات كتابداري و اطلاع رساني دانشگاهي*، 45 (58)، 121-101.

باقري،‌ فريبرز؛ اکبري زاده، فاطمه و حاتمي، حميدرضا. (1390). رابطه بين هوش معنوي و شادکامي‌و متغيرهاي دموگرافيک در پرستاران بيمارستان. *فصلنامه طبّ جنوب*. 14 (4)، 263-256.

برک، لورا.اي. (1386). *روان شناسي رشد*. جلد اول. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر ارسباران.

برک، لورا.اي. (1387). *روان شناسي رشد*. جلد دوم. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر ارسباران.

بيان زاده، سيداحمد؛ بوالهري، جعفر؛ دادفر، محبوبه وكريمي‌كيسمي، عيسي. (1383). بررسي اثربخشي درمان شناختي- رفتاري مذهبي فرهنگي در بهبود مبتلايان به اختلال وسواس- جبري*. مجله ي دانشگاه علوم پزشكي ايران*، 11 (44)، 924-913.

ترکان، هاجر و کجباف،‌ محمدباقر. (1387). نگرش چيست؟. *فصلنامه ي علمي- تخصصي توسعه ي علوم رفتاري*، 1 (1)، 54-49.

حائري روحاني، سيدعلي. (1386). *فيزيولوژي اعصاب و غدد درون ريز.* تهران: سمت.

حسني واجاري، کتايون و بهرامي‌احسان، هادي. (1384). نقش مقابله مذهبي و خوشبختي معنوي در تبيين سلامت روان. *مجلة روانشناسي*، 9 (3)، 260-248.

خادمي، عين الله. (1389). جستاري درباره ي چيستي لذّت از منظر ابن سينا. *مجله فلسفه و کلام اسلامي*، 1 (43)، 50-29.

خداپناهي، محمدکريم. (1387). *روانشناسي فيزيولوژيک.* تهران: سمت.

خداپناهي، محمدكريم. (1388). *انگيزش و هيجان.* تهران: سمت.

زارع، مهدي و شفيع آبادي، عبدالله. (1386). مقايسه اثربخشي مشاوره گروهي عقلاني- عاطفي، رفتاري و روش مشاوره روان نمايشگري در افزايش سلامت عمومي‌و ابرازگري هيجاني مراجعان زن. *مجله علمي‌و پژوهشي مطالعات زنان*. 1(2)، 181- 148.

زارع، مهدي؛ شفيع آبادي، عبدالله؛ پاشاشريفي، حسن و نوابي نژاد، شکوه. (1386). اثربخشي گروه درمانگري عقلاني- هيجاني- رفتاري و روان نمايشگري در تغيير سبکهاي ابراز هيجان. *فصلنامة روانشناسان ايراني*، 4 (3)، 41-25.

ساپينگتون، اندرو.اِ. (1387). *بهداشت رواني*. ترجمه ي حميدرضا حسين شاهي برواتي. تهران: انتشارات روان.

سليگمن، مارتين. اي. پي. (1390). روانشناسي مثبت، پيشگيري مثبت و مثبت درماني. در م. اشنايدر و ش.ج. لوپز، *معنويت و روانشناسي مثبت*. ترجمه و تلخيص مهرداد کلانتري، سيده راضيه طبائيان، پريناز سجاديان و الهام آقايي. اصفهان: کنکاش.

سليماني، فاطمه. (1389). لذت و الم از نگاه ابن سينا. *دو فصلنامه علمي- پژوهشي حکمت سينوي (مشکوة النور)*، 14، 23-5.

شجاعيان، رضا و زماني منفرد، افشين. (1381). ارتباط دعا با سلامت رواني و عملکرد شغلي کارکنان فني صنايع مهمات سازي. *انديشه و رفتار*، 8 (2)، 39-33.

شمشيري نظام،‌ تورج؛ کافيان تفتي، عليرضا و انصاري، سمانه. (1385). بررسي همه گير شناختي افسردگي و عوامل مرتبط با آن در دانشجويان پزشكي دانشگاه علوم پزشكي ايران در سال 1383. *فصلنامه پژودا*، 1 (1)، 9-2.

شولتز، دوآن. (1385). *روانشناسي كمال*. ترجمه ي گيتي خوشدل. تهران: نشرپيكان.

شولتز، دوآن و شولتز، سيدني الن. (1387). *نظريه هاي شخصيت*. ترجمه ي يحيي سيد محمدي. تهران: نشر ويرايش.

شوماخر، رندال. اي و لومکس، ريچارد. جي. (1388). *مقدمه اي بر مدل سازي معادله ساختاري*. ترجمه ي وحيد قاسمي. تهران: جامعه شناسان.

شهني ييلاق، منيجه؛ موحد، احمد و شکرکن، حسين. (1383). رابطه ي علي بين نگرش هاي مذهبي، خوشبيني، سلامت رواني و سلامت جسماني در دانشجويان دانشگاه شهيدچمران اهواز. *مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيد چمران اهواز*،11 (1و2)، 34-19.

صادقي، محمدرضا؛ باقرزاده لداري، رحيم و حق شناس، محمدرضا. (1389). وضعيت نگرش مذهبي و سلامت روان در دانشجويان دانشگاه علوم پزشکي مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکي مازندران*، 20 (75)، 75-71.

صادقي، منصوره السادات و مظاهري، محمدعلي. (1384). اثر روزه داري برسلامت روان. *مجلة روانشناسي*، 9 (3)، 309-292.

عابدي، محمدرضا؛ ميرشاه جعفري، سيدابراهيم و لياقتدار، محمدجواد. (1385). هنجاريابي پرسش نامه شادکامي‌آکسفورد در دانشجويان دانشگاه هاي اصفهان. *مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران*، 12 (2)، 100-95.

عزيزي ابرقويي، مريم. (1389). *بررسي اثربخشي معنويت درماني بر ميزان اميد و كيفيت زندگي دانشجويان دانشگاه اصفهان*. پايان نامه ي كارشناسي ارشد روانشناسي عمومي. دانشكده ي علوم تربيتي و روانشناسي، دانشگاه اصفهان.

عريضي، حميدرضا و خليليان، مائده. (1387). روش هاي تحليل ميانجي و کاربرد آن در بررسي جاذبه ي سازماني به عنوان متغير ميانجي. *مجموعه مقالات فارسي نهمين کنفرانس آمار ايران*، 243-230.

علي پور، احمد و نوري،‌ ناهيد. (1385). بررسي پايايي و روايي مقياس افسردگي- شادکامي‌در کارکنان دادگستري شهر اصفهان. *فصلنامه اصول بهداشت رواني*، 8 (31و32)، 96-87.

عناصري، مهريار. (1386). رابطه ي بين سلامت روان و شادكامي‌دانشجويان دختر و پسر. *انديشه و رفتار*، 2 (6)، 84-75.

فرانکل، ويکتور. (1390). *انسان در جستجوي معني*. ترجمه ي اکبرمعارفي. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

فلاح، راحله؛ گلزاري، محمود؛ داستاني، محبوبه؛ ظهيرالدين، عليرضا؛ موسوي، سيدمهدي و اکبري، محمداسماعيل. (1390). اثربخشي مداخله معنوي به شيوه ي گروهي بر ارتقاي اميد و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *انديشه و رفتار*، 5(19)، 80-69.

فيرس، اي. جري و ترال، تيموتي. جي. (1388). *روانشناسي باليني*. ترجمه ي مهرداد فيروزبخت. تهران: انتشارات رشد.

کاوياني، حسين؛ کاميار، کامران و ميرسپاسي، غلامرضا. (1379). واکنش پذيري هيجاني در بيماران افسرده ناخوشکام (کاربرد محرک هاي بويايي براي القاي هيجان). *تازه هاي علوم شناختي*، 2 (3و4)، 7-1.

كاوياني، حسين؛ موسوي، اشرف سادات و محيط، احمد. (1380). *مصاحبه و آزمون هاي رواني*. تهران: انتشارات سنا.

کرمي، جهانگير؛ روغنچي، محمود؛ عطاري، يوسفعلي؛ بشليده، کيومرث و شکري، مهتاب. (1385). بررسي روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت گيري مذهبي با سلامت رواني در دانشجويان دانشگاه رازي کرمانشاه. *مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيدچمران اهواز*، 13 (3)،52-31.

كري، جرالد. (1389). *نظريه و كاربست مشاوره و روان درماني*. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشرارسباران.

کري، ماريان اشنايدر و کري، جرالد. (1390). *گروه درماني*. ترجمه ي سيف ا... بهاري، بايرامعلي رنجگر، حميدرضا حسين شاهي برواتي، مالک ميرهاشمي‌و سيامک نقشبندي. تهران: نشر روان.

کشاورز، امير و وفائيان، محبوبه. (1386). بررسي عوامل تأثيرگذار بر ميزان شادکامي. *روان شناسي کاربردي*، 2 (5)، 62-51.

کورکي، مريم؛ يزدخواستي، فريبا؛ ابراهيمي، امرا... و عريضي، حميدرضا. (1390). اثربخشي روان نمايشگري در بهبود مهارتهاي اجتماعي و کاهش اعتياد به اينترنت در دانشجويان دختر. *مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران*، 17 (4)، 288-279.

گرامي، غلامحسين. (1387). *انسان در اسلام*. قم: دفتر نشر معارف.

گلاس، جين. و و استانلي، جولين. سي. (1368). *روش هاي آمار در تعليم و تربيت و روان شناسي.* ترجمه ي مهتاش اسفندياري و جمال عابدي.تهران: مرکز نشر دانشگاهي.

گلاسر، ويليام. (1385). *تئوري انتخاب*. ترجمه ي نورالدين رحمانيان. تهران: انتشارات آشتيان.

گلاسر، ويليام. (1386). *مديريت زندگي، يا نظريه ي کنترل: نگرشي نوين به رسم و راه انسان*. ترجمه ي آزاده ملکيان و سيداحمد احمدي. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکي اصفهان.

لوتون، اوا. (1388). *راهنماي متخصصان باليني براي سايكودراما*. ترجمه ي فريبا يزدخواستي، ساناز جوکار و سولماز جوکار. اصفهان: انتشارات نگار اصفهان.

ماسن، پاول.هنري؛ کيگان، جروم؛ هوستون، آلتا.کارول و کانجر، جان.وي.جين. (1387). *رشد و شخصيت کودک*. ترجمه ي مهشيد ياسايي. تهران: نشر مرکز.

محسني، نيکچهره. (1390). *نظريه ها در روانشناسي رشد (شناخت، شناخت اجتماعي، شناخت و عواطف)*. تهران: انتشارات جاجرمي.

مجاهد، عزيزا...؛ كلانتري، مهرداد؛ مولوي، حسين؛ نشاط دوست، حميدطاهر و بخشاني، نورمحمد. (1388). مقايسه ي تأثير درمان شناختي رفتاري با رويكرد اسلامي‌و درمان شناختي رفتاري كلاسيك بر سلامت رواني همسران شهدا و جانبازان. *مجله ي اصول بهداشت رواني*، 11 (4)، 291-282.

محمدي آسيابادي، علي و علي پور، زهرا. (1388). شادي و خوشدلي نزد شمس. *پژوهشنامه ي ادب غنايي*، 7 (13)، 148-125.

مرادي، اعظم؛ كلانتري، مهرداد؛ نشاط دوست، حميدطاهر و مولوي، حسين. (1383). اثربخشي گروه درماني  
 شناختي- مذهبي بر نيمرخ رواني معلولان جسمي‌زن در شهر اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسي کاربردي*،6 (21و22)، 154-135.

معروفي، محسن. (1384). بررسي فراواني نسبي علائم افسردگي در دانشجويان پزشكي و پزشكان فارغ التحصيل*. مجله دانشگاه علوم پزشكي جهرم* ، 1(1)، 4-1.

ملازماني، علي و فتحي آشتياني، علي. (1387). تأثير آموزش به شيوه ايفاي نقش بر بهبود تصور از خود نوجوانان. *مجله علوم رفتاري*، 2(1)، 66-61.

مولوي، حسين. (1386). *راهنماي عملي spss 10-13-14 در علوم رفتاري*. اصفهان: انتشارات پويش انديشه.

نريماني، محمد؛ بيابانگرد، اسماعيل و رجبي، سوران. (1385). بررسي کارآمدي روان نمايشگري بر بهبودبخشي مهارت‌هاي اجتماعي و عزت نفس دانش‌آموزان نارساخوان. *پژوهش در حيطه کودکان استثنائي*، 6 (2)، 638-623.

نوري قاسم آبادي، ربابه و بولهري، جعفر. (1381). بررسي مقدماتي گزارش دانش آموزان از نگرش مذهبي خود با و بدون ذکر هويت شخصي. *فصلنامه اصول بهداشت رواني*، 4 (13و14)، 49-39.

هالجين، ريچارد. پي و ويتبورن، سوزان كراس. (1387). *آسيب شناسي رواني*. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر روان.

هومن، حيدرعلي. (1380). *تحليل داده هاي چندمتغيري در پژوهش رفتاري*. تهران: نشرپارسا.

هومن، حيدرعلي. (1384). *مدل يابي معادلات ساختاري با کاربرد نرم افزار ليزرل.* تهران: سمت.

Abdel-khalek, A.M., & Naceur, F. (2007). Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 159-170.

Aghili, M., & Kumar, G.V. (2008). Relationship between religious attitude and happiness among professional employees. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 66-69.

Ahmadi, S.H., Asadi, E., Amini, Z., Kazerooni, N., & Kazemi, H. (2013). The causal model of relation between religious attitude, hopelessness, and depression in students. *Presented at* *13th European Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., & Bajelan, N. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral spirituality therapy on aggression and assertiveness in highschool girl Students. *Presented at* *13th European Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., Asadi, E., & Movahhed Abtahi, M.S. (2013). The causal model of relationship between happiness, pleasure and mental health in students. *Presented at* *13th European Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., & Kajbaf, M. (2012). The effectiveness of cognitive behavioural spirituality therapy on rate of anxiety in students*. Presented at* *30th International Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., Movahhed Abtahi, M.S., & Kermani, S. (2012). The causal model of relation between religious attitude, life-satisfaction, and mental health in students*. Presented at* *10th Alps Adria of Psychology Conference*.

Akinsola, E.F., & Udoka, P.A. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology*, 4(3), 246-253.

Arn, I., Theorell, T., Uvnӓs-Moberg, K., & Jonsson, C. O. (1989). Psychodrama group therapy for patients with functional gastrointestinal disorders - a controlled long-term follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(3), 113-119.

Blatner, A. (1985). The dynamics of catharsis. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 37(4), 157-166.

Blatner, A. (1996*). Acting- in: Practical applications of psychodramatic methods*. New York: Springer Publishing.

Blatner, A., & Blatner, A. (1997). *The art of play: Helping adults reclaim imagination and spontaneity*. Philadephia: Brunner/Mazel-Taylor & Francis.

Blatner, A. (2000). *Foundations of psychodrama, history, theory, and practice*. New York: Springer Publishing.

Bustos, D.M. (1994). Wings and roots. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Clark,T. L., & Davis, D. (2010). Treating trauma: Using psychodrama in groups. available from: <http://counseling> outfitters. Com.

Callahan, S. (2011). *Called to happiness*: *Where faith and psychology meet.* Maryknoll: Orbis Book.

Carbonell, D. M., & Parteleno-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 285-306.

Carr, A. (2005). *Positive psychology*: *The science of happiness and human strengths.* NewYork: Routledge.

Carroll, J., & Howieson, N. (1978). Psychodrama as a personal growth experience: A programme for teacher trainees. *Australian Journal of Teacher Education*, 3(1), 30-43.

Casson, J. (2004). *Drama, psychotherapy and psychosis*. NewYork: Brunner-Routledge.

Compton, W.C., & Hoffman, E. (2013). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. Wadsworth: Wadsworth Cengage Learining.

Daalman, T.P., Perera, S., & Studenski, S.A. (2004). Religion, spirituality and health status in geriatric outpatients. *Annuls of Family Medicine*, 2(1), 49-53.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults’ attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 112-119.

D'souza, R.F., & Rodrigo, A. (2004). Spirituality augmented cognitive behavioural therapy. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 148-152.

Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651

Duncan, M., Gathman, L., & Scholem, L.R. (1970). Psychodrama as a therapeutic technique in an admission centre setting. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4(3), 137-142.

Emmons, R.E. (2005). Emotion and religion. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Flannelly, K.J., Koenig, H.G., Ellison, C.G., Galek, K., & Krause, N. (2006). Belief in life after death and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 94(7), 524-529.

Francis, L.J., Robbins, M., Lewis, C.A., & Quigley, C.W. (2004). Assessing attitude towards religion: The Astley–Francis Scale of attitude towards theistic faith. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 485–494.

Fong, J. (2006). Psychodrama as a preventive measure: Teenage girls confronting violence. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59(3), 99-108.

Franklin, S.S. (2010). *The psychology of happiness*: *A good human life.* NewYork: Cambridge University Press.

Ge, Y., He, H., & Dai, L. (2011). Study on group intervention regarding interpersonal trust among college students with campus psychodrama. *Health*, 3(7), 462-466.

Glanz, K., & Schwartz, M.D. (2008). Stress, coping and health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Haworth, P. (1998). The historical background of psychodrama. In M. Karp, P. Holmes, & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Heaney, C.Q., & Israel, B.A. (2008). Social network and social support. In K Glanz, B.K. Rimer, & K.Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58 (1), 64-74.

Hinshelwood, R. D. (2004). Two early experimenters with groups. *Group Analysis*, 37(3), 323-333.

Holmes, P. (1998). The auxiliary ego. In M. Karp, P. Holmes, & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Hood, R.W., Hill, P.C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion*. NewYork and London: The Guilford Press.

Howard, D.E., Schiraldi, G., Pineda, A., & Campanella, R. (2006). Stress and mental health among college students: Overview and promising prevention interventions. In M.V. Landow, *Stress and mental health of college students*. NewYork: Nova Science Publishers.

Jefferies, J. (2005). Psychodrama: working through action: My thank you is for your concern. *The Group-Analytic Society*, 38(3), 371–379.

Johnson, D. (2009). Pleasure. In S.J. Lopez, *The encyclopedia of positive psychology.* Chichester:Wiley-Blackwell.

Kahle, P., & Robbins, J.M. (2004). *The power of spirituality in therapy: Integrating spiritual and religious beliefs in mental health practice*. NewYork and London: The Haworth Pastoral Press.

Kahn, A.P., & Fawcett, J. (2008). *The encyclopedia of mental health*. NewYork: Facts On File Inc.

Kamkary, K., & Shokrzadeh, S. (2012). Investigate relations between mental health and happiness feel in Tehran youth people. *European Journal of Experimental Biology*, 2(5), 1880-1886.

Karp, M. (1994). The river of freedom. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Karp, M. (1998). An introduction to psychodrama. In M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Kashdan, T.B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36, 1225–1232.

Kellermann, P. F. (1987). Outcome research in classical psychodrama. *Small Group Research*, 18(4), 459-469.

Kesebir, P., & Diener, E. (2008). In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *Perspectives on Psychological Science,* 3(2), 117-125*.*

Koenig, H.G., Pargament, K.I., & Nielsen., J. (1998). Religion coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*,186, 513-521.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.

Keyes, C.L.M., & Lopez, J.S. (2002). Toward a science of mental health. In C.R. Snyder, & S.J Lopez, *Handbook of positive psychology.* NewYork: Oxford University Press.

Levensn, M.R., Aldwin, C.M., & D’Mello. (2005). Religious development from adolescence to middle adulthood. In R.F. Paloutzian, & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Lindqvist, M. (1994). Religion and the spirit. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Lousada, O. (1998). Three layered cake, butter with everything. In M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology* 9(2), 111-131.

MacDonald, G. (2006). What is mental health?. In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental health promotion*: *A life span aproach.* NewYork: Open University Press.

Makowska, Z., Merecz, D., Mościcka, A., & Kolasa, W. (2002). The validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 15(4), 353-362.

Marineau, R.F. (1994). The cradles of Moreno's contributions. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Martin, M.M., Cayanus, J.L., Weber, K., & Goodboy, A.K. (2006). College students' stress and its impact on their motivation and communication with their instructors. In M.V. Landow, *Stress and mental health of college students*. NewYork: Nova Science Publishers.

Meisiek, S. (2004). Which catharsis do they mean? Aristotle, Moreno, Boal and Organization Theatre. *Organization Studies*. 25(5), 797- 816.

Miller, L., & Kelley, B.S. (2005). Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileria de Psiquiatiria*, 28(3), 242-250.

Nakonezny, P.A., Carmody, T.J., Morris, D.W., Kurian, B.T., & Trivedi, M.H. (2010). Psychometric evaluation of the Snaith Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) in adult outpatients with major depressive disorder. *International Clinical Psychopharmacology,* 25(6), 328–333.

Ogden, C.K. (2001). *Pleasure and instinct*. London: Routledge.

Oishi, S., Schimmack, U., & Diener, E. (2001). Pleasures and subjective well- being. *European Journal of Personality,* 15, 153- 167.

Onedera, J.D., Greenwalt, B. (2007). Choice theory: An interview with Dr. William Glasser. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(1), 79-86.

Onedera, J.D., & Greenwalt, B.C. (2008). Introduction to religion and marriage and family counseling. In J.D. Onedera, *The role of religion in marriage and family counseling*. NewYork and London: Routledge.

Ozorak, E.W. (2005). Cognitive approaches to religion. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Paloutzian, R.F., & Park, C.L. (2005). Integrative themes in the current science of the psychology of religion. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Pargament, K.I., Ano, G.G., & Wachholtz, A.B. (2005). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Pargament, K. I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred.* NewYork & London: Guilford Press.

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. NewYork: Oxford University Press.

Resnick, S. (1997). *The pleasure zone*. California: Conari Press.

Ruscombe-King, G. (1998). The sharing. In M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. NewYork: The Free Press.

Shafranske, E.P. (2005). The psychology of religion in clinical and counseling psychology. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork. London: The Guilford Press.

Shmotkin, D. (2005). Happiness in the face of adversity: Reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being. *Review of General Psychology*, 9(4), 291–325.

Sabatini, F. (2011). The relationship between happiness and health: Evidence from Italy. *Hedg*, 11(7), 1-21.

Smith, T.B., McCullough, M.E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636.

Somov, P.G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 151–161.

Sprague, K. (1994). Stepping into the cosmos with our feet on the ground. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 46(1), 24-31.

Tauvon, K.B. (1998). Principles of psychodrama. In M. Karp, P. Holmes, & K.B. Tauvon, *The Handbook of Psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Tengland, P. (2001). *Mental health*: *A phylosophical analysis.* Norwell:Kluwer Academic Publisher.

Van Ness, P.H., & Larson, D.B. (2002). Religion, senescence, and mental health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 386-397.

Vitterse, J. (2009). Hedonics. In S.J. Lopez, *The encyclopedia of positive psychology.* Chichester:Wiley-Blackwell.

Watson, D. (2002). Positive affectivity. In C.R. Snyder & S.J Lopez, *Handbook of positive psychology.* NewYork: Oxford University Press.

Whiteneck, G., Meade, M.A., Dijkers, M., Tate, D.G., Bushnik, T., & Forchheimer, M.B. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1793-1803.

Wulff, D. M. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. NewYork: John Wiley & Sons.

Worthington, E.L., Hook, J.N., Wade, N.G., Miller, A.J., & Sharp, C.B. (2008). The effects of a therapist's religion on the marriage therapist and marriage counseling. In J.D. Onedera, *The Role of religion in marriage and family counseling*. NewYork and London: Routledge.

Zinnbauer, B.J., & Pargament, K.I. (2005). Religiousness and spirituality. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

1. . Vitterse [↑](#footnote-ref-1)
2. . John Stuart Mill [↑](#footnote-ref-2)
3. . Higher pleasure [↑](#footnote-ref-3)
4. . Law of effect [↑](#footnote-ref-4)
5. . Thorndike [↑](#footnote-ref-5)
6. . Wundt [↑](#footnote-ref-6)
7. . William James [↑](#footnote-ref-7)
8. . Freud [↑](#footnote-ref-8)
9. . Pleasure principle [↑](#footnote-ref-9)
10. . Ego [↑](#footnote-ref-10)
11. . Watson [↑](#footnote-ref-11)
12. . Developmental [↑](#footnote-ref-12)
13. . Compton & Hoffman [↑](#footnote-ref-13)
14. . set point [↑](#footnote-ref-14)
15. . Resnick [↑](#footnote-ref-15)
16. . Whiteneck et al [↑](#footnote-ref-16)
17. . Onedera & Greenwalt [↑](#footnote-ref-17)
18. . Bradburn [↑](#footnote-ref-18)
19. . Shmotkin [↑](#footnote-ref-19)
20. . Duckworth, Steen & Seligman [↑](#footnote-ref-20)
21. .Oxytocin [↑](#footnote-ref-21)
22. .Ogden [↑](#footnote-ref-22)
23. . Tengland [↑](#footnote-ref-23)
24. . Antonovsky [↑](#footnote-ref-24)
25. . syndrome [↑](#footnote-ref-25)
26. . Subjective Well-being [↑](#footnote-ref-26)
27. . Lopez [↑](#footnote-ref-27)
28. . Suh, Lucas & Smith [↑](#footnote-ref-28)
29. . Lyubomirsky, King [↑](#footnote-ref-29)
30. . categorical [↑](#footnote-ref-30)
31. . continuous [↑](#footnote-ref-31)
32. . Positive emotions [↑](#footnote-ref-32)
33. . emotional well-being [↑](#footnote-ref-33)
34. . Positive affect [↑](#footnote-ref-34)
35. . quality of life [↑](#footnote-ref-35)
36. . Positive psychological functioning [↑](#footnote-ref-36)
37. . psychological well-being [↑](#footnote-ref-37)
38. . Self-acceptance [↑](#footnote-ref-38)
39. . Personal growth [↑](#footnote-ref-39)
40. . Purpose in life [↑](#footnote-ref-40)
41. . Environmental mastery [↑](#footnote-ref-41)
42. . Autonomy [↑](#footnote-ref-42)
43. . Positive relations with others [↑](#footnote-ref-43)
44. . Positive social functioning [↑](#footnote-ref-44)
45. . social well-being [↑](#footnote-ref-45)
46. . Social acceptance [↑](#footnote-ref-46)
47. . Social actualization [↑](#footnote-ref-47)
48. . Social contribution [↑](#footnote-ref-48)
49. . Social coherence [↑](#footnote-ref-49)
50. . Social integration [↑](#footnote-ref-50)
51. . Stressors [↑](#footnote-ref-51)
52. . Coping [↑](#footnote-ref-52)
53. . Problem mangement [↑](#footnote-ref-53)
54. . Emotional regulation [↑](#footnote-ref-54)
55. . Heaney & Israel [↑](#footnote-ref-55)
56. . Emotional support [↑](#footnote-ref-56)
57. . Instrumental support [↑](#footnote-ref-57)
58. . Informational support [↑](#footnote-ref-58)
59. . Appraisal support [↑](#footnote-ref-59)
60. . complete mental health [↑](#footnote-ref-60)
61. . moderate mental health [↑](#footnote-ref-61)
62. . Koenig, Pargament & Nielsen [↑](#footnote-ref-62)
63. . Bogner [↑](#footnote-ref-63)
64. . Van Ness & Larson [↑](#footnote-ref-64)
65. . Smith, McCullough & Poll [↑](#footnote-ref-65)
66. . Francis, Robbins, Lewis & Quigley [↑](#footnote-ref-66)
67. . Daalman, Perera & Studenski [↑](#footnote-ref-67)
68. .Flannelly, Koenig, Ellison, Galek & Krause [↑](#footnote-ref-68)
69. . Moreira.Almeida, Neto [↑](#footnote-ref-69)
70. . Abdel-Khalek & Naceur [↑](#footnote-ref-70)
71. . Aghili & Kumar [↑](#footnote-ref-71)
72. . Sabatini [↑](#footnote-ref-72)
73. . Ahmadi, Movahhed-Abtahi & Kermani [↑](#footnote-ref-73)
74. . Kamkari & Shokrzadeh [↑](#footnote-ref-74)
75. .Asadi, Amini & Kazerooni [↑](#footnote-ref-75)
76. . Tarakeshwar, Pearce & Sikkema [↑](#footnote-ref-76)
77. . Richards, Owen & Stein [↑](#footnote-ref-77)
78. . Bajelan [↑](#footnote-ref-78)
79. . Arn, Theorell, Uvnӓs-Moberg & Jonsson [↑](#footnote-ref-79)
80. . Stallone [↑](#footnote-ref-80)
81. . Carbonell & Parteleno-Barehmi [↑](#footnote-ref-81)
82. . Dogan [↑](#footnote-ref-82)
83. . Ge, He, & Dai [↑](#footnote-ref-83)
84. . Akinsola & Udoka [↑](#footnote-ref-84)
85. . در حيطه ي ارتباط بين لذت با سه متغير ديگر در پژوهش هاي به چاپ رسيده ي داخلي، پژوهشي يافت نشد. [↑](#footnote-ref-85)