**مبانی نظری و پیشینه تحقیق**

در این فصل به بررسی مبانی نظری هر یک از متغیرهای شادکامی، احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی پرداخته و دیدگاه های مختلف بیان می گردد. در ادامه نیز پژوهش های محققان خارجی و داخل کشور به اختصار ارائه می گردد.

**2-1 مبانی نظری شادکامی**

شادکامی و نشاط به عنوان یکی از مهمترین نیازهای روانی بشر، به دلیل تأثیرات عمده ای که در مجموعه زندگی انسان دارد، همیشه ذهن انسان را به خود مشغول کرده است. شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این نوع داوری از بیرون به فرد تحمیل نمی شود، بلکه حالتی است درونی که ازهیجانهای مثبت تأثیر می پذیرد (مایرز و دینر[[1]](#footnote-1)،1995).

بر این اساس، شادکامی برنگرش و ادراکات شخصی مبتنی است و برحالتی دلالت می کند که مطبوع و دلپذیراست و از تجربه­ی هیجانهای مثبت و خشنودی از زندگی نشأت می گیرد(هیلز[[2]](#footnote-2) و آرگیل،2001). انسان از دیرباز به دنبال این بود که چگونه می تواند بهتر زندگی کند و چه چیزی موجبات رضایتش را فراهم می سازد و با چه ساز و کارهایی می تواند از زندگی در این دنیا لذت ببرد. همه اینها به نوعی به مفهوم شادکامی و نشاط مربوط می شود (دیکی[[3]](#footnote-3)،1999).

بی شک همه ما به طور فطری، در جستجوی حالات مطلوب و خوشایند هستیم. این حالات ریشه در احساسات ما دارد. روانشناسی مثبت نگر به عنوان رویکرد تازه ای است که در اواخر سده ی بیستم میلادی پا به عرصه ی وجود نهاده وافق تازه ای را پیش روی روانشناسان و پژوهشگران گشوده است، که این رویکرد در فهم و تشریح شادی و بهزیستی ذهنی و همچنین پیش بینی دقیق عواملی که بر آنها مؤثرند، تمرکز دارد. در این نوع روانشناسی، به جای تأکید بر شناسایی و مطالعه کمبودهای روانی و کاستیهای رفتاری و ترمیم یا درمان آنها، به شناخت و ارتقای وجوه مثبت و نقاط قوت انسان توجه و تکیه می شود.

مفهوم شادی از دیرباز مورد توجه دانشمندان مختلف بوده است و سعی در شناختن آن داشته­اند ابن سینا معتقد است که عقل می داند که شادکامی در چیزهای فانی یافت نمی شود. او می گوید که شادکامی واقعی رسیدن انسانها به کمال در قدرت اندیشه و عمل است. غزالی معتقداست که شادکامی واقعی بشر در نتیجه دانش است. او معتقد است شادکامی بشر در شناخت و پرستش و بندگی خداست و پیروی از دین راه شادکامی است. اکونیاس معتقد است که شادکامی وحدت با خداست. او می نویسد که مردم به کمال می رسند و به وسیله پرهیزگاری به سمت اعمالی که مستقیماً به سوی شادکامی هدایتشان می کند، حرکت می­کنند (دیویس[[4]](#footnote-4) ،2003).

ازدیدگاه کانت، شادکامی پاداشی طبیعی است برای رفتار پرهیزگارانه و با فضیلت، بنابراین رفتار اخلاقی باید منجر به شادکامی شود(دور[[5]](#footnote-5) ،2002).

افلاطون در کتاب جمهوری به سه عنصر در وجود انسان اشاره می کند که عبارت از: قوه تعقل یا استدلال، احساسات و امیال است. افلاطون، شادکامی را حالتی از انسان می داند که بین سه عنصر تعادل و هماهنگی وجود داشته باشد(دیکی، 1999).

 از نظر ارسطو شادکامی منوط به راضی بودن از حالات، شرایط یا عملی خاص در زمان و مکان مشخص بود. پر واضح است که در این دیدگاه خشنودی فرد برشرایط عینی استواراست. زیرا در ابعاد مکان یا زمان قرار می گیرد. اما ارسطو فقط بر همین دو بعد اشاره ندارد. او معتقد بود بنیان فرد در شادکامی او مؤثر است و اینکه تلاش هایش به بارنشسته باشد و فرزندان نیکو پرورش داده باشند و موفقیت شغلی کسب کرده باشند. اما برخلاف تفکر ارسطویی شادکامی نوعی از احساس رضایت ذهنی است نه احساس رضایت عینی(اسدی،1382). آرگایل(2001)به عنوان پیشگام درنظریه پردازان شادکامی، ارتباطات اجتماعی را از مؤلفه های مهم شادی می داند و پیوندهای نزدیک همچون دوستی، عشق و ازدواج را از نمونه های بارز و اثرگذار بر بهکامی شمرده است.

وینهون[[6]](#footnote-6) (1988)، شادکامی رابه عنوان مجموعه ای از عواطف و ارزیابی شناختی از زندگی تعریف کرده است و آن را درجه ای از کیفیت زندگی افراد می داند که به طورکلی مثبت ارزیابی می-کند(رجاس،2007، نقل ازپائیزی،1386).

 به عبارت دیگر، شادمانی به این معناست که فرد چقدر از زندگی خود لذت می برد. همچنین آیزنک[[7]](#footnote-7) (1938به نقل ازفرانسیس، براون، لستر و فیلیپ چالک[[8]](#footnote-8)، 1998) شادکامی را به عنوان برونگرایی پایدار در نظر گرفت و خاطرنشان ساخت از زمانی که عواطف مثبت در شادکامی مورد توجه قرارگرفت، شادکامی با جامعه پذیری آسان و تعامل مطلوب و لذت بخش با دیگران مرتبط دانسته شد.

در ارتباط با شادکامی، دو دیدگاه اصلی وجود دارد: دیدگاه لذت گرایی که براساس اصول لذت گرایی، موجودات زنده برانگیخته می شوند تا به دنبال لذت باشند و از درد اجتناب نمایند. لذت گرایی به طور معمول در چارچوب احساس هایی مفهوم سازی می شود که با ناشی از تحریک دستگاههای حسی مختلف (بینایی، شنوایی، چشایی، بویایی و لامسه) است و یا ناشی از بمباران حسی(برانگیختگی) است. بر اساس اصول لذت گرایی، احساس ها را می توان به صورت پیوستاری نمایش داد که عاطفه ی مثبت دریک انتها و عاطفه ی منفی در انتهای دیگران قرار دارد. شادی بالاترین سطح عاطفه ی مثبت است. شادی از نظر عصب شناختی به وسیله کاهش سریع سرعت شلیک عصبی، فعال می شود. رهایی از درد جسمی، رهایی از نگرانی ها، حل کردن مسأله دشوار و پیروز شدن در رقابتی اضطراب انگیزنمونه ی الگوی کاهش برانگیختگی عصب شناختی شادی است (ریو،1386).

لازاروس[[9]](#footnote-9) (1985) اشاره می کند که تحریک دو یا چند موضوع مربوط به هم، هیجان جدیدی تولید می کند که بازتابی از ترکیب آنهاست. در الگوها و نظریه های ارائه شده پیرامون شادی، مؤلفه های درون فردی و میان فردی چندی مطرح شده است.

در میان این الگوهای ارائه شده پیرامون شادی، الگوی شلدون و لیمبومیرسکی (1990) تازه ترین نمونه در این زمینه می باشد. آنها در توصیف شادی، سه مؤلفه کلیدی را مطرح نموده اند. اولین مؤلفه نقطه شروع ثابت است که به آمادگی­های ژنتیکی و ارثی اشاره دارد و از این نظر عامل ثابت این الگو به شمار می رود (شلدون و لیمبومیرسکی، 1990 به نقل ازجوکار، 1386). به بیان دیگر، این عامل بیانگرسطح شادی، در زمان صفر بودن عوامل دیگر می باشد. شرایط، دومین مؤلفه و در برگیرنده متغیرهای جمعیّت شناختی مانند سن، وضعیت تأهل، وضعیت استقلال و درآمد، تسهیلات، امکانات و بافت خانه و خانواده و مذهب می باشد و از این نظر، نسبت به عامل اوّل از ثبات کمتری برخورداراست. آخرین و سومین مؤلفه کنش های عمدی است که اشاره به فرایندهای تلاش مدار و هدفمند زندگی فرد دارد و در برگیرنده ی جنبه های شناختی(مانند داشتن نگرش های مثبت و کمال گرا)، رفتاری(مانندابرازعلاقه به دیگران و ورزش کردن) و خواست های ارادی (مانند تعیین و دنبال کردن هدف های شخصی معنادار) می باشد. از این رو، این عامل قابل تغییراست.

 شادی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی است. مؤلفه عاطفی به معنی توازن لذت و مؤلفه شناختی به معنی رضایت فرد از زندگی می باشد. بنابراین شادکامی کلی بسته به ارزیابی های شناختی فرد در مورد رضایتش در حوزه های مختلف از قبیل خانواده، محیط زندگی، همچنین تجارب هیجانی او در این حوزه ها می باشد (دینر،2000).

**2-1-1 ابعاد شادی**

**2-1-2 بعدعاطفی شادی**

افراد در طول روز تجارب هیجانی متفاوتی را تجربه می کنند. این تجارب را می توان با استفاده از رویکرد ابعاد به صورت دو بعد عاطفه مثبت و عاطفه منفی خلاصه کرد. لارسن[[10]](#footnote-10) و دینر(1992)در مطالعه ای که از هزار شرکت کننده از فرهنگ های مختلف به عمل آوردند و بعد از تحلیل عامل این دو بعد را برانگیختگی و خوشایندی نامیدند. بعد برانگیختگی و خوشایندی از کم تا زیاد گسترش می یابد، که بعدها محققان دیگر در سال1985، از قبیل واتسون و تلگن، این دو بعد را عاطفه مثبت و عاطفه منفی نامیدند (کار،2004؛ به نقل از دشتی،1390).

 واتسون و تلگن[[11]](#footnote-11) (1985) بیان می کنند این عواطف مستقل از هم هستند، به این ترتیب عاطفه مثبت بیانگر شور و رغبت افراد برای زندگی و عاطفه منفی بیانگر تجربه احساس ناخوشایندهمراه برانگیختگی است.

از دیدگاه تکاملی هریک از عواطف، کارکردهای خاص خود را دارا هستند. هیجان مثبت و منفی جنبه های مختلف سیستم عصب زیست شناختی در افراد می باشد. هیجان منفی، قسمتی از سیستم بازداری رفتاری است. هیجان منفی موجب می شود ارگانیسم را از موقعیتی که احتمال خطر در آن وجود دارد دور کند. بنابراین از دیدگاه تکاملی هیجان منفی ازقبیل خشم و ترس اولین راهبرد دفاعی در برابر تهدیدات است. که احتمال قریب الوقوع خطر را گوشزد و توجه فرد را به سمت منبع تهدیدات معطوف و او را برای جنگ و گریز آماده می کند(لوپز و اشنایدر[[12]](#footnote-12) ،2002به نقل ازدشتی،1390).

 اما هیجان مثبت بخشی از سیستم تسهیل کننده رفتاری است که کارکردآن به این ترتیب است که ارگانیسم رابه سمت موقیعتهای پاداش دهنده که منجربه لذت می شوند، سوق می دهند. هیجانات مثبت دامنه توجه راگسترش داده، وفردازمحیط فیزیکی واجتماعی وسیعتری آگاهی می یابد. این توجه گسترش یافته، وشخص راپذیرای ایده هاوانجام کارجدید کرده وباعث افزایش خلاقیت دراومی شود(لوپز و اشنایدر،2002).

**2-1-3 بعدشناختی شادی**

 رضایت از زندگی به عنوان آگاهی فرد و یا به عبارت دیگر، ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده است. ممکن است یک ارزیابی کلی وجامع را در حوزه های اختصاصی زندگی(خانواده خود) منعکس نماید (کار[[13]](#footnote-13)، 2004). رضایت اززندگی یک سازه مرکزی در شکل دادن به تئوری های روان شناسی اجتماعی در مورد شادمانی می باشدودراغلب موارد این سازه به عنوان ارزیابی کلی فردازشرایط زندگی اش بر اساس مقایسه با محیط خارجی و در خصوص آنچه فکر می کند استاندارد مناسبی است تعریف می شود (کاسپی و الدر[[14]](#footnote-14) ، به نقل از کولیک[[15]](#footnote-15) ،2006).

بنابراین در شادکامی ارزشیابی افراد از خود و زندگی شان، جنبه شناختی، خلق و عواطف، در واکنش به رویدادهای زندگی، جنبه عاطفی راشکل می دهند (والیوس، زولینگ، هیوبنر و درن [[16]](#footnote-16)،2004).

**2-1-4 عوامل مؤثر بر شادکامی**

عوامل زیادی بر شادکامی و شادمانی افراد تأثیردارند که در ذیل به برخی از این عوامل اشاره می‌شود.

**1-شخصیت**

مطالعات مختلف نشان می دهدکه ابعاد شخصیتی افراد بر شادمانی آنها تأثیر زیادی دارد. به نظر برخی از کارشناسان، دو بعد شخصیت انسان در تعیین میزان شادکامی از اهمیت بیشتری برخوردارند. همانطور که ذکر شدآیزنک یکی از این دو بعد را برونگرایی و آرامش و دیگری را درونگرایی و عصبانیت نامید. او معتقد است که اکثر مردم شخصیتی تک بعدی و افراطی ندارند، یعنی فرد طبیعی کسی است که نه کاملاً درونگراست و نه کاملاً برونگرا؛ نه عصبانی و خشن است و نه کاملا ًآرام و خونسرد. با این حال، شخصیت بسیاری از افراد در یک بعد نسبت به بعد دیگر پیشرفته تر است و به همین جهت برخی را برونگرا و برخی را درونگرا می نامیم (ابراهیمی، 1392).

واینر[[17]](#footnote-17)(1984) معتقد است که شادکامی حداقل دارای سه جزء است که عبارتنداز: عاطفه مثبت، عاطفه منفی و متغیرهایی مانند رضایت از زندگی. عاطفه مثبت دارای ارتباط قوی بابرونگرایی و عاطفه منفی با روان رنجوری ارتباط دارد. ارتباط شادی با برونگرایی آنقدر مسلم و قوی است که برخی از صاحبنظران تعریف شادی را بدون در نظر گرفتن برونگرایی صحیح نمی دانند و تعریف خود از شادی را اینگونه بیان می کنند: «شادی چیزی است به نام برونگرایی ثابت[[18]](#footnote-18) ». برخی ازصاحبنظران ارتباط برونگرایی و شادکامی را با ارائه فرضیه وجود ژن شادکامی توضیح می دهند (به نقل از میرشاه جعفری،1381).

**2- عزت نفس**

عزت نفس نیزیکی از عواملی است که بر میزان شادکامی افراد تأثیر زیادی دارد. وارت [[19]](#footnote-19) (2001) عزت نفس را اساسی ترین عامل شادمانی می داند و ویلسون[[20]](#footnote-20)(1967) گزارش کرده است که عزت نفس یکی از مهمترین پیش بینی کننده های شادی است. اهمیّت عزت نفس در ایجاد شادکامی به حدّی است که از صاحبنظران و پژوهشگران روان شناسی شادی، از جمله آرگیل(2001) آن را جزء جدایی ناپذیر شادکامی می دانند.

**3- اعتقادات مذهبی**

یکی از عوامل مؤثر در ایجاد شادکامی، ایمان مذهبی است. از آنجا که فرد با ایمان دارای ارتباطات واعتقادات معنوی است، کمتر احساس رهاشدگی، پوچی و تنهایی می کند.

مایرز (2000) معتقد است ایمان مذهبی تأثیر زیادی بر میزان شادی دارد.ایمان مورد نظر مایرز ایمانی است که حمایت اجتماعی، هدفمندی، احساس پذیرفته شدن و امیدواری را برای فرد به ارمغان می آورد. از نظر گریلی[[21]](#footnote-21) (1975) فعالیت های مذهبی دارای کارکردهایی هستند که نهایتاً موجب افزایش شادکامی فرد می گردد.

هیلز و آرگیل (1998) در بیان این کارکردها به مواردی از جمله احساس اتصال با معبودی بسیار قدرتمندو مقدس، عشق، برابری و احساس درجمع بودن اشاره می کنند.

کالدور[[22]](#footnote-22) (1994) معتقد است که افراد مذهبی نزدیکترین دوستان خود را از میان افراد مذهبی انتخاب می کنند و علاوه برداشتن احساس نزدیکی به خداوند، نسبت به مردم دید مثبتی دارند که همه این عوامل بر شادکامی آنها می افزاید.

**4- سرمایه اجتماعی**

یکی ازمفاهیمی که درسال های اخیرواردحوزه ی علوم اجتماعی واقتصادی شده است، مفهوم «سرمایه اجتماعی[[23]](#footnote-23)» است. ریچاردز[[24]](#footnote-24) (2000) سرمایه اجتماعی یا همبستگی اجتماعی را چگونگی شبکه روابط اجتماعی، دوستی ها، احساس کنترل شخصی و اعتماد اجتماعی می­داند. به عقیده ی او سرمایه اجتماعی بیش از سرمایه انسانی(سطح تحصیلات، درآمد، موقعیت اجتماعی فرد و...) برمیزان شادمانی افراد جامعه اثر می گذارد (به نقل از میرشاه جعفری،1381).

 پوتنام [[25]](#footnote-25) و همکاران در تحقیقی که با همکاری دانشگاه هاروارد و مرکز بشر دوستی دانشگاه ایندیانا انجام دادند، دریافتند افرادی که از نظر روابط اجتماعی مهارت بیشتر دارند و بهتر می توانند با مردم رابطه برقرار کنند، نسبت به افرادی که از نظر مالی غنی­تر، ولی روابط اجتماعی مطلوبی ندارند، شادمان تر هستند. در واقع آنها معتقدند که سرمایه اجتماعی، در واقع یک پیش بینی کننده ی قوی برای تعیین میزان شادمانی افراد و کیفیت زندگی در اجتماع است، لذا برای افزایش سطح شادمانی مردم سرمایه گذاری در سرمایه اجتماعی بسیار ارزشمندتر از سرمایه گذاری های اقتصادی است (هوپکه[[26]](#footnote-26)، 2001).

1. **فعالیت های اوقات فراغت**

فعالیت های اوقات فراغت منبع بسیارخوبی برای ایجاد شادمانی هستند. شادی آفرینی فعالیت های اوقات فراغت را با استفاده از دو تئوری می توان توضیح داد. تئوری اول مربوط به انتخابگر بودن انسان است. از آنجا که فعالیت های اوقات فراغت، فعالیت هایی هستند که فرد با توجه به علاقه خود و با آزادی عمل در مورد آنها تصمیم گیری می کند؛ این گونه فعالیت ها حتی وقتی که فرد را از نظر جسمانی آزار می دهند نیز موجب شادمانی او می شوند. مانند ورزش بوکس و دوی ماراتون اشاره کرد(هیلز و آرگیل،1998).

تئوری دیگر که نشاط انگیزی فعالیت های اوقات فراغت راتبیین می کند، تئوری انگیزش اجتماعی است. به عنوان مثال شرکت درمسابقات ورزشی حمایت اعضای تیم و طرفداران آنهارا به دنبال دارد. تماشای تلویزیون نیز وقتی که در کنار دوستان یا خانواده باشد، به نوعی برای فردحمایت ایجاد می کند(به نقل ازمیرشاه جعفری؛1381).

بندورا (1977) علاوه بر حمایت اجتماعی، شادی بخش بودن فعالیت اوقات فراغت را این گونه تفسیر می کند که وقتی افراد به این نوع فعالیت ها می پردازند، در حال انجام کاری هستند که می توانند آن را به خوبی انجام دهند یا لااقل تصور کنند که توانایی انجام آن را دارند، بنابراین سعی می کنند هرچه بیشتر به این فعالیتهابپردازند و نهایتاً بر میزان شادمانی آنها افزوده می شود (نقل ازمیرشاه جعفری؛1381).

**6-وضعیت اقتصادی**

به نظر می رسد شادمانی انسان با افزایش ثروت افزایش می یابد و کاهش ثروت، شادی را می کاهد. برخی از تحقیقات از جمله داینر، سو، لوکاس[[27]](#footnote-27) و اسمیت (1999) چنین گزارش کرده اند که مردم کشورهای ثروتمند از مردم کشورهای فقیر بسیار شادترند.

 اما مایرز(2000) چنین بیان می کند که بین سطح درآمد و شادی در میان مردم آمریکا، کانادا و اروپا همبستگی ضعیفی وجود دارد. آرگایل(1999) معتقد است بین درآمد و شادمانی ارتباط مثبت وجود دارد، اما پژوهش های وی نشان می دهد که این ارتباط در بین اقشارکم درآمد بیشتر است؛ یعنی درآمد تا اندازه ای که نیازهای مادی افراد را برطرف می سازد بر شادکامی تأثیردارد، ولی درآمد بیش از حد مورد نیاز شادکامی را افزایش نمی دهد.

**7-سلامت**

سلامت و شادمانی با یکدیگر ارتباط دارند.برخی از تحقیقات از جمله مطالعات علی پور، نور بالا، اژه ای و مطیعیان(1379) بیانگر این نکته هستند که شادی، دستگاه ایمنی را تقویت می کند و تقویت دستگاه ایمنی، سلامت فرد را بهبود می بخشد.

سالوی، راتمن، دتولر، دولر و استوارد [[28]](#footnote-28)(2001) نیز معتقدند که عواطف مثبت، به خصوص شادی، فعالیت های قلبی عروقی و سیستم ایمنی را بهبود می بخشد.

 وینهوون (1988) نیز ارتباط شادکامی با سلامت را چنین بیان می کند که: اولاً فقدان شادکامی استرس زاست و استرس می تواند بیماری های خطرناکی را ایجاد کند. ثانیاً، فرد شادمان در صورت مواجهه با یک بیماری سخت بهتر می تواند از پس آن برآید و ثالثاً شادکامی برای رشد روانی فرد لازم و مفیداست، زیرا شادکامی به شخص کمک می کند که با فشارهای روحی مقابله کند.

**8-جنسیت**

جنسیت نیز موضوعات تحقیقاتی زیادی در ارتباط با شادکامی بوده است. واینر و همکاران (1999) معتقدند که میزان شادکامی زنان و مردان برابر است، اما هنگامی که افسردگی را در نظر می گیریم، موضوع تا حدودی پیچیده می-شود. به این صورت که با وجود شادی یکسان زنان و مردان، افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. توضیح این امر توسط داینر و همکاران این است که زنان نسبت به مردان هم عاطفه منفی بیشتری و هم عاطفه مثبت بیشتری را تجربه می کنند و برآیند این دو عاطفه، شادی زنان و مردان را یکسان می سازد.

**2-1-5 شادکامی و مثبت اندیشی**

شکی نیست که همگی ما به طور فطری، در جستجوی حالات مطلوب و خوشایند هستیم. صفاتی چون شادی و غم، شجاعت و ترس، اعتماد به نفس و خودکم بینی و... ریشه در احساسات انسان ها دارند. احساسات نیز در جای خود، شخصیت افراد را شکل می دهند؛ چرا که این احساسات، محرّکی برای تعامل ما با محیط پیرامونمان هستند که اگر از تعادل مناسبی برخوردار باشند، سبب تصمیم گیری های درست و منطقی در مشکلات زندگی می شوند و موفّقیت را در انجام شدن کارها به دنبال خواهند داشت (خان­زاده و صفی خانی، 1385). شادکامی، تأثیر مهمی در موفّقیت افراد دارد. افراد شادکام، نگرش خوشبینانه ای نسبت به وقایع و رویداد های اطراف خود دارند و به جای جبهه گیری منفی نسبت به اتّفاقات پیرامون خود، سعی در استفاده بهینه از این رویدادها دارند. همچنین انسان های شاد و دارای شخصیت سالم، انسان هایی مسئولیت پذیر و شهروندانی خوب خواهند بود (خان­زاده و صفی خانی، 1385).

در تحقیقی که در دانشگاه تگزاس انجام گرفت، نشان داده شد که خُلق و خوی خوب (احساسات و شخصیت متعادل)، به طرز قابل ملاحظه ای، سطح امید را در فرد، بالا می بَرد که در نتیجه، فرد، بهتر می تواند از پس موانع اضطراب آفرین زندگی براید. بنابراین، مشاهده می شود که شادکامی، با شخصیت و روحیه افراد، ارتباط مستقیم دارد. فردی که روحیه شاد دارد، در انجام دادن فعّالیت های روزانه، مثبت اندیشی را سرلوحه فعالیت های خود قرار می دهد و بهتر از دیگران برای مشکلات کوچک و بزرگ، چاره اندیشی می کند. به تعبیری دیگر، شادکامی، زمانی به وجود می اید که انسان، از خود و محیط اطراف خود، احساس رضایت بیشتر داشته باشد (علی پور و نوربالا، 1378).

به اعتقاد بریبنر، میزان شادی و رضایت هر فرد از زندگی، رابطه ای مستقیم با نگرش افراد به زندگی دارد و این بدان معناست که هر چه قدر افراد، از رویداد های پیرامون خود راضی تر باشند، به همان میزان نیز شادترند و اگر این احساس رضایت، کمتر باشد، به همان میزان، احساس رضایتمندی و شادکامی کمتری دارند.

**2-1-6 شخصیت برون گرا و شادکامی**

بر اساس تحقیقات روان شناسان، مغز انسان های برون گرا و اجتماعی و خوش مشرب، یعنی کسانی که شخصیتی متعادل و نسبتاً سالمی دارند، به عوامل مثبتی مانند یک چهره شاد و خوش حال، واکنش بیشتری نشان می دهد. این، دلیل روشنی برای وجود ارتباط مستقیم، میان شادکامی و شخصیت و موفّقیت است. برخی روان شناسان، معتقدند که شادکامی، همان برون گرایی یا ثبات» در نظریه ایزنک است و برون گرایی، قوی ترین زمینه ساز شادکامی ( بویژه در بخش اجتماعی) است (منتظری و همکاران، 1390).

چان و جوزف[[29]](#footnote-29)، در تحقیقی تحت عنوان ابعاد شخصیت، ابعاد امید و آرزو و سطح بهزیستی افراد»، بدین نتیجه رسیدند که برون گرایی و احساس جامعه پذیری، با شادکامی، همبستگی مثبت دارد. آنها برخی از ویژگی های شخصیتی افراد برون گرا را این گونه برشمردند: به وقایع پیرامون خود علاقه مندند؛ روراست و معمولاً پُرحرف اند؛ عقیده خود را با عقاید دیگران مقایسه می کنند؛ اهل عمل و پیش قدمی در کارها هستند؛ به سهولت، دوستان جدیدی می یابند و خود را با یک گروه وفق می دهند؛ افکار خود را بیان می کنند؛ به ایجاد ارتباط با افراد جدید، علاقه نشان می دهند؛ خوش مشرب اند؛ زیاد احساساتی نیستند؛ ریسکپذیرند؛ سریع تصمیم می گیـرند؛ اجتماعی هستند؛ درک آنها و شناخت شخصیتشان آسان است؛ شخصیت آنها در خلوت و حضور دیگران یکسان است؛ معاشرتی هستند؛ پس از آن که حرف خود را می زنند، به گفته خود می اندیشند؛ کارهای گروهی را می پسندند؛ رنگ های روشن را بیشتر دوست دارند؛ بیشتر، از اَعمال دیگران خشمگین می گردند تا کارهای خودشان؛ اطّلاعات شخصی خود را به سادگی با دیگران قسمت می کـنند؛ رویکرد سریع الوصول را بیشتر ترجیح می دهـنـد؛ تنها از روی تجارب زندگی خود درس می گیرند و نه عبرت گرفتن از دیگران (علی پور و نوربالا، 1378). در تحقیق دیگری که توسط آرگایل و همکارانش در مورد تعریف شادکامی» صورت گرفت، مشخّص شد که هنگامی که از مردم پرسیده می شود: شادکامی چیست؟ آنها دو نوع پاسخ را مطرح می کنند: اوّل این که ممکن است حالات هیجانی مثبت (مانند لذّت) را عنوان کنند و دوم، آن را راضی بودن از زندگی به طور کلّی و یا در بیشتر جنبه های آن بدانند». بنا بر این، به نظر می رسد که شادکامی، دو جزء اساسی (عاطفی و شناختی ) دارد که بُعد عاطفی آن، موجب می گردد انسانی که دارای احساس شادکامی است، از نظر دیگران، به عنوان فردی بشّاش و سرزنده شناخته شود و در مناسبات اجتماعی نیز بتواند راحت تر با دیگران ارتباط برقرار کند. همچنین از بُعد شناختی نیز چنین فردی، نگرش مثبتی نسبت به دنیای پیرامون خود دارد و اتفاقات و رویداد های اطراف خود را با دیدی خوش بینانه می نگرد (منتظری و همکاران، 1390).

به اعتقاد آرگایل، شادکامی، دارای اجزایی چون: وجود هیجانات مثبت و نبود هیجانات منفی (از جمله افسردگی و اضطراب)، داشتن روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن در زندگی، داشتن رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و دوست داشتن زندگی است (آرگیل و همکاران، 1995).

**2-2 مبانی نظری احساس پیوستگی**

یکی از متغیرهای شخصیتی که در چند سال اخیر مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است، احساس پیوستگی[[30]](#footnote-30) است، (سالیوان[[31]](#footnote-31)، 1993؛ آنتونوسکی[[32]](#footnote-32)، 1996 ).

احساس پیوستگی یک سازه شخصیتی با سه مؤلفه درک پذیری[[33]](#footnote-33)، توانایی مدیریت[[34]](#footnote-34) و معناداری[[35]](#footnote-35) می باشد. در درک پذیری به احساس پیوستگی اشاره می شود که در آن فرد معتقد است هیچ چیز منفی یا حیرت آوری اتفاق نیفتاده و زندگی می تواند خوب و معقولانه و مطابق انتظارش پیش رود. مؤلفه توانایی مدیریت، احساس دارا بودن منابع مورد نیاز برای حل مشکل و مبارزه با استرس ها را منعکس می کند و در نهایت، احساس معناداری متضمن این است که چقدر فرد زندگی را با ارزش دانسته و تا چه اندازه این حس را به تنها به لحاظ شناختی بلکه به طور هیجانی به همراه دارد ( آنتونوسکی، 1996؛ آنتونوسکی، 1987 به نقل از واستاماکی[[36]](#footnote-36)، 2009 ).

احساس پیوستگی سازه ای است که توسط آنتونوسکی ( 1993 ) برای نشان دادن مقابله موفقیت آمیز در برابر فشارزاهای زندگی بیان شده است که جهت گیری کلی فرد و احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر را در زندگی و دنیای پیرامون وی نشان می دهد. احساس پیوستگی باعث می شود فرد تحریکات درونی و بیرونی دریافت شده را در زندگی سازمان یافته تر، قابل پیش بینی تر و توضیح پذیرتر درک نماید. به بیان ساده تر، احساس پیوستگی به ادارک و احساسات فرد اشاره می کند که زندگی برای او قابل درک، کنترل پذیر و پر معنی است و احساس پیوستگی یک ویژگی شخصیتی است و کسی که این احساس را داشته باشد:

1- محرک های درونی و محیط بیرونی که در طول زندگی ساخته شده اند را قابل پیش بینی و توضیح می داند.

2- معتقد است منابعی برای روبرو شدن با مطالبه های محرک ها وجود دارد.

3- این مطالبه ها، چالش هایی هستند که ارزش سرمایه گذاری و مبارزه دارند و بر همین اساس آنتونوسکی احساس پیوستگی را هسته اصلی پردازش اطلاعات پیچیده توسط انسان می داند که تعارضات را حل کرده و استرس را قابل تحمل می کند.

احساس پیوستگی، احساس قابل اعتماد، پویا، با ثبات و نافذ است ( آنتونوسکی، 1987؛ به نقل از ساوولاتین[[37]](#footnote-37) 2005؛ آنتونوسکی، 1996 )و آنتونوسکی معتقد است که احساس پیوستگی یک منبع مقاومت تعمیم یافته ای است که اثرات استرس را بر سلامت تعدیل می کند؛ این تعدیل از این طریق انجام می گیرد که احساس پیوستگی روشهای سودمند و مفیدی از برخورد با عوامل استرس زا را در اختیار افراد قرار می دهد و لذا این احساس، آن افراد را قادر می سازد تا در برابر اثرات استرس های زندگی مقاومت بیشتری از خود نشان دهند (زهراکار،1387).

آنتونوسکی احساس پیوستگی را به عنوان جهت گیری نافذ در نظر می گیرد که منجر به شکل گیری باورهایی می شود مانند این که محرک های درونی و بیرونی که در مسیر زندگی قرار دارند، قابل پیش بینی و توضیح پذیر هستند. فرد از منابع و توانایی هایی برای مواجهه با مجموعه ای از این محرک ها برخوردار است که احساس ارزشمندی مواجهه با این محرک ها را به دنبال می آورد (آنتونوسکی، 1987 به نقل از واستناماکی، 2009). آنتونسکی همچنین معتقد است که احساس پیوستگی باعث ایجاد منبع مقاومت تعمیم یافته ای می شود که اثرات استرس بر سلامتی را تعدیل می کند. بدین صورت که، روشهای سودمند و مفیدی از برخورد با عوامل استرس زا را در اختیار فرد قرار می دهد و از این رو، فرد را قادر می سازد تا در برابر اثرات استرس های زندگی مقاومت بیشتری از خود نشان دهد (بارتلت[[38]](#footnote-38)، 1998 به نقد از زهراکار، 1387).

احساس پیوستگی توانایی انتخاب یک راهبرد مقابله ای مناسب را برای مواجهه با محرک های استرس زای موجود در زندگی مهیا می­کند ( توماسون[[39]](#footnote-39) و همکاران، 2009 ). زیرا انتخاب یک راهبرد مناسب برای مقابله استرس زاها بستگی به نوع نگرش و سازه های شخصیتی دارد. چنانچه استفاده راهبرد مقابله ای متناسب با موفقیت استرس زا کارآمد نباشد، می تواند منجر به برخی از مشکلات روانشناختی شود. یافته های بسیاری از پژوهشها رابطه احساس پیوستگی و سلامت روان را مورد تایید قرار دادند ( کانتین[[40]](#footnote-40) و همکاران، 2008، فلسنبرگ[[41]](#footnote-41) و همکاران، 2006؛ سامنین[[42]](#footnote-42) و همکاران، 2001 ). اما در خصوص رابطه احساس پیوستگی و راهبردهای مقابله ای مسأله مدار رابطه مثبت و بین احساس پیوستگی و راهبرد مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی بدست آوردند ( توماسون و همکاران، 2010 ).

 احساس پیوستگی به انتخاب راهبرد مقابله ای که برای فرد کارآمدتر باشد، منجر می شود. همچنین افرادی که احساس پیوستگی قوی دارند در استرس های روزمره و شرایطی که برای اغلب افراد استرس زا تلقی می شود برای آنها جزیی از زندگی و طبیعی است و بستری برای یادگیری را فراهم می کند. آنها باور دارند، هر آنچه برای مقابله با موانع و شرایط موجود لازم است در وجودشان نهفته است، بنابراین سعی می کنند از تمام موفقیت ها برای رشد خود استفاده کنند (آنتونوسکی، 1996). فلنسبورگ[[43]](#footnote-43) و همکاران معتقدند مفهوم احساس پیوستگی در سالهای اخیر به درک بهتر ما از عناصر اجتماعی مؤثر بر سلامت و بیماری کمک کرده است مفهوم احساس پیوستگی در سالهای اخیر توجه فزاینده ای را به عنوان یک مدل سلامتی زا به خود جلب کرده است. آنتونوسکی تاکید داشته است که یک حلقه ارتباطی بین احساس پیوستگی مفهوم سازی شده توسط او و سلامت جسمی وجود دارد و احساس پیوستگی یک تجربه درونی است که به صورت تدریجی در طول جوانی رشد می کند تا در یک فرد به یک کیفیت نسبتاً پایدار می رسد. توگاری[[44]](#footnote-44) و همکاران در یک مطالعه زمینه یابی آثار احساس پیوستگی را بر بهزیستی دانشجویان ژاپنی پیگیری کردند. شاخصهای مورد نظر در بهزیستی عبارت از وضعیت جسمی خوب، بهزیستی روان شناختی و حل موفقیت آمیز مسائل رشدی بود.

تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد، افرادی که نمره پایه و نیز نمره بعدی آنها در حس انجام بالا بوده نمراتشان در حد بالایی پیش بینی کننده بهزیستی جسمی و روانی است. نمرات پایین در احساس پیوستگی با شیوع بالا در شکایات روان – تنی ارتباط دارد. و خط پیشرفت علائم روان تنی در پسران نوجوانی که نمرات پایین در احساس پیوستگی دارند 15 مرتبه بیشتر از پسرانی است که در احساس پیوستگی نمرات بالایی به دست می آورند. فلنسبورگ، مادسن[[45]](#footnote-45) و همکاران در مطالعه مقطعی نشان دادند که آزمون احساس پیوستگی، با سه نوع نمره سلامت بهزیستی جسمانی، علائم جسمی و خود ارزیابی سلامت روانی شناختی رابطه مثبت دارد.

کرانتر و آسترگرن[[46]](#footnote-46) در مطالعات انجام شده روی احساس پیوستگی و بهزیستی شخصی نشان دادند که احساس پیوستگی بالا تمایل به کنترل بهتر و موثرتر استرس را افزایش می دهد و فرد بهزیستی شخصی بالاتری را احساس خواهد کرد و در حالی که پایین بودن احساس پیوستگی، آسیب پذیری در برابر بیماری را افزایش می دهد. به طور کلی، نمرات بالا در احساس پیوستگی، همبستگی بالا و معنی داری با فاکتورهای بهزیستی داشته است و در پیش بینی بهزیستی شخصی بین مردان و زنان، اندکی تفاوت وجود دارد. آنتونوسکی احساس پیوستگی را به عنوان آشنایی و جهت گیری جهانی تعریف می کند که حدودی را بیان می کند که فرد دارای اندیشه جامع و پایدار و احساس پویایی اعتماد، قابلیت درک و فهم، قابلیت مدیریت و هدفمند بودن تجربیات زندگی است. قابلیت درک و فهم به درجه ای اشاره می کند که افراد موقعیت هایی را درک می کنند که با آنها مواجه هستند و از لحاظ شناختی معنی دار و قابل پیش بینی هستند.

قابلیت مدیریت به درجه ای اشاره می کند که افراد منابع خودشان را برای برآورده کردن نیازها و درخواست های درونی و بیرونی کافی و مناسب برداشت کنند؛ و هدفمند بودن به درجه ای اشاره می کند که افراد احساس می کنند زندگی از لحاظ احساسی هدفمند و معنی دار است و اینکه حداقل برخی از مشکلات روزمره آنها چالش انگیز هستند تا اینکه مانع و بازدارنده باشند (کراوتز، دروری و فلورین[[47]](#footnote-47)، 1993). بسط و گسترش ایجاد احساس پیوستگی از طریق تحقیق آنتونوسکی از بازماندگان بهبودی کمپ های اسیران جنگی در طی جنگ جهانی دوم انجام شده است، او متحیر بود که چگونه تعداد بسیار زیادی از یهودیان در مقابل همه تبعیضها زنده ماندند و بعداً‌ به طور کامل زندگی را سپری کردند و به خوبی زندگی می کنند ( سولیوان 1995 ).آنتونوسکی (1987) توجه به گرایشهای دریافت جهانی را برای مبنا قراردادن چنین استراتژی های خاص چیره شدن مطرح کرده است، او به این گرایش شخصیتی عمومی شده به عنوان احساس پیوستگی اشاره می کند. احساس پیوستگی آشنایی و جهت گیری اساسی است که فرد را قادر می سازد تا استراتژی غالب شدن را در نظر بگیرد که بهترین مداخله کلی در مورد ملاحظه قرار دادن هر مشکل خاصی می باشد (فلانری و فلانری[[48]](#footnote-48) 1996). بر اساس دیدگاه آنتونوسکی احساس پیوستگی منبع درونی است که به افراد کمک می کند تا از بین موقعیت های استرس زا برآیند (کراوتز[[49]](#footnote-49) 1993). همه مردم در معرض موارد استرس زا هستند و این توانایی افراد برای فایق آمدن بر این موارد استرس زا است که در بخش، سلامت فردی تعریف می شود (سولیوان[[50]](#footnote-50)، 1995). همچنین آنتونوسکی به رفاه و سلامتی، چیره شدن، وضعیت خلق و خو، رضایت شغلی و روابط خانوادگی اشاره می کند (استرومپفر[[51]](#footnote-51) 1995). از لحاظ تئوری منبع درونی شامل سه بخش به هم مرتبط زیر می شود که به درجه ای اشاره می کند که فرد موقعیت را درک می کند که با آن مواجه است و از لحاظ شناختی معنادار و قابل پیش بینی است؛ قابلیت مدیریت به درجه ای اشاره می کند که فرد در می یابد منابع او برای مواجه شدن با نیازهای درونی و بیرونی کافی و مناسب هستند؛ و هدفمند بودن به درجه ای اشاره می کند که افراد احساس می کنند زندگی از لحاظ احساسی معنادار است و اینکه حداقل برخی مساله های روزمره را به جای موانع به عنوان مشکلات در نظر می گیرند ( کراوتز 1995 ).

**2-2-1 بخش های اصلی و مرکزی احساس پیوستگی**

آنتونوسکی (1987) یک سری از مصاحبه های دقیق و کامل را با طیف وسیعی از افراد آغاز کرد که دارای یک چیز مشترک بودند همه آنها شوکهای عاطفی عمده ای را تجربه کرده بودند و گزارش کرده بودند که بسیار خوب بر آن غلبه کرده بودند، تحلیل و آنالیز این پروتکلها منجر به جداسازی آنها در دو گروه به ترتیب احساس پیوستگی خوب و ضعیف شد. آنتونوسکی (1987) سپس در جستجوی موضوعات مشترک هر دو گروه بود و به طور دایمی قادر به تشخیص سه موضوع اصلی و مرکزی بود که به عنوان بخش های اصلی و مرکزی احساس پیوستگی و قابلیت درک و فهم؛ قابلیت مدیریت و هدفمند بودن دیده بود.

**2-2-2 قابلیت درک فهم**

قابلیت درک و فهم به حدودی اشاره می کند که فرد محرکهای درونی و بیرونی را معقول تر و قابل پیش بینی تر و توضیح پذیرتر درک نماید. به بیان ساده تر، احساس پیوستگی به ادارک و احساسات فرد اشاره می کند که زندگی برای او قابل درک، کنترل پذیرتر و پر معنی است. فردی که به خوبی حس قابلیت درک و فهم در او پرورش یافته است رویدادها را به گونه ای برداشت می کند که در آینده قابل تفسیر و پیش بینی یا به عنوان رویدادی دارای نظم و سازمان دهی و توضیح پذیر می داند حتی هنگامی که آنها غیر قابل پیش بینی هستند (آنتونوسکی، 1987). به عبارت دیگر فرد با حس قوی قابلیت درک و فهم قادر است تا رویدادهای در جهان اطراف خود را منطقی و معقول سازد و بنابراین بهتر با چالشهای پیش رویش مواجه می شود و بر آنها غلبه می کند و فردی با حس ضعیف قابلیت درک و فهم چیزها را به عنوان ضربه گیرهایی از یک رویداد زندگی به رویداد دیگر خواهد دید و در تلاش برای ادغام کردن چالشها در زندگی خود مستأصل خواهند شد و از پا می افتند (آنتونوسکی، 1987). ضرورتاً قابلیت درک و فهم این سوال را بررسی می کند که چرا این اتفاق افتاد؟. فردی با احساس پیوستگی بالا قادر خواهد بود تا توضیح قابل درک از رویدادها را ارایه کند. از طرف دیگر فردی با احساس پیوستگی ضعیف قادر خواهد بود رویدادها را ساختاری قابل درک و فهم دریافت کند.

**2-2-3 قابلیت مدیریت**

دومین بخش حدودی را تعریف می کند که فرد در می یابد منابع در معرض و دسترس فرد برای برآورده کردن تقاضاها و نیازهایی که به وسیله محرک­های فراوان او را احاطه می کنند کافی و مناسب هستند (آنتونوسکی، 1987). اصطلاح در معرض و در دسترس فرد ممکن است به هر دو منابع قابل کنترل (یعنی تحت کنترل فرد) و منابع غیر قابل کنترل (تحت کنترل دیگران) اشاره داشته باشد که فرد احساس کند می تواند روی آنها حساب کند (به آنها متکی باشد) (‌آنتونوسکی، 1987).

به عبارت دیگر فردی با حس بالای قابلیت مدیریت احساس خواهد کرد قادر است از عهده آن برآید و رویداد با تجربه را مدیریت و کنترل کند و اگر رویدادی مغرضانه و ناروا یا غیر قابل مهار باشد چنین حسی نخواهد داشت. بنابراین، به همین ترتیب این جنبه از احساس پیوستگی این سوال را مورد بررسی قرار می دهد که چگونه می توانم مدیریت کنم؟ فردی با حس بالای قابلیت مدیریت قادر خواهد بود بداند چگونه از عهده رویداد یا تجربه ای از طریق استفاده از منابع در دسترس برآید. فرد با حس پایین قابلیت مدیریت ممکن است نداند چگونه با استفاده از منابع در دسترس از عهده آنها برآیند یا به طور متناوب برای «چگونگی» منابع نداشته باشند.

**2-2-4 هدفمند بودن**

آنتونوسکی (1987 ) این بخش را به عنوان ارایه عامل انگیزشی یا عامل غیر شناختی می بیند. بنابراین افرادی با احساس پیوستگی بالا از حوزه هایی در زندگی خود صحبت خواهند کرد که برای آنها مهم بودند و هم از لحاظ احساسی و هم در شیوه شناختی برای آنها معقول و منطقی بود. افرادی با احساس پیوستگی ضعیف نشان خواهند داد که هیچ چیز در زندگی آنها مهم و معقول و منطقی نمی باشد. بنابراین، همینطور هدفمندبودن این سوال را مورد بررسی قرار می دهد و « معنی و مقصود این چیست؟» در نتیجه حدودی است که فرد احساس می کند زندگی از لحاظ احساسی معقول و قابل درک است و مشکلات و نیازها و درخواستهایی که زندگی به آنها تحمیل می کنند، ارزش صرف انرژی، مسئولیت پذیری و تعهد و اشتغال دارند. بنابراین چالشهای زندگی به جای اینکه باری بر دوش فرد باشند خوشایند هستند که فرد ترجیح می دهد بیشتر با آنها مواجه شود. به عبارت دیگر فردی با حس بالای هدفمندی مشتاق خواهد بود با چالشها دست و پنجه نرم کند و در رویدادها با تجربیات در جستجوی معنی و هدف است و برای تسلط بر آنها با متانت و بزرگ منشی بهترین کار را انجام خواهد داد(آنتونوسکی 1987).

آنتونوسکی1987، به نقل از تورشیم[[52]](#footnote-52)(2001 )مطرح کرده است که احساس پیوستگی ممکن است استرس و سلامت را به سه روش زیر تحت تاثیر قرار دهد.

1- احساس پیوستگی تحت تاثیر قرار می دهد خواه اینکه محرک به عنوان یک عامل استرس زا به اثبات برسد یا خیر.

2- احساس پیوستگی حدودی را تحت تاثیر قرار می دهد که عامل استرس زا منجر به تنش می شود یا نمی شود.

3- احساس پیوستگی حدودی را تحت تاثیر قرار می دهد که تنش موجب پیامدهای معکوس سلامت می شود.

آنتونوسکی( 1987‌) نشان داد که احساس پیوستگی بالا ممکن است مانع از تنشهای مرتبط با استرس از پیشرفت به سمت مشکلات جسمانی و سلامتی شوند. بر این نکته تاکید می شود که احساس پیوستگی یک سبک خاص مسلط شدن نیست و همچنین مطرح کرده که افراد با احساس پیوستگی بالا احتمالاً استراتژی تسلط را بیشتر انتخاب می کنند که برای پرداختن و مواجهه با عوامل استرس زا موثر است.

افراد با احساس پیوستگی بالا با استفاده از استراتژی های متمرکز بر روی مسئله تمایل دارند در انتخاب استراتژی های خود انعطاف پذیر و در استفاده از بازخورد برای هدایت کردن مجدد و تلاشها مسلط و ماهر باشند در نتیجه افراد با احساس پیوستگی بالا به طور کلی با احتمال بیشتری منشا استرس را برطرف می کنند و به تنشهای مربوط پایان می دهند. در طی زمان افراد با احساس پیوستگی قوی دوره های کوتاهتر تنشهای مضر را نسبت به افراد با احساس پیوستگی ضعیف تجربه خواهند کرد که نمایانگر اثر عمده میان سطح احساس پیوستگی و سلامت است (آنتونوسکی به نقل از تورشیم 2001). آنتونوسکی(1993)، معتقد است احساس پیوستگی در طول دوران کودکی و نوجوانی رشد می کند و این رشد تا 30 سالگی ادامه دارد. (اشنایدر، بوچی، اسنسکی و کلافر[[53]](#footnote-53)، 2000).

**2-3 مبانی نظری نارسایی هیجانی**

یکی از مفاهیمی که به تازگی وارد حوزه روانشناسی شده است، نارسایی هیجانی است، این اصطلاح اولین بار توسط سیفنئوس[[54]](#footnote-54) (1970) جهت مشخص کردن افرادی که فقدان ظرفیت بارز در تشخیص و ابراز کلامی هیجانات بدون علت فیزیکی دارند ابداع شد. از آن زمان نارسایی هیجانی موضوع پژوهش‌های بسیاری قرار گرفته است. چرا که نارسایی هیجانی می‌تواند به ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی، انطباق با هیجانات مختلف، حوادث استرس آور زندگی آسیب پذیری بیشتر فرد در برابر آنها منجر شده، به علاوه می‌تواند در استفاده از مکانیزم های مقابله‌ای ناکارآمد احتمال گرایش به سوء مصرف مواد و الکل را افزایش دهد (ون رسوم و همکاران به نقل از فاتحی نیا، 1388).

نارسایی هیجانی به یک سبک شناختی-عاطفی اشاره دارد که نتیجه آن اختلال خاص در بیان و پردازش هیجانات است. ولی معنای حقیقی آن «پریشانی در توصیف کلامی احساسات» است (کتلین[[55]](#footnote-55)، 1998، ترجمه عباس بخشی پوررودسری و شهرام محمدخانی، 1381). نارسایی هیجانی سازه شخصیتی است که با فقدان خیالپردازی، ظرفیت کم برای افکار سمبولیک و ناتوانی برای تجربه و بیان هیجانات مثبت مشخص می‌شود. نارسایی هیجانی به حالتی اطلاق می‌شود که در اثر آن فرد در درک پردازش و هیجانات خود مشکل دارد (سیفنئوس، 1973).

ویژگی اصلی نارسایی هیجانی عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخص، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات وسابق‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در بکارگیری احساسات به عنوان علایم مشکلات هیجانی، تفکر انتفاعی در مورد واقعیت‌های که اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رویاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (تول میدا گلیاورویمر[[56]](#footnote-56)، 2005). بحث پیرامون اینکه آیا نارسایی هیجانی یک صفت با ثبات شخصیتی است و یا یک پدیده وابسته به حالت که بطور عمده به سطح افسردگی مرتبط است، چالش‌های زیادی را بین پژوهشگران برانگیخته است. مطالعات بالینی نشان می‌دهد که همزمان با کاهش افسردگی ، نارسایی هیجانی نیز کاهش می یابد، با این حال تیلور و بگبی[[57]](#footnote-57) بیان داشته اند که بین صفات مطلق و ثبات نسبی در زمینه صفات شخصیتی تفاوت وجود دارد**.**

فوکونیشی[[58]](#footnote-58) و همکاران**(**1997**)** گزارش کردند که در مطالعه دانشجویانی که دارای تجربه‌ی مراقبت مادری ضعیف بودند، آزمودنی‌ها، مخصوصا در زمینه دشواری احساسات، ویژگی‌های نارسایی هیجانی را نشان دادند. کریمر[[59]](#footnote-59) و لودر[[60]](#footnote-60) (1995) معتقدند که دلبستگی ناایمن می‌‌تواند فراگیری چگونه احساس کردن را با شکست مواجه کند و زمینه را برای ابتلا به نارسایی هیجانی هموار سازد. نارسایی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها[[61]](#footnote-61) (بگبی و تیلور، 1997؛تیلور، 2000؛تیلور و بگبی، 2000؛ لبن، آهرن، شواتز و کاسیناک، 1997)، سازه ای است چند وجهی مشکل از دشواریدر شناسایی احساسات[[62]](#footnote-62) و تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی مربوط به انگیختگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات[[63]](#footnote-63) برای دیگران؛ قدرت تجسم محدود که با قلت خیالپردازی‌ها مشخص می‌شود؛ سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت مدار یا تفکر عینی[[64]](#footnote-64) (تیلور و بگبی، 2000؛ سیفنئوس، 2000). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، حس‌های بدنی[[65]](#footnote-65) بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی[[66]](#footnote-66) را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی[[67]](#footnote-67) را از طریق شکایت‌های بدنی[[68]](#footnote-68) نشان می‌دهند، و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (تیلور، پارکر، بگبی و اکلین، 1992).

شواهد متقاعد کننده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه نارسایی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی همزمان با بهبودی افسردگی آنها کاهش می‌یابد اما با این وجود تفاوت نسبی در نمرات نارسایی هیجانی این افراد در طول زمان ثابت می‌ماند. نتایج حاصل از یک مطالعه پیگیری پنج ساله بر روی نمرات نارسایی هیجانی در مبتلایان به افسردگی حاکی از ثبات نسبی نمرات نارسایی هیجانی بود.ثبات نسبی سازه‌ای شخصیتی اندازه‌گیری شده و توانایی آن در پیش‌بینی تغییرات خلقی در راستای حمایت از این فرضیه است که بخش اعظم تفاوت‌های بین فردی در زمینه ابعاد شخصیتی منعکس کننده تفاوت‌هایی است که در زمینه صفات شخصیتی وجود دارد نه منعکس کننده تفاوت‌های موجود در زمینه عواطف وابسته به حالت و بطور کلی عقیده مبرا نیست که نارسایی هیجانی عامل خطرساز برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد. نارسایی هیجانی واژه‌ای یونانی است که به معنای نبود واژه برای ابراز هیجان‌ها است (وینگر هوتیس[[69]](#footnote-69)، نیکلیک[[70]](#footnote-70) ‌و دنولت[[71]](#footnote-71)، 2008).

نارسایی هیجانی به دشواری در خود نظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به توانایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (بشارت، 1387؛ سوارت[[72]](#footnote-72)، کورتکاس[[73]](#footnote-73) و آلمن[[74]](#footnote-74)، 2009). باتوجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی (نارسایی هیجانی) می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد.پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی خلقی با تعدادی از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشار خون اساسی، بیماری التهاب مثانه[[75]](#footnote-75)، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت ارتباط دارد (دوبی[[76]](#footnote-76)، پاندی[[77]](#footnote-77) و میشرا[[78]](#footnote-78)، 2010). در برخی از پژوهش‌ها نارسایی هیجانی را با ناتوانی در ارزیابی و ابراز هیجان‌ها در ارتباط دانسته‌اند. در حمایت از این ادعا، می‌توان گفت نشانه‌های ناکارآمدی و نارسایی در نظم‌دهی هیجان‌ها در بیش از نیمی از اختلال‌های محور I و در تمام اختلال‌های تشخیصی محور II نسخه بازنگری شده چهارمین مجموعه تشخیص و آماری اختلال‌های روانی[[79]](#footnote-79) اتفاق می‌افتد (حسنی، 1389). اگر چه هیجان‌ها اساس زیست‌شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آنها تسلط داشته باشند.

نظم‌دهی هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. به طور کلی نظم‌دهی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی است و در سازش یافتگی با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند. موفقیت در نظم‌دهی هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی، عملکرد تحصیلی و عملکرد شغلی همراه است و به عکس، نارسایی در نظم دهی هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی، اختلال‌های اظطرابی و.... در ارتباط است (حسنی و همکاران، 1387). افراد برای نظم‌دهی هیجان‌ها از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌توانند سازش‌یافته (تغییر توجه بعد از یک شکست عاطفی یا تعدیل احساسات از طریق نوشتن) یا سازش نایافته و ناکارآمد (فاجعه آمیز پنداری و نشخوار ذهنی) باشند (واندیلن[[80]](#footnote-80) وکول[[81]](#footnote-81)، 1997).

بوسی[[82]](#footnote-82) (1997) چنین مطرح می‌کند که احتمالا مشکلات نظم‌دهی هیجان در نارسایی هیجانی به دلیل گسستگی فرآیندهای نمادین و تجارب حسی از سوی دیگر است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افراد واجد نارسایی هیجانی از راهبردهای ناکارآمد نظم‌دهی هیجان، منع و سرکوبگری بیشتر و ارزیابی مجدد کمتر استفاده می‌کنند (سوارت و دیگران، 2009). به نظر می­رسد که راهبرد سرکوبگری هیجان‌ها با ویژگی اصلی نارسایی هیجانی، یعنی با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات همبسته است.

شاهقلیان و دیگران (1386) نشان دادند نارسایی هیجانی با سرکوبگری هیجانی و نشخوار و سبک دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی رابطه مثبت و در کل با سلامت عمومی پایین رابطه دارد. یی[[83]](#footnote-83)، لو[[84]](#footnote-84) و زونگ[[85]](#footnote-85) (2007) نیز نشان دادند که افراد دارای نمره‌های بالا در مقیاس نارسایی هیجانی بیش از افراد واجد نمره‌های پایین در این مقیاس از ابعاد مقابله منفی استفاده می‌کنند. هم‌چنین نشان دادند که نارسایی هیجانی با سبک‌های سازش نایافته[[86]](#footnote-86) نظم‌دهی هیجان‌ها (با ولع غذا خوردن، نوشیدن الکل) همبستگی مثبت و با رفتارهای سازش یافته (تفکر در مورد فهم احساسات درمانده‌ساز[[87]](#footnote-87)) همبستگی منفی دارد (دوبی[[88]](#footnote-88) و دیگران، 2010).

نارسایی هیجانی سازه‌ای چند وجهی است و ویژگی‌های اصلی آن ناتوانی در آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات و کشاننده‌ها را محدود می‌کند. ناتوانی در بکارگیری احساس‌ها به عنوان یکی از علایم مشکلات هیجانی؛ مانع تفکر انتزاعی، و باعث کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود (تیلور و بگبی، 2000). این افراد در بازشناسی هیجان‌ها و توصیف احساس‌های خود مشکل دارند و قدرت تجسم محدودی دارند که نشان از محدود بودن تخیل در آن‌هاست و دارای سبک شناختی لفظی، سودمندگرا و بیرونی هستند (لامینت[[89]](#footnote-89)، ورملن[[90]](#footnote-90)، دمارت[[91]](#footnote-91)، تیلور و بگبی، 2006).

نارسایی هیجانی عبارت است از آشفتگی در کنش‌های عاطفی و شناختی[[92]](#footnote-92)، همراه با فقدان توانایی تبدیل انگیختگی عاطفی تجربه‌ها[[93]](#footnote-93) به احساسات و تخیلاتی که نماد و نشانه هیجان‌ها هستند. توصیف مداوم نشانه‌های فیزیکی به جای هیجان‌ها، گفتار و افکار عینی وابسته به وقایع بیرونی، همچنین فقر و محدودیت زندگی تخیلی از ویژگی‌های نارسایی هیجانی محسوب می‌شوند (بگبی[[94]](#footnote-94) و تیلور[[95]](#footnote-95)، 1997؛ سیفنئوس، 2000). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش وتنظیم هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه‌اند. نارسایی هیجانی به طور کلی به عنوان نقص درخودتنظیم‌گری هیجانی در نظر گرفته می‌شود (کرتیلر[[96]](#footnote-96)،2002). تنظیم هیجان فرآیندی پیچیده شامل تعامل بین سیستم‌های عصبی-فیزیولوژیک[[97]](#footnote-97)، حرکتی-بیانی[[98]](#footnote-98)، و شناختی-تجربی[[99]](#footnote-99) هیجان است.

نارسایی هیجانی به شکل‌های مختلف مانند ناتوانی در مفهوم پردازی عاطفه، ناتوانی در قائل شدن تفاوت بین هیجان‌ها، ناتوانی در تجربه هشیار هیجان،یا ناتوانی در تشریح استرسی که به طور خودکار به نارسا کنش وری بدنی تبدیل شده است، ظاهر می‌شود (نمیا[[100]](#footnote-100)، 2000). تجربه‌های کودکی با مراقبانی که هیجان‌هایشان را نشان نمی‌دهند و ابراز نمی‌کنند، یا کسانی که هیجان‌های در حال تحول و شکل‌گیری کودک را به رسمیت نمی‌شناسند و با هیجان‌های کودک خوب رفتار نمی‌کنند، می‌توانند بر تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی تأثیر عمیق بگذارند (بگبی و تیلور، 1997). آنچه ما در مورد هیجان‌های خود و توانایی بازشناسی، توصیف و تنظیم عواطف خودمان می‌دانیم تا حدود زیادی تحت تأثیر تعامل‌های اولیه با مراقبت است.

از دیدگاه علوم شناختی بخش عمده‌ای از مسائل مربوط به نارسایی هیجانی مرتبط با هیجا‌ن‌ها است و هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از روان‌سازه‌ی مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شود که شامل فرآیندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین است (میاک، اوکاموتو، اونودا، شیار و یاماواکی‌، 2012).

تجسم‌های نمادین شامل تصاویر و واژه‌ها است و تجسم‌های غیرنمادین شامل تهییح‌های جسمانی و احشایی است که در هنگام برانگیختگی هیجانی تجربه می‌شوند. نظام‌های نمادین مانند زبان این امکان را فراهم می‌آورند که انسان درباره احساس‌های هیجانی و دیگر تجاربش فکر کند و به اینترتی بحالت‌های هیجانی خود را تنظیم نماید. به نظر می‌رسد درنارسایی هیجانی توانایی بسیار اندکی برای نمایش نمادین هیجان‌ها وجود دارد و درنهایت تجسم نمادین هیجان‌ها به شکل ضعیف با تصاویر و واژه‌ها ارتباط برقرار می‌کند و به همین دلیل کمتر تحت کنترل شناختی قرار دارد (اورونیزاک، پایپر، جوی، 2011). همان‌گونه که در تعریف نارسایی هیجانی مطرح شده‌است، اختلال در پردازش اطلاعات هیجانی نقش مهمی در شکل‌گیری این اختلال دارد و پژوهش‌های مختلف شواهد متعددی را در حمایت این افراد با نارسایی هیجانی بالا نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین در تکالیفی که نیازمند هماهنگی محرک‌های هیجانی کلامی و غیر کلامی با پاسخ‌های هیجانی کلامی و غیرکلامی است، ضعیف‌تر عمل می‌کنند (لین[[101]](#footnote-101)، سکرست[[102]](#footnote-102)، ریدل[[103]](#footnote-103)، ولدان[[104]](#footnote-104)، کازنیاک[[105]](#footnote-105) و شوارتز[[106]](#footnote-106)، 1996). همچنین عملکرد آنها در نام‌گذاری رنگ واژه‌های مربوط به بیماری، کندتر از رنگ‌های مربوط به هیجان‌های منفی است، در حالی که در افراد با نارسایی هیجانی پایین چنین تفاوتی مشاهده نمی‌شود (لاند[[107]](#footnote-107)، جانسون[[108]](#footnote-108)، سان و سیت[[109]](#footnote-109) و اولسن[[110]](#footnote-110)، 2002).

نارسایی هیجانی برآزمون تصمیم‌گیری واژگانی نیز اثرگذار است. افراد با نارسایی هیجانی بالا در آزمون تصمیم‌گیری واژگانی برای واژه‌های هیجانی که بعد از موقعیتی هیجانی ارائه شود، دچار تأخیر می‌شوند در حالی که در موقعیتی خنثی از نظر هیجانی این تأخیر مشاهده نمی‌شود (سوسلو11 و جانگ‌هانز12، 2002). نتایج مطالعات لامینت[[111]](#footnote-111) و همکاران (2006) در مورد دانشجویان نیز نشان داد که افراد با نارسایی هیجانی بالا واژه‌های هیجانی-چه مثبت و چه منفی- کمتری را نسبت به افراد با نارسایی هیجانی پایین فراخوانی کردند.

در این مطالعه همه شرکت کنندگان صرف نظر از نارسایی بالا و پایین، واژه‌هایی را که در سطح معنایی پردازش شده بود، بهتر از سطح پردازش ادراکی به یاد آوردند؛ و صرف نظر از سطح پردازش، واژه‌هایی را که بار هیجانی مثبت داشت بیش از واژه‌های دارای بار هیجانی منفی به یاد آوردند. این یافته در مطالعه مت[[112]](#footnote-112)، وازکیوز[[113]](#footnote-113) و کمپبل[[114]](#footnote-114) (1992) نیز تأیید شد.

نارسایی هیجانی امروزه دیگر به عنوان یک اختلال روانپزشکی مطرح نیست، بلکه بیشتر به عنوان یک رگه شخصیتی در نظر گرفته می‌شود که در جامعه توزیع طبیعی دارد (تیلر و بگبی، 2000، پارکر[[115]](#footnote-115)، کیفر[[116]](#footnote-116)، تیلر و بگبی، 2008).

مدل‌های متعددی در مورد سبب شناسی ناگویی خلقی مطرح شده است. بعضی از نظریه‌ها فرض کرده‌اند ویژگی های نارسایی هیجانی از تجارب آسیب زای ابتدایی زندگی و نارسا کنش وری روابط والد-کودک نشأت می‌گیرند (فوکی نیشی، سی، موریتاوری[[117]](#footnote-117)، 1999؛ توربرگ، یانگ، سالیوان و لیورس[[118]](#footnote-118)، 2011). سیفنئوس (1973) شیوع نارسایی هیجانی را روی بیماران با بیماری روان‌تنی سنتی مطالعه کرد. به طور کلی ماتیلا[[119]](#footnote-119) (2006، به نقل از افشاری، 1387) عنوان می‌کنند که شیوع نارسایی هیجانی در مطالعات صورت گرفته بین 7 تا 19 درصد برای مردان و 5 تا 10 درصد برای زنان، در جمعیت بزرگسال می‌باشد. چندین مطالعه گزارش کرده‌اند که رابطه مثبت میان نارسایی هیجانی و مشکلات مختلف روانی وجود دارد، به جز اختلال جسمانی کردن، رابطه میان افسردگی و نارسایی هیجانی احتمالا به طور جامعی موضوع تحقیق در این زمینه بوده است.اکثریت این مطالعات پیشنهاد می‌دهند که افسردگی با نارسایی هیجانی رابطه بالایی دارد (لی، روماس[[120]](#footnote-120) و مانوز[[121]](#footnote-121)، 2007).

مفهوم نارسایی هیجانی، بر پایه مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار توسط سیفنئوس (1973) مطرح شد و اساسا با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کنند (تیلور[[122]](#footnote-122)، 1994). هرچند نارسایی هیجانی در ارتباط با بیماران روان‌تنی مطرح شد، اما امروزه به عنوان یک صفت شخصیتی در میان تمامی افراد جامعه توزیع شده است. پژوهش‌ها نشان داده اند که سطوح بالای نارسایی هیجانی با گستره‌ی متنوعی از اختلال‌های روان پزشکی مانند، افسردگی (هینتیکا، هنکالامپی، لتونن و ویناماکی[[123]](#footnote-123)، 2001)، اضطراب (برتز، کونسکی، پترزدیاز و جوونت[[124]](#footnote-124)، 1999) روان رنجوری خویی (اسپینا[[125]](#footnote-125)، 2003)، الکلیم و سوء مصرف مواد، سبک زندگی فاقد تحرک، سوء تغذیه و عادات غذایی نادرست (هلمرز و منت[[126]](#footnote-126)، 1999) در ارتباط هستند. از میان اختلال‌های روانپزشکی مرتبط با نارسایی هیجانی، اختلال سوء مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است.

به عنوان مثال، کریستال[[127]](#footnote-127) (1997، به نقل از قلعه بان، 1387) معتقد است که نارسایی هیجانی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث می‌شود که برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. همچنین، کریستال (1996) معتقد است هیجان‌های افراد معتاد کودکانه و در سطح پیش‌ کلامی[[128]](#footnote-128) است و ظرفیت شناختی آسیب دیده آن‌ها به عدم توانایی تفسیر افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود. در این شرایط، ظرفیت تأخیر واکنش[[129]](#footnote-129) (مهارت من) پایین است. در نتیجه تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند (به نقل از قلعه­بان، 1387).

همه انسان‌ها هیجان‌ها و عواطف را در زندگی تجربه می‌کنند و این کاملا طبیعی است که در رویارویی با موقعیت گوناگون هیجان‌ها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند؛ اما هیجان‌ها و عواطف منفی شدید غیرعادی است و نه تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زیان‌باری نیز دارد (قدیری، 1384). افراط و تفریط هیجان‌ها افراد را منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب می‌کند که به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به گونه‌ای جدی تهدید می‌کند (لاین لی و جوزف[[130]](#footnote-130)، 2009). بهتر است به جای اینکه از بروز هیجان‌ها جلوگیری کنیم، آثار واکنشی آنها را کاهش داده تا فرصت کافی برای تصمیم‌های بهتر، آینده نگری و خلاقیت داشته باشیم (شریفی در آمدی و آقایار، 1386). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که نارسایی هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. این نکته نیز آشکار شده است که نارسایی هیجانی، به ویژه مؤلفه‌ی دشواری در شناسایی احساسات، با ناتوانی در کنترل عواطف مثل افسردگی، اضطراب و خشم رابطه دارد (پورسیلی، تلی پانی، میلو، سیلنتی و تادآرلو[[131]](#footnote-131)، 2007).

دوبی، پاندی و میشرا[[132]](#footnote-132) (2010) در مطالعه‌ای نشان دادند که نارسایی هیجانی با رفتارهای ناسالم از جمله اختلال در خوردن، سوء مصرف مواد و دارو، وابستگی به الکل و قماربازی رابطه دارد. افزون برآن نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی عمده، پرخاشگری، اختلالات درد و نابهنجاری جنسی رابطه دارد.

**2-4 پیشینه پژوهشی**

**الف) رابطه احساس پیوستگی و شادکامی و متغیرهای مربوطه**

احتشام زاده و همکاران(1389)، در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه بین متغیرهای احساس پیوستگی و عملکرد شغلی با میانجیگری راهبردهای مقابله و سلامت عمومی بر روی 244 نفر از کارمندان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی هم به واسطه ی راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و مساله مدار و سلامت عمومی و هم به طور مستقیم با عملکرد شغلی رابطه دارد. به عبارت دیگر احساس پیوستگی از طریق راهبردهای مقابله ای و سلامت عمومی به عنوان میانجی، می­تواند تاثیرگذاری بیشتری بر عملکرد شغلی داشته باشد.

شریف و آقایوسفی (1389)، در پژوهشی که با عنوان تعیین رابطه بین احساس پیوستگی و بهزیستی روانی در 400 نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران انجام دادند نتایج نشان داد که احساس پیوستگی نقش مهمی در بهزیستی روانی دارد. با بالا رفتن احساس پیوستگی دانشجویان احساس خوشبختی و رضایت از زندگی را بیشتر تجربه می­کنند.

آذر کیامرثی و رضا ایل بیگی (1390)، در پژوهشی که به بررسی ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دختر دارای ADHD پرداختند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دارای نشانه های ADHD رابطه مثبت معناداری دارد. همچنین مؤلفه های قابل درک بودن و کنترل پذیری با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی داری داشتند ولی مؤلفه های معنی دار بودن با رضایت از زندگی رابطه معنی دار نداشت.

صبری نظرزاده و همکاران (1390)، در پژوهشی که با عنوان رابطه علمی احساس پیوستگی و سخت کوشی روانشناختی، راهبردهای مقابله ای و سلامت روان بر روی 405 زن ساکن در شهرستان اهواز انجام دادند نتایج و یافته ها نشان داد که احساس پیوستگی و سخت کوشی نقش تعیین کننده ای در سلامت روان دارند.

عباس ابوالقاسمی، فاطمه زاهد، دکتر ترجمانی (1387)، در پژوهشی که به بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری پرداختند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی Dبا تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری رابطه­ی معنی داری دارند.

دراگست، اید، نیگارد، بوندوک، نورت و دوناتویگ[[133]](#footnote-133) (2009)، در پژوهشی نشان دادند که احساس پیوستگی با کارکردهای اجتماعی و تندرستی جسمانی رابطه مثبت دارد.

اوچیال، دایتو و آوکی[[134]](#footnote-134) (2011)، در در پژوهشی که به منظور بررسی رابطه بین احساس پیوستگی و سبک زندگی در کارگران میانسال ژاپنی ( 412 نفر زن و 206 نفر مرد )انجام شده است یافته های پژوهش نشان داد افرادی که احساس پیوستگی بالاتری داشتند سطح رضایت مندی بیشتری را در زندگی از خود نشان می دادند و همچنین چنین شرکت کنندگانی به طور چشمگیری سطوح پایین تر استرس های روزانه را تجربه کرده بودند.

کارین، آلبر کسیتن و کارنستروم[[135]](#footnote-135) (2003)، در پژوهش به منظور بررسی رابطه بین عوامل روان شناختی (تجارب استرس زا، حمایت اجتماعی و ویژگیهای شخصی) با شادکامی، به بررسی این متغیرها در 877 نوجوان نروژی که در طرح سازمان بهداشت جهانی به منظور ارتقای سلامت مدارس شرکت کرده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد که خود – اثربخشی کلی، قوی ترین پیش بینی کننده برای تمایز شادترین شاگردان و ناشادترین آنها بود در رابطه با حمایت اجتماعی، نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی از جانب معلمان و همسالان با شادکامی رابطه مثبت دارد. ولی میزان این رابطه در معلمان بالاتر بود؛ یعنی حمایت اجتماعی از سوی معلمان در پیش بینی شادکامی در مقایسه با همسالان، اهمیت بیشتری داشت.

در پژوهشی که کش و لابیومیرسکی[[136]](#footnote-136) (2006)، انجام داده اند، به این نتیجه رسیدند که کنترل سلامت، برقراری ارتباط، جدایی، اوقات فراغت، مذهب و تلاش برای ایجاد شادکامی از عوامل پیش بینی کننده شادکامی به شمار می رود.

مونز و نورکوال[[137]](#footnote-137) (2006)، در پژوهشی دریافتند که احساس پیوستگی بر بهبود کیفیت زندگی و تندرستی بیماران مزمن تاثیر زیادی دارد.

پژوهشی که پلانت و لی[[138]](#footnote-138) (2002)، انجام دادند به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی با بهزیستی روانشناختگی و جسمی و عوامل شخصیتی مانند خوش بینی، عزت نفس و احساس تسلط رابطه مثبت دارد.

گلدمن[[139]](#footnote-139) (1995)، طبق شواهد پژوهشی افرادی که احساس پیوستگی بیشتری دارند از لحاظ جسمانی سالمتر و استرس و اضطراب کمتری را تجربه می کنند از این رو احساس پیوستگی می تواند رضایت از زندگی را بالا ببرد.

سومینن، هلینیوس، بلومرگ، اوتلاوکوسکن وو[[140]](#footnote-140) (2001)، در پژوهشی نتیجه گیری کردند که احساس پیوستگی قوی تری پیش بینی کننده وضعیت جسمی و میزان تندرستی زنان و مردان است.

**ب) رابطه نارسایی هیجانی و شادکامی و متغیرهای مربوطه**

پالمر، دونالدسون و استوک[[141]](#footnote-141) (2002)، در پژوهشهای مجازی نشان دادند، که نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی و شادکامی همبستگی منفی دارند.

سالمینن، ساریجاووی و تویکا[[142]](#footnote-142) (2002)، در مطالعه ای نشان دادند که افراد دارای نارسایی هیجانی کارکرد جسمی و اجتماعی کمتر، مشکلات هیجانی بیشتر و بهزیستی هیجانی پایین کمتری نسبت به افراد سالم دارند.

ماتیلا، پوتامن، کوی و بیستو، سالوکانگاس و جوکاما[[143]](#footnote-143) (2007) دریافتند که نارسایی هیجانی پیش بینی کننده مهمی برای رضایت کمتر از زندگی است .

در پژوهشهای ماتبلد و همکاران[[144]](#footnote-144) (2007)، واینری و همکاران[[145]](#footnote-145) (1985)، نتیجه گیری شده است که نارسایی هیجانی کیفیت زندگی را پایین می آورد و سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی آسیب می بیند و احساس پیوستگی باعث افزایش رضایت از زندگی می شود.

بشارت (1388)، در پژوهشی که با عنوان رابطه سبک های دلبستگی و نارسایی هیجانی در یک نمونه 306 نفری دانشجو از رشته های مختلف دانشگاه تهران انجام داد به این نتیجه دست یافت که بین نارسایی هیجانی و مولفه های آن با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنادار و با درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

برنیام و جیمز[[146]](#footnote-146) (1994) عوامل خانوادگی مرتبط با نارسایی هیجانی را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد کودکانی که در محیط هایی بزرگ شده اند که از نظر جسمانی و هیجانی نا امن بوده و در آنها از آشکارسازی هیجان ها ممانعت بعمل می آمده، مقابله موفق با حالت های هیجانی­شان را یاد نمی گیرند و در نتیجه از تجربه هیجان ها ناراحت می شوند. این دشواری ها و فقدان سرمشق های مناسب برای ابراز هیجان ممکن است به نگرانی و دو سوگرایی در ابراز احساسات منتهی شود.

**ج) پژوهش­های در زمینه احساس پیوستگی، نارسایی هیجانی و شادکامی**

نوربخش و همکارانش (1384)، طی تحقیقی به بررسی رابطه سبک زندگی و شادکامی و سلامت روانی دبیران زن و زنان خانه دار شهرستان بشرویه پرداختند. نتایج نشان داند که بین نمرات سبک زندگی با شادکامی دو گروه رابطه مثبت معناداری وجود دارد. نتیجه کلی تحقیق حاکی از این بود که میزان شادکامی زنان خانه دار بیش از معلمان است و با بهبود سبک زندگی افراد، میزان شادکامی و سلامت روانی آنان افزایش می یابد.

 پاییزی و همکاران (1386)، تحقیقی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم رشته علوم تجربی دبیرستانهای تهران انجام دادند نتایج تفاوت معناداری را بین نمره شادکامی پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نشان داد همچنین نتایج حاکی از این بود که آموزش مهارتهای ابراز وجود (درخواست کردن، بله گفتن ، نه گفتن، ابراز احساسات منفی و انتقاد سازنده) باعث افزایش شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم دبیرستان می شود.

امانی و هادیان (1387)، طی تحقیقی اثربخشی مهارتهای اجتماعی بر افزایش میزان شادکامی دانشجویان را مورد مطالعه قرار دادند. یافته های پژوهش نشان داد روش آموزش مهارتهای اجتماعی لوین سون و گوت لیب در افزایش میزان شادی دانشجویان موثر است . همچنین با توجه به نتایج بدست آمده بین میزان شادی دختران و پسران دانشجو تفاوت معناداری وجود نداشت.

خوش کنش و کشاورز افشار (1387)، در پژوهشی با عنوان رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان، به این نتیجه دست یافتند که بین احساس شادکامی و مشکلات روانی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر رابطه منفی وجود دارد.

امیدیان (1388)، در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان یزد پرداخت. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که شادکامی با نمره کلی اختلال روانی و خرده مقیاس های آن رابطه معکوس دارد.

اسماعیلی فر (1389)، در پژوهشی با عنوان سهم خودکارآمدی در پیش بینی شادکامی دانش آموزان دختر دبیرستان های رودهن، به این نتیجه دست یافت که خودکارآمدی می­تواند شادکامی دانش آموزان را به طور موثر پیش بینی کند.

پرغندان و همکاران ( 1389)، پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و شادکامی دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان بر روی 20 دانش آموز که نمره پایینی در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)وشادکامی آکسفورگرفته بودند، انجام دادند. یافته ها نشان داد که نمره ی گروه آزمایش پس از آموزش مهارتهای زندگی به طور معنی داری افزایش داشته است.

**2-5 جمع­بندی**

امروزه از جمله عواملی که در همه ابعاد زندگی اجتماعی و تحصیلی افراد تأثیر دارد شادکامی است. شادکامی نگرشی است که افراد را در رویارویی با رویدادهای دشوار در مقابل افتادن در گرداب بی تفاوتی، ناامیدی و افسردگی مقاوم می سازد. بنابراین شادکامی پیامدهای مثبتی برروی سبک زندگی و موفقیت تحصیلی افراد دارد و میل به انجام رفتارهایی که با موفقیت تحصیلی مرتبط هستند را افزایش می دهد.

شادکامی غالبا توام با کارکرد مطلوب و سلامتی روانی است و تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی قرار دارد. احساس پیوستگی سازه ای است که توسط آنتونوسکی (1993) برای نشان دادن مقابله موفقیت آمیز در برابر فشارزاهای زندگی بیان شده است. ایشان احساس پیوستگی را به عنوان سازه ای تعریف کرده است که جهت گیری کلی فرد و احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر را در زندگی و دنیای پیرامون انسان را نشان می دهد. نارسایی هیجانی، سازه شخصیتی است که با فقدان خیال­پردازی، ظرفیت کم برای افکار سمبولیک و ناتوانی برای تجربه و بیان هیجانات مثبت مشخص می شود. نارسایی هیجانی به حالتی اطلاق می شود که در اثر آن فرد در درک پردازش و هیجانات خود مشکل دارد.

در راستای توجه به متغیرهای فوق پژوهش­هایی با عنوان عوامل خانوادگی مرتبط با نارسایی هیجانی (برنیام و جیمز،1994)، رابطه بین احساس پیوستگی با بهزیستی روانشناختی و جسمی و عوامل شخصیتی (پلانت و لی، 2002)، بررسی رابطه بین عوامل روان شناختی (تجارب استرس زا، حمایت اجتماعی و ویژگیهای شخصی) با شادکامی (کارین و همکاران، 2003)، رابطه بین نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی، ماتیلا و همکاران (2007)، رابطه بین احساس پیوستگی و سبک زندگی (اوچیال و همکاران، 2001)، اثربخشی مهارتهای اجتماعی بر افزایش میزان شادکامی دانشجویان (امانی و هادیان، 1387)، بررسی رابطه بین متغیرهای احساس پیوستگی و عملکرد شغلی با میانجیگری راهبردهای مقابله و سلامت عمومی (احتشام زاده و همکاران، 1389)، همبستگی بین احساس پیوستگی و بهزیستی روانی (شریفی و آقا یوسفی، 1389)، بررسی ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی (آذر کیامرثی و رضا ایل بیگی، 1390) صورت گرفته است. که این پژوهش بر نقش احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی در زندگی افراد اشاره دارند، ولی پژوهشی در زمینه رابطه بین احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با شادکامی دانش­آموزان صورت نگرفته است، در این راستا این پژوهش درصدد است تا به بررسی این موضوع در بین دانش­آموزن منطقه درودزن بپردازد.بنابراین پژوهش حاضربرای پاسخگویی به سوال فوق فرضیه های زیررابه محک آزمایش قرارداده است:

احساس پیوستگی

نارسایی هیجانی

شادکامی

**شکل 1-2 مدل مفهومی پژوهش**

**2-6 فرضیه­های پژوهش**

1. بین احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با شادکامی دانش آموزان رابطه معناداری وجود دارد.
2. ابعاد احساس پیوستگی قادر به پیش بینی شادکامی دانش­آموزان می باشد.
3. ابعاد نارسایی هیجانی قادر به پیش بینی شادکامی دانش­آموزان می باشد.

**سوال پژوهش:**

کدامیک از متغیرهای احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی پیش بینی قوی تری برای شادکامی می باشد؟

**فهرست منابع**

**منابع فارسی**

ابراهیمی، فرشته.(1392). پیش بینی شادکامی بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده و تاب آوری، **پایان نامه کارشناسی ارشد،** دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

ابوالقاسمی، عباس ؛ زاهد ؛ فاطمه؛ نریمانی ، محمد(1388).بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی d با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. اصول بهداشت روانی ،11(3) ،222-213.

احتشام­زاده، پروین؛ صبری نظرزاده، راشین و معمارباشی اول، مژگان.(1392). رابطه بين احساس انسجام و عملکرد شغلي با ميانجي گري سلامت روان و راهبردهاي مقابله، **روش­ها و مدل­های روانشناختی**، دوره 3، شماره 13، صص 97-85.

اسدی، سهیل(1382).ارسطو یا فروید: تردید در نظریه شادکامی، **هفته نامه پرشین ویکلی**، شماره82. صص 30-20.

اسماعیلی فر ، ندا؛ شفیعی آبادی، عبدالله ؛قدسی (1390). تعیین سهم خودکارآمدی در پیش بینی شادکامی دانش آموزان دختر شهر رودهن . مجله اندیشه ورفتار ، دوره پنجم ، ش 19،ص90-106.

 امانی، رزیتا، هادیان، رژینا.(1387). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر افزایش میزان شادی دانشجویان، **چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان**، دانشگاه شیراز، اول و دوم خرداد.

امیدیان، مرتضی.(1386). بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد، **مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی**، دوره دهم، شماره 1، صص 116-101.

برغندان، سپیده؛ ترخان، مرتضی؛ قائمی خمامی، نیما.(1389). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و شادکامی دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان. **ارمغان دانش – فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج**، دوره 150، ویژه نامه 1 (همایش سراسری سبک زندگی و سلامت)، 213.

 پاییزی، مریم؛ شهر آرای، مهرناز؛ فرزاد، ولی اله و صفایی، پریوش. (1386). بررسی اثربخش آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم رشته علوم تجربی دبیرستان های تهران، **مجله مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا**، دوره 3، شماره4.

پاییزی، مهدی (1386). بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم رشته تجربی دبیرستان های تهران، **فصلنامه مطالعات روان شناختی**،دوره 3، شماره 4، صص43-25.

جوکار، بهرام (1386). نقش واسطه ای تاب آوری دررابطه باهوش هیجانی و هوش عمومی بارضایت از زندگی. **مجله روانشناسی معاصر، فصلنامه انجمن روان شناسی ایران**،دوره دوم،شماره 2، صص 56-43.

 حسنی، جعفر.(1389). خصوصیات روان سنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. **فصلنامه روانشناسی بالینی**، سال 2، شماره 3، صص 83-73.

خانزاده، عباسعلی و صفی خانی، لیلا. (1385). بررسی رابطه بین شخصیت و شادکامی»، **نشریه اصلاح و تربیت،** شماره 131.

خوش کنش، ابولقاسم و کشاورز افشار، حسین.(1387). رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان. **مجله اندیشه و رفتار،** دوره دوم، شماره 7، صص 41-52.

دشتی، مریم (1390).تأثیرالگوهای ارتباطی خانواده برشادکامی به واسطه خودکارآمدی دربین دانش آموزان دختروپسر**.** **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه شیراز.

زهرا کار، کیانوش.(1387)، **مشاوره استرس**، تهران: نشر دانشگاهی بال.

شاهقلیان، مهناز.، مردای، علیرضا. و کافی، سید موسی. (1386). بررسی رابطه ناگویی خلقی با سبک های باراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. **مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران**، سال 13، شماره 3، 248-238.

شریفی، رضا و آقایوسفی، علیرضا.(1389). رابطه بین احساس پیوستگی و بهزیستی روانی، **مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه مشهد**، دوره دهم، شماره 1، صص 42-31.

علی­ پور ،احمد؛ نوربالا ،احمد علی . (1387). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران . **مجله اندیشه و رفتار**، سال پنجم ، ش1و2 ، تابستان و پایییز ، ص 55-65.

علی پور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی؛ اژه ای، جواد و مطیعیان، حسن. (1389). شادکامی و عملکرد ایمنی بدن، **مجله روانشناسی**، سال 3، شماره 4، صص 233-219.

کیامرثی، آذر و ایل بیگی قلغه­نی، رضا.(1390). ارتباط احساس پيوستگي و نارسايي هيجاني با رضايت از زندگي در دانش آموزان دختر داراي نشانه هاي ADHD، **مجله­ی روانشناسی مدرسه**، دوره­ی 1، شماره­ی 1، صص 92-76.

مطیعیان، حسن (1379). شادکامی و عملکرد ایمنی بدن، **مجله روانشناسی**، سال 3، شماره 4، صص 233-21 .

منتظری، علی؛ امیدواری، سپیده؛ آذین، سید علی. (1390). ميزان شادكامي مردم ايران و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از ديدگاه مردم ايران، **فصلنامه پایش**، سال یازدهم، شماره 4، صص 467-475.

میرشاه جعفری، ابراهیم (1381). شادکامی و عوامل مؤثر بر آن، **تازه های علوم شناختی**، سال4، شماره3.

نوربخش، اعظم. آتش پور، سید حمید، موسوی، حسین.(1384). مقایسه سبک زندگی، سلامت روان و شادکامی دبیران زن و زنان خانه دار شهرستان بشرویه. **مجله دانش و پژوهش در روانشناسی**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره 26، 62-37.

**منابع انگلیسی:**

 Antonovsky A. (1987). Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well. Sanfrancisco. *Jossey-Bass Press*. 122-5.

Antonovsky, A. (1993).The structure and properties of the sense of cohere nce scale. *Soc Sci Med*. 36(6):725-33.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a Theory to guide health promotion. *Health promotion International*. 11(1), 11-18.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to giud. *health promotion international*. 11(1), 11-18.

Antonovsky, A., (1993). The structure and properties of the sense of coherence Scale. *Social science & medicine*, 36, 725-733.

Argyle, D. (2001).*The social pshychology of happiness***,** (2nd).Grea.Brit saiu:Routledge.

Argyle,M.,& LU,L. (1990). *The happiness of extraverts,personality and Individual Difference,*11,1011-1017.

Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1997). *Affect dysrey ulation and alxithy mia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby. & J. D. A. Parker (Eds),* Dis orders of Affect Reyulation: Alexithymia in medical and psychiatric Illnes (pp. 26-45). Cambridge: University Press.

Bernbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 56,* 353-359.

Bolte, A,. Goschke, T,. & Kuhl, J. (2003). Emotion and intuition. *Psychological Sciences*. 14(5):416-21.

Brethoze, S., Consoli, S., Peterz-Diaz. F., & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: Compounded relationships?  *A psychometric study. European Psychiatry,* 14(7), 372-378.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple cod theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.

Carr, A. (2004).*positive psychology Hove and New york*:Brunner-Routledge.

Conner.K.M & Davids on,j.r.t.(2003). Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC).*Depression and Anxiety*,18,76-82.

Dickey,M.T.(1999).*The pursuit of happiness.* Available on:http//www. dickey.org /happy.htm.

Diener,E.(2000).subjective well-being:The science of happiness and a proposalFor a national index**.** *American psychologist*.55:34-43.

Dubey, A., Pandey. R., & Mishra. K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive / negative affectivity in explaining elexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research*. 7(3). 20-31.

Dubey,A., Pandey, R., & mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and Positive negative affectivity in explaininy alexithymia heulth relationship: An oveyview. *Indian Journal of social science Research,* 7, 20-31.

Dubey. A., Pandy, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive negative affectivity in explaning alexithymia health relationship. An overview*. Indian Jornal of social science Research*, 7(3), 20-31.

Eriksson, M,. Lindstrom, B. & Lilija, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a social context: Aland, a special case. *J Epidemiol Community Health*. 61(8): 684-88.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders its relation ship with Psychopathological and personality varibls. *Journal of psychomatic research,* 55, 553-560.

Flannery, R. B., & Flanery, G. L. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A Prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical psychology*, 46, 415-42.

Flensborg –Madsen T,Vetegodt S, Merrick J. (2005). Why is antonovskys sense of coherence not correlated to phisycsl health? Analysing antonovskys 29-item sense of coherence scale (SOC). *Sci world J.* 14(5): 767-76.

Flensborg-Madsen TF, Vetegodt S, Merrick. J. (2006). Sense of coherence and Health A Cross-Sectional study using a New Scale (SOCII). *Sci World*. 6 (1) : 2200-11.

Flensbory-madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2006). " sense of coherence and health. The construction of an Amendment to Antonovskys. Sense of coherence Scale ( SOCII)". *TSW Holistic Health & medicine*. 1:169-178.

Francis,L., Brown.L., Lester,D. & philipchalk, R. (1998).Happiness asstable Extraversion. *personality and individual Differences*, 24,167-171 .

Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Ago, Y., Sei, H., Morita, Y., & Raha, R. H. (1997). Mother’s low care in the development of alexithymia: A Preliminary study in Japanese college students. *Psychological Reports,* 80, 143-146.

Fukunishi, i., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R. H. (1999). Sympathetic activity in alexituymics W. Th mother’s Isw care. *Journal of psych matic Researck*, 46, 579-589.

Goleman, D. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam.

Helmers. K. F., & Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of psychosomatic Research*, 47, 635-645.

Hills,p.,& Argyle,M.(2001).Happiness,introversion- extraversion and happy Introverts. *personality and Individual Differences*,30,595-608.

Hintika, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Are Alexithymia and depression distinc or overlapping construct: a study in a general population. *Comperhensive psychiatry*. 42(3), 234-239.

Huppke,R.w.(2001).*study finds community work linked to happiness*.Htt:// Archive.Nandotimes…./0.2107,500045&7722-500698037-503747880,00Htm?printe.

Kaldor, p. (1994).*winds of change*. Home bush west, NSW: Anzea.

Kanttinen, H. Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relation ships with health in a population-based study. *Social Science & Medicine*. 66: 2410-2412.

Karin, G., Albreksten, G. and Qvarnstrom, U. (2003). Association between psychosocial factor and happiness among school adolescent, *International Journal of* *nursing practice*, 9, 166-175.

Kraemer, s., & Loader, P. (1995). Passing through life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.

Krantz G, Ostergren po. (2004). Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. *Int J Behav Med*, 11(1): 18-26.

Kravetz, S., Drory, Y., & Florian, V. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality.* 7, 233-244.

Kreitler, S. (2002) The psychosemantic approach to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 33, 393 – 407.

Kulik, L. (2006).personality profiles,life satisfaction and gender-role ideology among couples in late adulthood. *the Israeil case personality and Individua Differences*,40,317-329.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz. G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia The Emotional Equivalent of Blindsight? *Biological psychiatry,* 42, 834-844.

Lazarous, R.S. (1985).on the primacy of cognition. *American psychologyist,* 39, 124-129.

Le, N. H., Romas, M, A., & Munoz, R. F. (2007). The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *J pschosom Res,* 62, 215-222.

Lopez, Snyder, C.R. (2002).*Hand Book of positive psychology*, oxford university Press.

Luminet, O., Vermeulen, N.,Demaret, G., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2006). Alexithymia and levels of processing: Evidnce for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in personality*, 40(5): 713-733.

Mattila,A.K., Poutanen, O., Koivisto, A.M., Salokangas, R.K.R., Joukamaa, M.(2007). Alexithymia and life satisfaction in primary care patients. Psychosomatics,48, 523-9.

Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K,. Shirao. N & Yamawaki, S. (2012). Brain activation during the Perception of stressful word stimuli concerning interpersonal relationships in anorexia nervosa patients with high degree of alexithymia an FMRI paradigm. J*ournal of Neuroimaging,* 201(2): 113-119.

Moons, P., & Norekval, T.M.(2006).Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? Ahypothesis. European Journal of cardiovascular. Nursing,5(1), 16-20.

Myers, D.G., & Diener, E. (1995).who is happy? psychological sciece,*American Journal of orthopsychiatry.* 6,10-19.

Nemiah, J. C. (2000). A Psychodynamic view of Psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 62, 299-303.

Ochiai, R., Daitou, S. and Aoki, K. (2011). The relations of the sense of coherence and lifestyles to self-rated health for college students. *Journal of health Science of Mind and Body*, 7, 35-40.

Pallant. J.F., Lae, L.(2002) Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. Personality and Individual differences, 33(1).

Palmer, B., Donaldson, C., Stough, C.(2002). Emotional intelligence and life satisfaction. Pers Indive Diff , 33,1091-1100 and personality factors: further.

Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby. R. m. (2008). Latent structure of the alexi thymia. *Journal of Research in personality.* 30, 401-412.

Porcelli, P., Tulipani, G., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello, O. (2007). Coping and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients Psycho-Oncology, *Journal of psychosomatic Research*. 16(7), 644-650.

Rojas, m. (2007). Heterogeneity in the relationship between income and happiness A conceptual-referent-therapy explantion.*Journal of Economic psychology*. 28, 1-14.

Rojas, m. (2007). Heterogeneity in the relationship between income and happiness A conceptual-referent-therapy explantion.*Journal of Economic psychology.*28, 1-14.

Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Toikka, T.(2002). Alexithymia and health-related quality of life. J Psychosom Res, 52, 324- 331.

Savolainen, J. (2005). *A salutogenic Prespective to oral Health: sense of coherence as a determinant of oral and genral health behaviours, and oral health-related quality of life*. Academic Dissertation. University of Oulu, Faculty of Medicine.

Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence Of alexithymic characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Sifneos, P. E. (2002). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69, 113-116.

Strumpfer, D. J. W. (1995). The origins of health and strength: form ‘salutogenesis’ to ‘ fortigenesis’. *South African Journal of psychology,* 25 (2), 81-89.

Sullivan, C. A. (1995). *A salutogenic study of stress*. Unpublished dissertation. Rand Afrikaans university.

Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of Convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*. 18, 1772-1778.

Suominen, S., Helenius, H., Blombery, H., Untela, A., Koskenvuo, M. (2001). "Sense of cohcrence as a Predictor or subjective state of health: Results of 4 years of fllow-up of adults". *Journal of psychosomatic Research*. So, 77-86.

Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). *Dealing with fellings: characterizations of trait alexithy mia of emotion regulation strategies and cognitive – emotional Processing.* Retrieved October 25, 2011 form http//www. nlm. Nih. Gov/ 1949-2. 45.

Taylor, G. J. (1994). The alexithymia constract: Conceptualization, Validation, and relation ship with basic dimensions of Personality. *New Trends in Experimental and clinical psychiatry*. 10, 61-74.

Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research Canadian. *Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.

Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). *An overview of The alexithymia Construct. In R. Bay-on & J. D. A. Parker (EDS.).* The Handbook of Emotional Intelligence (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence: ” An overview of The alexithymia construct”,* in ed. R. Bar –on & J. D. A. Parker., Sanfrancisco: Jossey-Bass Inc.

Taylor, G. J., & Bagby, R. m. (2000).*An overview of The alexithymia construct. In Bar-on R and Parker, J. D. A. ( Eds.),* The band book of emotional intelligence (pp. 40-67). San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Taylor, G. J., Parker, J. D. A. Bagby, M., & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric Out-patients. *Journal of psychosomatic Research,* 36, 417-427.

Thor berg, F. A., Yong, R. MCD., Sulliran, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia. *A meta – analysis European Psychiatry*, 26, 187-193.

Togari T, Yamazaki Y, Yamaki ck. (2002). Nakayama k. Follow-up study on the effects two years in Japanese university undergraduate student. *Pers Individ Dif*. 44(6): 1335-47.

Tomotsune, Y., Sasahara, sh., Umedu, T., Hayashi, M., Usami, K., Yoshino, Satoshi., Kageyama, Takayuki., Nakamura, Hiroyuki, Ichiyo (2009)." The association of Sense of coherence and coping profile with stress among Research Park city Workers in Japan". *Industrial Health.* 47,664-672.

Torsheim, T., Aaroe, L. E. & Wold, B. (2001) Sense of coherence and school related stress as Predictors of health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and medicine,* 53, 603-614.

Valios, R. zulling, k., Hubner, E. & Drang,J. (2004). phisical activity behaviours and Perceived life satisfaction among public high school adolescencets, *Journal Of school Health*,74(2),122-170 .

Vandillen, L. F., & Kool, S. L. (2007). Clearing the mind: A working memory model of distracfion from negative emotion. *Emotion,* 7, 715-723.

Vastamaki, J.(2009). Sense of coherence and Unemployment. Academic Dissertation. University of Erlangen- Nuremberg and University of Kuopio. Faculty of social Sciences.

Wart, p.J.(2001). *What determines happiness*. http://vanderbilt owc. well source. Com Idh/content-print. Asp?ID=290.

Watson, D & tellegen. A. (1985). development and validation and brief measures Of positive and negative affect:the panas scale*, Journal of personality and Social psycology*,44(1),63-70 .

Wilson, w. (1967). correlates of avowed happiness. *npsychological Bulletin*, 67,294-306.

yers, D.G. (2000).The friends and faith of Happy people American psychologist,*American Journal of orthopsychiatry*, 55(1),56-57.

Yi, J, Y,, Luo, Y. Z., & Zhong, M. T. (2007). Characteristics of affective priming effect. In alexithymics. *Chinese mental Health Journal*,

1. Myers & Diener [↑](#footnote-ref-1)
2. Hilss [↑](#footnote-ref-2)
3. Dickey [↑](#footnote-ref-3)
4. Davies [↑](#footnote-ref-4)
5. Door [↑](#footnote-ref-5)
6. veenhoven [↑](#footnote-ref-6)
7. Eysenck [↑](#footnote-ref-7)
8. Francis, Brown, Lester & Philip chalk [↑](#footnote-ref-8)
9. Lazarous [↑](#footnote-ref-9)
10. Larsen [↑](#footnote-ref-10)
11. Watson & Tellegen [↑](#footnote-ref-11)
12. Lopez & snyder [↑](#footnote-ref-12)
13. Carr [↑](#footnote-ref-13)
14. Elder & caspi [↑](#footnote-ref-14)
15. Kulik [↑](#footnote-ref-15)
16. Valios, Zolling & Huebner & Drane [↑](#footnote-ref-16)
17. Weiner [↑](#footnote-ref-17)
18. stable extraversion [↑](#footnote-ref-18)
19. Wart [↑](#footnote-ref-19)
20. Wilson [↑](#footnote-ref-20)
21. Greeley [↑](#footnote-ref-21)
22. Kaldur [↑](#footnote-ref-22)
23. social capital [↑](#footnote-ref-23)
24. Richards [↑](#footnote-ref-24)
25. Pothnam [↑](#footnote-ref-25)
26. Huppke [↑](#footnote-ref-26)
27. Suh & Lucas [↑](#footnote-ref-27)
28. Salovey, Rothman, Detweler & Develer& Steward [↑](#footnote-ref-28)
29. - Chan & Jozof [↑](#footnote-ref-29)
30. - sense of coherence [↑](#footnote-ref-30)
31. - Sullivan [↑](#footnote-ref-31)
32. - Antonovosky [↑](#footnote-ref-32)
33. - Compkehensibility [↑](#footnote-ref-33)
34. - mmanayeability [↑](#footnote-ref-34)
35. - meaningfulness [↑](#footnote-ref-35)
36. - Vastamaki [↑](#footnote-ref-36)
37. - Savoluinen [↑](#footnote-ref-37)
38. - Bartlet [↑](#footnote-ref-38)
39. - Tomotsune [↑](#footnote-ref-39)
40. - Tomotsune [↑](#footnote-ref-40)
41. - Konttinen [↑](#footnote-ref-41)
42. -Suominen [↑](#footnote-ref-42)
43. - Flensborg [↑](#footnote-ref-43)
44. - Togari [↑](#footnote-ref-44)
45. - Flensborg , Madsen [↑](#footnote-ref-45)
46. - Krantz , Ostevgren [↑](#footnote-ref-46)
47. - Kravetz , Drory , Florian [↑](#footnote-ref-47)
48. - Flanery , Flanery [↑](#footnote-ref-48)
49. - Kravetz [↑](#footnote-ref-49)
50. - Sullivan [↑](#footnote-ref-50)
51. -Strumpfer [↑](#footnote-ref-51)
52. - Torshim [↑](#footnote-ref-52)
53. - Schnyder , Buchi , Sensky [↑](#footnote-ref-53)
54. - Sifneos [↑](#footnote-ref-54)
55. - Kathlee [↑](#footnote-ref-55)
56. - Tull,Medaglia&Romer [↑](#footnote-ref-56)
57. - Taylor and Bagby [↑](#footnote-ref-57)
58. - Fukunishi [↑](#footnote-ref-58)
59. - Kraemer [↑](#footnote-ref-59)
60. - Loader [↑](#footnote-ref-60)
61. - regulation of emotions [↑](#footnote-ref-61)
62. - difficulty identifying fellings [↑](#footnote-ref-62)
63. - difficulty describing fellings [↑](#footnote-ref-63)
64. - extemally oriented thinking [↑](#footnote-ref-64)
65. - bodily sensations [↑](#footnote-ref-65)
66. - emotional arousal [↑](#footnote-ref-66)
67. - emotional distress [↑](#footnote-ref-67)
68. - Bodily complaints [↑](#footnote-ref-68)
69. - Vinger hotis [↑](#footnote-ref-69)
70. - Niklyt [↑](#footnote-ref-70)
71. - Denolet [↑](#footnote-ref-71)
72. - Swart [↑](#footnote-ref-72)
73. - Kortekaas [↑](#footnote-ref-73)
74. - Aleman [↑](#footnote-ref-74)
75. - Inflammatory Bowel Disease [↑](#footnote-ref-75)
76. - Dubey [↑](#footnote-ref-76)
77. - Pandey [↑](#footnote-ref-77)
78. - Mishra [↑](#footnote-ref-78)
79. - Diagnostic and Statistical Mental Disorder [↑](#footnote-ref-79)
80. - Vandillen [↑](#footnote-ref-80)
81. - Kool [↑](#footnote-ref-81)
82. - Bucci [↑](#footnote-ref-82)
83. - Yi [↑](#footnote-ref-83)
84. - Luo [↑](#footnote-ref-84)
85. - Zhong [↑](#footnote-ref-85)
86. - maladaptive styles [↑](#footnote-ref-86)
87. - distressing fellings [↑](#footnote-ref-87)
88. - Dubey [↑](#footnote-ref-88)
89. - Luminet [↑](#footnote-ref-89)
90. - Vermeulen [↑](#footnote-ref-90)
91. - Demaret [↑](#footnote-ref-91)
92. - affective and cognitive functions [↑](#footnote-ref-92)
93. - affective arousal of experience [↑](#footnote-ref-93)
94. - Bagby [↑](#footnote-ref-94)
95. - Taylor [↑](#footnote-ref-95)
96. - Kreitler [↑](#footnote-ref-96)
97. - neurophysiological [↑](#footnote-ref-97)
98. - motor-expressive [↑](#footnote-ref-98)
99. - cognitive-experiencial [↑](#footnote-ref-99)
100. - Nemiah [↑](#footnote-ref-100)
101. - Lane [↑](#footnote-ref-101)
102. - Sechrest [↑](#footnote-ref-102)
103. - Reidel [↑](#footnote-ref-103)
104. - Weldon [↑](#footnote-ref-104)
105. - Kaszniak [↑](#footnote-ref-105)
106. - Schwarts [↑](#footnote-ref-106)
107. - Lundh [↑](#footnote-ref-107)
108. - Johnson [↑](#footnote-ref-108)
109. - Sundgvist [↑](#footnote-ref-109)
110. - Olsson [↑](#footnote-ref-110)
111. - Luminet [↑](#footnote-ref-111)
112. - Matt [↑](#footnote-ref-112)
113. - Vazquez [↑](#footnote-ref-113)
114. - Campbell [↑](#footnote-ref-114)
115. - Parker [↑](#footnote-ref-115)
116. - Keyfer [↑](#footnote-ref-116)
117. - Fukunishi,sei,Morita&Rahe [↑](#footnote-ref-117)
118. - Thorberg,Young,Sullivan and Lyuers [↑](#footnote-ref-118)
119. - Mattila [↑](#footnote-ref-119)
120. - Romas [↑](#footnote-ref-120)
121. - Munoz [↑](#footnote-ref-121)
122. - Taylor [↑](#footnote-ref-122)
123. - Hintika,Honkalampi,Lehtonen&vinamaki [↑](#footnote-ref-123)
124. - Berthoze, Consoli, Peterz Diaze & Jouvent [↑](#footnote-ref-124)
125. - Espina [↑](#footnote-ref-125)
126. - Helmers & Mente [↑](#footnote-ref-126)
127. - Krystal [↑](#footnote-ref-127)
128. - Preverbal [↑](#footnote-ref-128)
129. - delay action [↑](#footnote-ref-129)
130. - Linley & Joseph [↑](#footnote-ref-130)
131. - Porcelli, Tulipani, Maiello, cilenti & Todarello [↑](#footnote-ref-131)
132. - Dubey,Pandey&Mishra [↑](#footnote-ref-132)
133. - Drageset , Eide , Nygaard , Bondevik , Nortvedt & Natving [↑](#footnote-ref-133)
134. - Ochial , Daitou , Aoki [↑](#footnote-ref-134)
135. -Karin , Albreksten & Qvarns trom [↑](#footnote-ref-135)
136. -Tkash & Lyubomirsky [↑](#footnote-ref-136)
137. - Moons & Norekval [↑](#footnote-ref-137)
138. - Planetvaly [↑](#footnote-ref-138)
139. - Goldman [↑](#footnote-ref-139)
140. - Suominen , Helenius , Blomberg , Uutela & Koskenvuo [↑](#footnote-ref-140)
141. - Palmer , Donaldson , Stough [↑](#footnote-ref-141)
142. - Salminen , Saarijaryi & Toikka [↑](#footnote-ref-142)
143. -Mattila , Poutanen , Koivisto , Salokangas & Joukamaa [↑](#footnote-ref-143)
144. - Matila , Koivisto , Salokangas & Joukaman [↑](#footnote-ref-144)
145. - Weinry , Gustavsson , Litjeqvist , poppen & Rossel [↑](#footnote-ref-145)
146. - Bernbaum , James [↑](#footnote-ref-146)