**فصل دوم**

**مباني نظري و پيشينه پژوهش**

**2-1- مباني نظري متغيرهاي تحقيق**

پيش از پرداختن به تعاريف و نظريه ها مي بايد به سوالي اساسي تر پرداخت. ″چرا امروزه بسياري از مردم٬ از جمله متخصصان سلامت روان اين اندازه به موضوع معنويت علاقه مند هستند؟″ به نظر مي رسد يك دليل آن پير شدن نسل متعلق به انفجار جمعيت‌‌ در ميانه سالهاي 1946 و 1964 و سوال اساسي است كه پيري در آنها بر مي انگيزد. براي مثال از خود مي پرسند چگونه مي توان در زندگي معنايي يافت وقتي كه همه چيز به مرگ ختم مي شود؟ دلايل ديگري نيز وجود دارد. همراه با افزايش بي سابقه ثروت و دارايي در دو دهه 1980و1990 بسياري از مردم از فرمول هاي سنتي كه براي كسب شادماني و خوشبختي بر كسب در آمدهاي مالي و بلند پروازي هاي خود محورانه تاكيد مي كردند٬ سرخورده شده بودند. تعارض در اين جاست كه هر چقدر فرد ثروتمندتر شود٬ ميزان شادماني او يكسان باقي مي ماند. ميرز[[1]](#footnote-1) (2000) اشاره مي كند كه اگر چه درآمد آمريكايي ها همراه با تورم، نسبت به سال1957به دو برابر خود رسيده است٬ اما شادماني همچنان ثابت باقي مانده وحتي ميزان افسردگي ها نيز به مقدار قابل توجهي افزايش يافته است. در واقع همان گونه كه میرز (2000) بيان مي كند: "ما ابرمصرف گراها٬ ديگر از مادي گرايي بي امان حالمان بهم مي خورد. ما غول هاي موفقيت از بلند پروازي كوركورانه و اعتياد به كار بيزار شده ايم. ما آدم هاي به اصطلاح قوي احساس ،ازخود بيگانگي كمي را درخود تجربه مي كنيم و در ميان اين همه ياس و از خود بيگانگي، بسياري تشنه تجربه اي معنوي و جامعه اي مذهبي هستند دلايل خاص ديگري نيز وجود داردكه نشان مي دهد چرا معنويت به بحثي داغ و جذاب در ميان متخصصان سلامت روان تبديل شده است. يكي از آنها شناخت و محدوديت هاي روان درماني و درمان دارويي در كمك به مراجعان در جهت مقابله٬ تغيير و رشد است. حتي زماني كه بهترين شيوه­هاي درماني مورد استفاده قرار مي گيرند بيماران ما هنوز به شدت از مشكلات خود رنج مي­برند. دليل ديگر آن است كه چند فرهنگي بودن بخش اساسي از فعاليت باليني محسوب مي­شود. به نظر مي رسد مذهب و معنويت بخشي اساسي از دنياي فرهنگي مراجعان است و سرانجام اين كه٬ متخصصان امر به شدت از نتايج تحقيقاتي كه نشان دهنده ارتباط مثبت ميان فعاليت هاي مذهبي و سلامت روان مي باشند متاثر بوده اند٬ هر چند كه چنين ارتباطاتي ثابت نمي كند كه مذهب لزوماً موجب سلامت روان ميشود. چرا معنويت به جاي مذهب واژه منتخب مردم شده است؟ به نظر مي رسد بسياري از مردم از مذاهب سنتي و نهادهاي مذهبي ناراضي يا مايوس شده اند. تحقيقات ثابت مي كند عده اي از مردم كه خود را انسان هايي معنوي اما غير مذهبي قلمداد مي كنند٬ احساسات شديداً مذهبي دارند (اسپيلكا[[2]](#footnote-2) ، 2003). آنها مي­خواهند مسيري مقدس را بيابند اما نمي خواهند به توشه اي كه مذهب سنتي براي آنها به ارمغان مي آورد تن دهند. آنها مايلند مسير معنوي شخصي خويش را خود خلق كنند. مسيري كه غالباً از مذاهب سنتي٬ فلسفه٬ نوشته هاي عامه پسند در باب معنويت و بخصوص تجربيات شخصي خودشان به گونه اي التقاطي الهام مي گيرد. تحقيقات بر اهميت تجربه شخصي تأكيد ميكند و نشان مي دهد افرادي كه خود را انسان هايي "معنوي" مي دانند از تجربيات عرفاني و متعالي خويش براي خلق مسير معنوي خود استفاده بيشتري مي­كنند (اسپيلكا، 2003). واژه معنويت چنان گسترده است كه كوشش هايي از اين دست را براي يافتن ارتباط با وجودي مقدس در خارج از چارچوب هاي سنتي مذهبي در بر مي­گيرد. با وجود اين٬ يك مشكل عمده آن است كه خود اين واژه معنايي بس گسترده٬ فراگير و بنابراين مبهم دارد. اگر از عموم مردم عادي بخواهيد معنويت را تعريف كنند٬ عموماً مكث كرده و شروع به تقلاي فكري مي كنند. چنين كاري بي دليل نيست. تعريف اين واژه واقعاً دشوار است. آنچه در پي مي آيد نشان دهنده بهترين تلاش محقق در جهت تعريف معنويت با بهره جستن از مفاهيم اساسي و ساده­تر مي باشد.

**2-1-1- معنويت**

گرايش معنوي افراد را به سمت معرفت[[3]](#footnote-3)، عشق[[4]](#footnote-4)، معنا[[5]](#footnote-5)، آرامش[[6]](#footnote-6)، اميدواري[[7]](#footnote-7)، تعالي، پيوند[[8]](#footnote-8)، شفقت[[9]](#footnote-9)، خوبي[[10]](#footnote-10)، و يکپارچگي[[11]](#footnote-11) سوق مي دهد. معنويت قابليت فرد براي خلاقيت، رشد و تحول يک نظام ارزشي را در بر مي‌گيرد و شامل مجموعه اي از پديده ها مثل تجربيات، عقايد و اعمال است. چشم اندازهاي مختلف رواني، معنوي[[12]](#footnote-12)، ديني و فراشخصي[[13]](#footnote-13)، ما را به معنويت نزديک مي‌کند. اگر چه معنويت عموما از طريق فرهنگ منتقل مي‌شود، اما هم مقدم بر فرهنگ است و هم متعالي‌تر از آن» (نیکلز[[14]](#footnote-14)، 2002).

مولفه هاي تعالي معنوي از ديدگاه پيدمونت[[15]](#footnote-15) (2001) عبارتند از : حس پيوند[[16]](#footnote-16)، عقيده به اينکه فرد بخشي از جامعه بزرگ بشري است و در تداوم هماهنگي زندگي نقش دارد، جهان شمولي[[17]](#footnote-17)، اعتقاد به ماهيت توام با وحدت در زندگي، و تحقق دعا[[18]](#footnote-18)، احساس لذت و خشنودي فرد در نتيجه رويارويي شخصي با يک حقيقت متعالي را در بر مي‌گيرد.

در دهه­هاي اخير، مباحث عرفاني و معنوي و تعاليم اشراقي بيش از پيش جايگاه خود را باز يافته است و اهل نظر در حوزه­هاي عرفان، حکمت، هنر، ادبيات و   
روان­شناسي به نقش معجزه­آساي عرفان و ارزش­هاي معنوي در پاسخ به نيازهاي تکاملي انسان و درمان ناملايمات و بيماري­هاي روحي و رواني او و رسيدن به سلامت روان او تأکيد فراوان دارند (کريمي، 1383).

جيمز (به نقل از پیدمونت، 2001) معتقد است، انسان با رجوع به باطن دين (معنويت) آرامش و سرور خاصي پيدا مي­کند وي معتقد است باور به وجود ارزش­هاي بالاتر و يک قدرت برتر براي بهداشت رواني انسان ضروري است.

يونگ(به نقل از آزاد،1384) که به نهضت اول روانشناسي مربوط مي­شود به شدت تحت تأثير معنويت شرق بود و مي­گفت در بخش دوم زندگي بهتر است به سراغ آموزه­هاي معنويت يا عرفان بوديسم برويم.

مازلو (به نقل از آزاد،1384) تلفيقي ساخته از روان­شناسي و معنويت و از آن به عنوان روان­شناسي کمال ياد کرده است. مفهوم خودشکوفايي که مازلو به آن اشاره کرده و آن را تحقق بخشيدن به خود در بالاترين سطح مي­داند، چيزي است که از معنويت شرق گرفته شده است.

براندن (به نقل از جمال هاشمي، 1379، ص13) عقيده دارد، اينکه چگونه انساني هستيم و چه شخصيتي داريم بسته به انسجام و يکپارچگي و درجه معنويت و خرد ما است.

بررسي بهرامي دشتکي، عليزاده، غباري بناب و کرمي (1385) نشان داد مداخلات معنوي موجب کاهش افسردگي و سلامت روان گرديد.

بررسي بهرامي احسان و تاشک (1383) نشان داد معنويت با افزايش سلامت رواني و کاهش اختلالات رواني رابطه دارد و توانسته است بصورت مثبت سبک مقابله مذهبي و معنوي را پيش بيني کند.

هي و موریسی[[19]](#footnote-19) (1987) اعتقاد دارند ريشه­ي معنويت و تجربه­هاي معنوي براي سلامت انسان سودمند است.

يونگ (به نقل از وست، 2004) با تأييد واقعيت درمانی نياز به معنويت در نوع انسان، تجربه­ي معنوي و روحي را به عنوان جنبه­هاي بالقوه­ي سالم و سلامت هستي انسان در نظر مي­گيرد.

براي آنكه معنويت را تعريف كنيم، بايد ابتدا بپرسيم: "مذهب ما چيست؟ "مذهب عبارت است از جستجوي معنا و هدف به ويژه كه با وجودي مقدس يا واقعيتي غايي ارتباط پيدا كند(پارگامنت[[20]](#footnote-20)،2000). مقدس يعني "قدرت هاي والاتر، نيرو هاي متعالي تر يا وجودهاي شخصي"پارگامنت(2000) بر اين باوراست كه تعاريف حاضر از واژه مقدس آن چنان وسيع است كه نه تنها نه شامل خداوند سنتي مذهب غربي يعني مسيحيت مي شود بلكه مفاهيم شرقي تائو، براهمان و نيروانا را نيز شامل مي شود. با اين حال تعدادي از سنن شرقي واژه "واقعيت غايي"را بر"مقدس"ترجيح مي دهند. براي مثال ٬آيين بودايي٬ اگر خداوند را اين چنين تعريف كنيم: "وجودي شخصي كه جهان رابا طرحي سنجيده شده خلق كرده " مذهبي بي اعتقاد به خداست (نیکلز،2002). از سويي ديگر٬ اسميت به تعريف دومي از خداوند به عنوان "الوهيت" اشاره مي كند كه در آن "ايده شخصيت" گنجانده نشده است. اوبر اين باور است كه در آيين بودا اين تعريف دومي از خداوند به عنوان الوهيت اشاره مي كند كه در آن ايده شخصيت (ص114) گنجانده نشده است. او بر اين باور است كه در آيين بودا اين تعريف دوم به اندازه كافي به مفهوم خداوندبه عنوان الوهيت نزديك است كه بتوان اين اسم رامتضمن آن معنا دانست (نیکلز،2002). نیکلز براي تاييد چنين نتيجه گيري اشاره ي بودا به آن متولد نشده كه تغييرنمي پذيرد٬ خلق نمي شود و شكل نمي پذيرد را نقل ميكند و مي گويد كه متون بودايي نيروانا را دائمي وهميشگي، جاودانه و فناناپذير توصيف مي كند. بنابراين نيروانا رامي توان واقعيتي غايي تصور كرد. ويژگي ديگر تمامي مذاهب آن است كه به گونه هاي مختلف به آموزش اخلاقيات مي پردازند. يعني آنها به اشاعه قوانين و اصولي مي پردازند كه رفتار درست بجا و خوب راگسترش مي دهند وسر انجام آنكه مذاهب عمده نهادهايي را به وجود آورده اند (همچون فرقه هاي كليسايي)كه پايه ساختاري شان راشكل مي دهند. اكثر ادياني آسماني مي گويند كه يكي از اهداف عمده آنها رشد معنويت پيروان آنهااست، اما آيا معنويت تنها دسترس پيروان مذاهب است؟ به نظر نمي رسد چنين باشد، لازم نيست مذهب تنها وسيله توصيف يا پيوند با آن وجود مقدس يا واقعيت غايي باشد (نیکلز،2002).

**2-1-1-1-همپوشي بين معنويت و مذهب**

اين اعتقاد قابل بيان است که معنويت و مذهب با يکديگر همپوشي دارند و هر دو شامل اعتقاد به وجودي مقدس مي شوند، اما هر يک ويژگي هاي خاص خود را دارا هستند. ويژگي هاي خاص مذهب عبارتند از الهيات، مناسک و آيين ها، نهادها و آموزه هاي اخلاقي آن. ويژگي هاي خاص معنويت عبارتند از: فردگرايي و تأکيد آن بر تجربه متعالي، يعني اينکه شخص ممکن است عقايد و اعمال خود را با توجه به تجربيات معنوي خويش پرورش دهند (بیتز،گریفین،باون،کوئینگ و ماراکوکس[[21]](#footnote-21)،2004).

اکثر مردم معتقدند که معنويت و مذهب در جنبه هايي باهم متفاوتند و در   
بخش­هايي نيز اشتراکاتي دارند. نتايج يک نظر خواهي از 364 نفرکه داراي   
پيشينه­هاي مذهبي متفاوت بودند نشان داد که معنويت و مذهب در جنبه­هايي با يکديگر اشتراک دارند: 42 درصد مردم فکر مي کردند که اين دو موضوع با يکديگر همپوشي دارند، اما مفاهيم يکسان نيستند. 39 درصد نيز تصور مي کردند که معنويت شامل مذهب مي شود. اما مفهوم گسترده تر از آن است . مي توان با گروه اول موافق بود، چون بر اين اعتقادند که شخص مي تواند معنويت را تجربه کند، بي آنکه به مذهب و بنيادهاي آن وابسته باشد. البته در زندگي واقعي، اکثر مردم تمايز ميان معنويت و مذهب را به خوبي تشخيص نمي دهند و بسياري از مردم راهي رادنبال ميکنند که ترکيبي از هر دو است. مثلاً افراد بسياري که در بنيادهاي مذهبي حاضر مي شوند راه معنوي بسيار مشخص و فردي را دنبال مي کنند که در آن اعتقادات و اعمال خود را تنها بر اساس سنت مذهبي خود بلکه بر اساس مذاهب ديگران نيز بر مي گزينند. در واقع بسياري از موسسات آزادي خواهانه باني و حامي کلاس هايي مي شوند که به شرکت کنندگان کمک مي کنند با آموزه ها و اعمال مذاهب مختلف آشنا شوند. برعکس، افراد معنوي اما غيرمذهبي بسياري هستندکه اعتقادات، ارزش ها و اعمال خود را به صورت التقاطي و با تکيه بر آموزه هاي مذهبي بنا مي کنند (وولف[[22]](#footnote-22)، 1997؛ ترجمه دهقاني، 1386).

**2-1-1-2-تعالي**

تعالي به تجربيات وحدت بخش يا ميان فردي خاص دلالت مي کند که به ما حس ارتباطي فراتر از خويشتن شخصي مي دهد. با وجود اين، به نظر مي رسد تجربه متعالي تنها يک روي سکّه است. روي ديگر سکه را مي توان «تعالي ادراکي» دانست، که بيشتر شامل ارتباطي شناختي (وکمتر تجربي) با وجودي بس عظيم تر از خودمان مي باشد (خداپناهي، 1380).

**2-1-1-3- تعالي تجربي**

بحث درباب اينکه چه تجربه اي واقعاً متعالي است، فراوان است. امّا به سه نوع آن مي توان اشاره کرد. دو نوع بسيار رايج تجربيات متعالي عبارت است از : ملکوتي و عرفاني. گرچه اين دو نوع تجربه ممکن است به مثابه «دو قطب تجربيات مذهبي» ديده شوند. اما آنها با يکديگر همپوشي دارند و در نهايت متحد مي شوند (اسپيلکا، 2003). براي مثال تجربيات عرفاني زماني که ديگرِ شگفت انگيز و مجزايي (چه شخصي و چه غير شخصي) تجربه مي شود، همچنين مي تواند تجربه اي ملکوتي باشد (اسپیلکا، 2003). واژه روان شناختي موجود براي تجربه عرفاني اصطلاح مازلو به نام «تجربه اوج» مي باشدکه دربرگيرنده احساسات شعف انگيز از حل شدن رها از خود در دنيا، احساس کامل بودن و جذب شدن در دنيا و احساس حضوري بي تقلا در زمان و مکان حاضر مي باشد (خداپناهي، 1380).

تجارب متعالي ممکن است در طول انجام طيف وسيعي از فعاليت ها، خواه مذهبي و خواه غير مذهبي احساس شوند. مثلاً فعاليت هاي مذهبي خاصي که ممکن است به حس تعالي ختم شوند عبارت اند از مراقبه، دعا و مناجات، شرکت در مراسم نيايش، گوش دادن به موسيقي مذهبي، تأمل در نوشته هاي مقدس يا شرکت در پايکوبي هاي مذهبي با وجود اين، افراد بسياري چه مذهبي وچه غير مذهبي، حس تعالي را در موقعيت هايي تجربه مي کنند که به ظاهر مذهبي نيستند. چنين مواردي ممکن است فعاليت هاي جنسي، لذت بردن از زيبايي طبيعي، داشتن تجربيات نزديک به مرگ، تن آرامي عميق يا ارتباط صميمي و نزديک با گروهي از مردم باشد. حس تعالي ممکن است حتي به هنگام انجام امور بسيار تنش زا يا پيش پا افتاده نيز تجربه شود (وولف، 1997؛ ترجمه دهقاني، 1386).

**2-1-1-4-مدل مقابله اي سنجش**

پارگامنت (2000) ، توصيف بسيار دقيقي را از نظريه پيچيده خود ارائه مي دهد. در ادامه ايده هاي اصلي پارگامنت که ارتباط بيشتري با فعاليت باليني دارند، توصيف خواهد شد. محور اصلي کتاب پارگامنت آن است که همگي ما از يک چارچوب اساسي براي فهم زندگي (چه گفته و چه نا گفته) برخوردار هستيم که تعيين کننده واکنش ما در مقابل رويدادهاي استرس زا مي باشد. پارگامنت (2000) اين چار چوب تفسيري را سيستم جهت گيري مي نامد و از آن به عنوان يک شيوه کلي براي نگاه به دنيا و مقابله با مشکلات آن ياد مي کند. به طور دقيقتر چنين چارچوبي در بر گيرنده «عادات، ارزش ها، روابط، باورهاي کلي، و شخصيت» مي باشد. به لحاظ عمده، چنين چارچوبي يک چارچوب ارجاعي و طرحي از خود و جهان براي پيش بيني و کنار آمدن با رويدادهاي زندگي است. انسان از اين سيستم جهت گيري به هنگام مشکلات بهره گرفته و آن را کمک يا مانعي درفرايند مقابله به حساب مي­آورد. بنابراين سيستم جهت گيري يک لنز تفسيري است که از طريق آن به رويدادهاي زندگي، چه منفي وچه مثبت مي­نگريم. اين لنز مي تواند از جنس مذهبي يا غير مذهبي باشد. اين سيستم جهت گيري نه تنها به عنوان يک چارچوب تفسيري عمل مي کند، بلکه بر شيوه مقابله با استرس نيز تأثير مي گذارد. اين روشهاي مقابله شامل افکار ملموس، احساسات، رفتارها و تعاملات مي باشد که در هنگام مشکلات از آنها مي­توان بهره برد. پارگامنت(2000) معتقد است که در مقابله با استرس يکي از دو مورد زير را در ارتباط با سيستم جهت گيري خود انتخاب مي کنيم: 1) سيستم جهت گيري بنيادي خود را حفظ کرده و از آن براي مقابله استفاده مي کنيم. 2) به علّت اينکه آنرا در مقابله با مشکلات و يا در مواجه با عوامل استرس زا سودمند نمي يابيم تغيير مي دهيم. هيچ قاعده مشخصي نمي تواند تعيين کند که از ميان حفظ يا تغيير ديدگاهها کدام يک سودمند تر است.

در يک مثال بسيار بارز، پارگامنت(2000)، جواني را توصيف مي کند که اخيراً در طي يک حادثه رانندگي باعث کشته شدن اعضاي خانواده اش شده و وي را دچار دردي مزمن و طاقت فرسا کرده بوده. پيش از تصادف اين زن جوان پر انرژي، محبوب، خوش بين، و علاقه مند به تحصيل در دانشگاه، ازدواج و يک زندگي پر بار بوده است. اما پس از تصادف بسياري از چيز هايي که براي آنها اهميت زيادي قائل بود-دوستان، خانواده، شغل سر زندگي و استقلال- را از دست داد. به عبارت ديگر، وي سيستم جهت گيري را که تا آن لحظه از زندگي اش در خدمت او بود، از دست داد. در اين مورد تلاش براي حفظ سيستم موجود نااميدکننده به نظر مي رسيد. او مجبور بود سيستم جهت گيري خود را مطابق با واقعيت هاي موجود تغيير دهد. از سوي ديگر، اگر سيستم جهت گيري وي داراي ديدگاه و اعمال مذهبي بود، آن بخش از سيستم جهت گيري مي توانست بدون تغيير باقي بماند. براي مثال باور هاي مذهبي او مي توانست پايه اي را براي فهم اينکه چرا پيروان راستين چنين تجارب سختي را تجربه مي کنند و همچنين اينکه اعتقاد به يک خدا چه نقشي را در چنين حادثه اي بازي مي کند، فراهم آورد. اعتقاد به باورهاي مذهبي مي توانست شيوه هاي عملي مقابله با مشکلات از قبيل دعا و مناسک مذهبي را در اختيار وي قرار دهد (پارگامنت،2000).

**2-1-1-5-مدل مقابله در اصطلاح باليني**

هنگامي که شخص با رويدادهاي استرس­زا مواجه مي شود، سپرهاي استرس او را در مقابله با استرس ياري مي کنند. اين سپرها شامل شبکه محافظتي اجتماعي، انعطاف پذيري زيستي و مهارت هاي عمومي مقابله مي باشند. يکي ديگر از سپرهاي استرس بالقوه، ارزيابي ما از عوامل استرس زا و تعيين اينکه عامل استرس مي تواند تهديد کننده باشد يا نه و همچنين توانايي ارزيابي مقابله با مشکل مي باشد. هرچه عامل استرس زا را تهديد کننده تر بپنداريم و هرچه کمتر به توانايي خود براي مقابله با مشکل باور داشته باشيم، بار استرس بيشتر خواهد بود. يکي از سپرهاي استرس که از اهميت خاصي برخوردار است منبع معنا ناميده مي شود که پارگامنت آنرا سيستم جهت گيري مي نامد. اين منبع هاي معنا شامل مذهب و معنويت، خانواده، شغل، اجتماع، دارايي ها و موارد ديگر مي باشد. اين منبع هاي معنا سنگ بناي زندگي ما را تشکيل داده و به آن هدف مي بخشند. اغلب چنين مواردي آنقدر در زندگي ما ناملموس هستند که به ندرت از اهميت آنها در کاهش شدت استرس آگاه هستيم (پارگامنت، 2000). اين سپرهاي استرس از يکديگر مجزا نبوده و با هم در تعامل هستند. معنويت و مذهب را مي توان به عنوان بخشي از قلمرو ((منبع هاي معنا)) به شمار آورد. اين بخش به نوبه خود با ديگر سپر هاي استرس مرتبط مي باشد (پارگامنت، 2000).

**2-1-1-6-کاربرد هاي مدل مقابله اي در کار باليني**

در درمان باليني، اينکه بدانيم آيا منبع هاي معناي مراجعان در برگيرنده مذهب مي باشد يا نه و اينکه در صورت وجود، مذهب از چه اهميتي برخوردار است، حائز اهميت فراوان مي باشد. اگر مراجعان براي مذهب ارزش زيادي قائل شوند، بايد براي سنجش معنويت به عنوان بخشي از ارزيابي اوليه خود، زمان کافي اختصاص داده شود. اما اگر مراجعان هيچ مذهبي نداشته باشند يا اهميت زيادي براي آن قائل نشوند، درمانگر مي تواند به سادگي اين مرحله از سنجش را از ارزيابي اوليه خود حذف کند (وست، ترجمه شهيدي و شيرافکن، 1387).

آنهايي که مذهب يا معنويت را به عنوان منبع يک اصل معنا مي پندارند،در صورتي که چنين اطلاعاتي از آنها پرسيده نشود حاضر به بازگو کردن اين مطالب به صورت داوطلبانه نيستند. براي اين منظور ميتوان سوالي را با اين مضمون، در فرم اوليه گنجاند يا آنکه در طي مصاحبه اوليه آن را از فرد پرسيد. همچنين مي توان سوالي نظير مورد زير را از مراجع پرسيد: ((آياشما داراي باورها واعمال معنوي هستيد که در مقابل مشکلات ياري تان دهد؟)).

اگر مراجعان به سوالات پاسخ منفي دهند يا تنها بخش کمي از تمايل مذهبي خود راتوصيف کنند، ديگر نيازي به پرسش بيشتر در اين زمينه نمي باشد. اگر مراجعان اظهار کنند که معنويت براي آنها يک منبع نيرومند به شمار مي رود، درمانگر مي تواند چند سوال اساسي راجع به جهت گيري مذهبي، عقيده به يک وجود برتر و اعمال مذهبي شان را از آنها بپرسد. هنگامي که مراجعان به اين سوال پاسخ دادند، مي توانيد سوالاتي راجع به اينکه چگونه معنويتِ خود را به عمل در مي آورند و اينکه چگونه معنويت در مقابله با مشکلات به آنها کمک مي کند، از آنها پرسیده شود (وست، ترجمه شهيدي و شيرافکن، 1387).

درمانگراني که در حوزه روان درماني بلند مدت فعاليت مي کنند مايل هستند در مورد مراجعاني که مذهب براي آنها يک منبع مهم معنا به شمار مي رود، تاريخچه معنوي دقيقي به دست آورند. تاريخچه معنوي معمولاً شامل موارد زير است: سوالاتي در مورد تجارب مذهبي مراجعان در کودکي، نوجواني وبزرگسالي؛ بهترين و بدترين تجارب مذهبي آنها؛ اينکه چگونه معنويت در مقابله با بحران هاي زندگي به آنها کمک کرده يا مانعي براي آنها بوده است و اينکه مراجعان به يک وجود متعالي معتقد هستند يا نه و نهايتاً اينکه چگونه رابطه آنها با وجود متعالي، در طول زمان دستخوش تغيير شده است. به دست آوردن يک تاريخچه دقيق، به ويژه هنگامي که مراجعان تغييرات بزرگي را در عقايد يا اعمال مذهبي خود تجربه کرده اند، بسيار با اهميت به نظر مي رسد. مزيت ديگر چنين تاريخچه اي اين است که مي تواند درمانگر را از تجارب آزاردهنده اي که مراجع دربافت مذهبي زندگي خويش تجربه کرده است، آگاه سازد (وست، ترجمه شهيدي و شيرافکن، 1387). در همين راستا، چنين درمانگرانی سوالاتی راجع به فعاليت های مذهبي مبنی بر اينکه چقدر هر يک از اين فعاليت­ها را انجام مي دهند، مي پرسند. درمانگران مي توانند مصاحبه خود را با سوالاتي در مورد چند وچون فعاليت­ها دنبال کنند. براي فعاليت هايي که معمولاً مادام العمر هستند، درمانگر مي تواند سوالاتي از مراجعان بپرسد که پاسخ آنها مشخص کننده وجود تغيير در روند زندگي آنها باشد. اين موارد فرصتي را در اختيار درمانگر قرار مي دهد تا اطلاعات ارزشمندي درباره تاريخچه معنوي مراجعان به دست آورد (وست، ترجمه شهيدي و شيرافکن، 1387).

**2-1-1-7-سنجش مذهب در بافت ديگر روشهاي مقابله**

گاهي مراجعان مذهبي در يک مشکل يا شيوه مقابله با آن فقط از اصطلاحات مذهبي استفاده مي کنند، گويي که تنها ديدگاه رويکرد مقابله شيوه مذهبي است. در واقع، براي اغلب اين مراجعان، مذهب تنها راه مقابله نيست. واضح است که درمانگران بايستي نه فقط شيوه هاي مقابله مذهبي، بلکه روش هاي موجود را مورد بررسي قرار دهند. همان طور که پارگامنت (2000)بيان مي کند: مقابله­ي مذهبي بايد در بافت شيوه ها واهداف مقابله ي غير مذهبي مورد سنجش قرار گيرد. براي مثال، مراجعي که يک بيماري را خواست خداوند مي داند لزوماً اهميت ديگر عوامل علّي را ناديده مي گيرد. در نظر او خداوند همراه با ديگر نيرو هاي شخصي، اجتماعي و زيستي و يا جدا از آنها در حال اِعمال اراده خود است. تنها از طريق بررسي الگوهاي اسناد مذهبي و غير مذهبي مي توان تعيين کرد که آيا شخص در مورد توضيح خود دچار اشتباه است يا نه. به طور خلاصه، سنجش مذهب از ديدگاه مقابله اي مستلزم ارزيابي و مقايسه سنجيده تمام نيرو هاي محيطي، اجتماعي و شخصي مي باشد. هنگامي که درمانگر اطلاعات کلي را در مورد منابع مقابله اي مراجعان مانند منابع مذهبي به دست مي­آورد، مي تواند به طور معناداري از آنها در فرايند درمان استفاده کند(پارگامنت،2000).

**2-1-1-8- مقابلة مذهبي مثبت و منفي**

درمانگر بايد چه نوع مقابلة مذهبي را مورد توجه قرار دهد؟ پارگامنت(2000)، تأكيد مي كند كه مقابلة مذهبي مي تواند تأثيري مثبت يا منفي در فرايند مقابله داشته باشد. پارگامنت روشهاي معمول مثبت مقابلة مذهبي را توصيف مي كند. محتواي كلي تمام اين شيوه ها اين است كه مذهب مي تواند به عنوان يك حامي نيرومند به شمارآيد: خدا، رهبران، و ديگر همراهان مذهبي همگي حامياني هستند كه فرد را در غلبه برمشكلات ياري مي دهند. مطالعات تجربي نشان مي دهد كه استفاده از اين گونه مكانيسم هاي مقابلة مذهبي توسط افرادي كه با استرس مواجه مي شوند نتايج بهتري را برسلامت جسم و روان آنها مي گذارد. هنگامي كه مراجع اين شيوه هاي مقابله مثبت را توصيف مي كند، درمانگر مي تواند از او بپرسد كه چگونه و با چه شيوه هايي مي تواند وي را در حل مشكلات ياري كرد. از طرف ديگر، پارگامنت همچنين شيوه هاي منفي مقابله مذهبي را پرچم هاي قرمز مذهبي مي­نامد. برخي از مطالعات تجربي نشان داده است كه استفاده از اين مكانيسم هاي مقابلة مذهبي منفي توسط افرادي كه با استرس مواجه ميشوند، نتايج بدي رادر سلامت جسم و روان به همراه دارد (پارگامنت، 2000).

نكته قابل توجه آنكه مطالعات مربوط به ابزارهاي مثبت ومنفي مقابله ماهيت مقطعي دارند؛به عبارت دقيق تر ،پس از اينكه يك رويداد تنش زا اتفاق مي افتد پژوهشگران چگونگي انطباق افراد باشيوه های مقابله و اينكه كدام يك از اين شيوه ها نتايج بهتري را براي سلامت جسم و روان در پي دارند،مورد بررسي قرار مي دهند. اين دسته از مطالعات مشخص نمي كنند كه كداميك از شيوه هاي مقابله باعث بهتر شدن يا بدتر شدن نتايج مي شوند، بلكه تنها نشانگر نوعي رابطه ميان آنها هستند. بنابراين ماهيت نشانگر اين مطالعات اهميت اتخاذ رويكرد مراجع-محور را براي سنجش تأثير شيوه هاي مقابله بر روي هر مراجع مشخص مي كند. همانطور كه پارگامنت (2000) اظهار مي كند (( برخي از مسائل دربارة مذهب ممكن است، پرچم هاي قرمزي باشد كه هشدار دهنده وجود مشكلي بزرگ است. در عين حال پرچم هاي زردي نيز وجود دارند كه نيازمند توجه يا سنجش بيشتر هستند. همچنين پرچم هاي سبز رنگي نيز وجود دارند كه بيانگر تأثير مثبت مذهب در فرايند مقابله با مشكل مي باشند.))

**2-2- سلامت روان**

سلامت روانشناختي يك مفهوم واحد نيست بلكه مقوله گسترده‌اي از پديده‌ها است. سلامت روان‌شناختي شامل دو جزء شناختي و عاطفي است كه رضامندي از زندگي جزء شناختي آن و نشان دهنده يك ارزيابي شناختي از كيفيت زندگي براساس استانداردهاي شخصي است، و شادي جزء عاطفي سلامت كه نشانگر پاسخهاي هيجاني افراد و مربوط به غلبه عواطف مثبت بر عواطف منفي است (كوپر و دنو[[23]](#footnote-23) 1998).

سادوك و سادوک[[24]](#footnote-24) (2005) در مورد بهنجاري رواني چهار ديدگاه مطرح مي سازند:

1) به هنجاري به صورت سالم بودن يا فاقد آسيب شناسي رواني.

2) به هنجاري به صورت كمال مطلوب، تركيب هماهنگ و مطلوب اجزا گوناگون دستگاه رواني كه منجر به عملكرد ايده آل مي گردد.

3) به هنجاري به صورت متوسط: در مطالعات هنجاري رفتار به كار گرفته مي شود و متكي به اصل رياضي منحني زنگوله­اي(توزيع نرمال) مي باشد. در اين روش حد وسط بهنجار شمرده مي شود و قطبها انحرافي تلقي مي گردند.

4) به هنجاري به صورت فرآيند: به جاي تأكيد بر مسائل مقطعي، بر تغييرات زماني يا فرآيندها تأكيد مي شود.

سازمان بهداشت جهاني (2001) اينگونه نتيجه گيري مي كند كه سلامت روان كه از مدتها پيش مورد غفلت واقع شده است نقشي حياتي در سلامت كلي افراد، جوامع و كشورها دارد و بايد در سراسر دنيا با نگاه جديدي مد نظر قرار گيرد. از ديدگاه اين سازمان، بيماري رواني به هيچ وجه يك عدم توفيق يا نارسايي فردي محسوب نمي شود؛ بلكه يك مشكل اجتماعي به حساب مي‌آيد. درحال حاضر يك نفر از هر چهار نفر در مرحله اي از زندگي خود دچار نوعي اختلال رواني مي شود و افسردگي شديد هم اكنون علّت اصلي ناتواني در سراسر دنيا محسوب مي شود و رتبه چهارم را در ميان ده علّت اصلي بار جهاني بيماريها به خود اختصاص داده است. امروزه بيماريهاي رواني، بار اجتماعي و اقتصادي قابل توجهي به جوامع وارد مي كنند. اين سازمان، دولتها و نظام سلامت عمومي جوامع مختلف را به يك تلاش همگاني فرا مي­خواند تا سير فزايندة ابتلا به اختلالات رواني را كاهش دهند.

**2-2-1- اهميت سلامت روان**

درك سلامت روان و به صورت كلي تر كاركرد رواني اهميت دارد؛ چرا كه مبنايي براي درك كاملتر از نحوة ايجاد اختلالات رواني و رفتاري ارائه مي كند. اطلاعات جديدِ حاصل از علوم عصبي و پزشكي رفتاري در سالهاي اخير، درك ما را از كاركرد رواني به طرز چشمگيري افزايش داده است. اكنون به طور فزاينده اي مشخص شده كه كاركرد رواني داراي مبناي فيزيولوژيك مشخص و ارتباط متقابل با كاركردهاي جسماني، اجتماعي و پيامدهاي مربوط به سلامت است (سازمان جهاني بهداشت، 2001). سلامت روان مقياسي براي سنجش ميزان کيفيت زندگي افراد و جوامع است.فلاسفه از حدود يک هزار سال قبل در خصوص زندگي خوب و کيفيت زندگي بحث کرده و نهايتا ٌ همه آنها زندگي خوب را معادل شادي دانسته اند (اگر چه اغلب تعاريف متفاوتي از شادي داشته اند)

علاوه بر آن همه محققان معتقد بودند که سلامت روان بالا براي يک زندگي خوب و يک جامعه ايده آل ضروري است؛ اما کافي نيست. در واقع ممکن است در جامعه اي، ميزان سلامت روان بالا باشد؛ اما باز هم برخي از مؤلفه هايي ديگر مانند عدالت[[25]](#footnote-25) ( که افراد ديگر آن را براي داشتن کيفيت بالا در زندگي مؤثر مي دانند) وجود نداشته باشد (دينر، اويشي و لوكاس،[[26]](#footnote-26) 2003).

دينر،ساب و لوكاس [[27]](#footnote-27) (1999) بيان کردند که سلامت روان در کنار عوامل اقتصادي و اجتماعي سه عامل اصلي هستند که باعث افزايش کيفيت زندگي در جوامع مي شود.

روان شناسان انسان گرا، نيز به سلامت روان علاقه نشان داده و به تحقيق در اين زمينه پرداختند. آنها عوامل زيادي مانند خلق، سازگاري نسبت به شرايط و موقعيت ها وتلاش براي رسيدن به اهداف را در ميزان سلامت روان شناختي مؤثر دانسته اند(ليکن و تلژن، 1996؛ نقل از كاشدان[[28]](#footnote-28)، 2003).

**2-2-2-عوامل مؤثر بر سلامت روان**

**2-2-2-1- وراثت**

الگوي وراثت براي توجيه تفاوت افراد در سلامت روانشناختي بر اين اساس استوار است كه بعضي افراد براي خوشحال يا ناراحت بودن استعداد ژنتيكي دارند كه مي‌تواند ناشي از تفاوت در سيستم عصبي آنها باشد(دينر[[29]](#footnote-29)، 2000). يافته‌هاي متعدد ديگري نيز نقش پايه‌هاي ژنتيكي را در سلامت روانشناختي گوشزد كرده‌اند (اسكيماك،2002 ؛به نقل از دینر و همکاران، 2003).عمده‌ترين شواهد در اين زمينه از مطالعات ژنتيك رفتاري بدست آمده است. در مطالعه­اي دو قلوهاي يك تخمكي و دو تخمكي را كه با هم و يا جدا از هم پرورش يافته بودند مورد مطالعه قرار دادند. نتايج نشان داد دو قلوهاي يك تخمكي كه جدا از هم پرورش يافته بودند. از لحاظ سلامت بيشتر از دوقلوهاي دو تخمكي با هم پرورش يافته به هم شبيه بودند. همچنين دوقلوهاي با هم پرورش يافته نسبت به دوقلوهاي جدا از هم شباهت بيشتري داشتند (دينر و همکاران،2003).

ليکن و تلژن (1996،به نقل از كاشدان، 2003)تخمين زدند كه ژنها حدود چهل درصد تغييرپذيري در هيجانهاي مثبت و پنجاه و پنج درصد تغييرپذيري در هيجانهاي منفي را پيش‌بيني مي‌كنند. در حالي كه محيط خانوادگي نزديك به بيست درصد تغييرپذيري در هيجانهاي مثبت و بيست درصد تغييرپذيري در هيجانهاي منفي را توجيه مي‌كند. در تحليل مطالعات، ليکن و تلژن (1996، نقل از كاشدان، 2003) به اين نتيجه رسيدند كه در طولاني مدت هشتاد درصد از سلامت روانشناختي توسط ارث تعيين مي‌شود. اما اين نكته هم قابل توجه است كه اين تخمينها در طي يك دوره پي‌گيري ده ساله بدست آمده و درصد پايداري سلامت در زمانهاي كوتاهتر در حد متوسط است. نكته مهم ديگر اينكه اين تخمينها تحت تأثير تغييرات محيطي در الگوهاي مورد بررسي قرار مي‌گيرد. بدين معني كه اگر محيط كاملا ثابت باقي بماند. تغييرپذيري هم مي‌تواند فقط بوسيلة ژنها توجيه شود. اما اگر محيط تغيير كند، تعييرپذيري سلامت را مي‌توان به آن نسبت داد (دوب، جودین و کاروز[[30]](#footnote-30)،1998)

ارثي بودن نسبي سلامت توسط پژوهش‌هايي كه در مورد خلق و خوي اوليه انجام شده نيز تأیيد شده است، اين پژوهش‌ها نشان مي‌دهد كه واكنشهاي هيجاني كه در اوايل زندگي بوجود مي‌آيند تا حدودي در طول زمان ثابت مي‌مانند، همچنين مطالعات ديگري نشان داده كه حدود نيمي از تغييرپذيري در سلامت افراد در جامعه آمريكا به وراثت وابسته است. البته تخمينهاي تأثير ژنتيك ممكن است تحت تأثير اجزاء خاصي از سلامت كه بررسي ‌می شوند قرار داشته باشند (دينر، 2000).

**2-2-2-2- شخصيت**

محققان اوليه سلامت روان تلاش کردند عوامل بيروني مؤثر بر سلامت روان مانند وضعيت اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي را بررسي کنند. ويلسون (1967،به نقل از دينر و همکاران، 2003) عوامل جمعيت شناختي متنوعي را مشخص کرد که به ميزان سلامت روان ربط دارد. اکنون پس از گذشت دهه­هاي متوالي از آن پژوهش، روانشناسان به اين مسئله روي آوردند که عوامل بيروني غالباً فقط اثر ناچيزي بر ميزان سلامت روان دارند. بررسي هاي متنوعي نشان مي دهد عوامل جمعيت شناختي مانند سلامتي، در آمد، تاريخچه آموزشي و وضعيت تاهل تنها بخش کوچکي از واريانس سلامت را پيش بيني مي کنند.

بررسي هاي ديگر نشان مي دهند سلامت رواني که در طول زمان ثابت است، پس از حوادث اصلي زندگي مانند ازدواج، تولد فرزندان، فوت نزديکان و... تثبيت مي شود. مجموعه اين نتايج ما را به اين سمت سوق مي دهد که سلامت روان ارتباط نزديکي با صفات شخصيتي خواهد داشت.تفاوتهايي که افراد در زمينه شخصيت و سلامت روان از خود نشان مي­دهند، در طول زمان ثابت است و مؤلفه ژنتيک از ميزان کم تا زياد مي تواند در آن اثر داشته باشد. اين يافته ها تا حدودي منجر به اين باور شده است که سلامت روان تا حدودي توسط استعدادهاي حين تولد معين مي شود (کاشدان، 2003).

محققان ديگر نيز اين مسئله را به چالش طلبيده و عنوان مي کنند که ميزان اهميت صفات حين تولد در سلامت روان بستگي به رويکردي دارد که ما نسبت به آن خواهيم داشت. دینر (2000) نشان داد که بررسي سلامت روان در طول زمان نشان مي­دهد که علاوه بر صفات شخصيتي، حوادث زندگي و تغييرات آن، سلامت روان را تحت تاثير قرار مي دهند. يک مثال جالب براي اين مسئله سطح کلسترول بدن است که اساساً داراي پايه هاي ژنتيکي است، اما مي تواند توسط رژيم غذايي تغيير کند؛ سلامت روان نيز به رغم داشتن مؤلفه هاي ژنتيکي، مي تواند با حوادث مهم زندگي, فعاليتها و الگوهاي فکري دستخوش تغيير شود دینر (2000).

دينرو همکاران (2003) در ادبيات پژوهش خود به نظريه هاي خلق و خوي[[31]](#footnote-31) اشاره کرده اند. اين نظريه ها در مورد ارتباط بين شخصيت و سلامت روان بر روي سه جنبه از تفاوتهاي فردي در سلامت روان تاکيد کرده اند:

**الف) سطح پايه سلامت شناختي و عاطفي:** هدينگ و ورينگ (1992، به نقل از دينر و همکاران، 2003) مدل تعادل جويي پويا[[32]](#footnote-32) را پيشنهاد کردند که در آن افراد داراي سطح پايه اي از سلامت روان هستند که با شخصيت آنها مشخص مي شود. افرادي با شخصيتهاي ويژه بيشتر احتمال دارد که انواع ويژه اي از حوادث را تجربه کنند؛ مثلاً افراد برون گرا بيش از درون گرايان احتمال دارد که ازدواج کنند و يا موقعيت هاي شغلي بالا را انتخاب کنند. اين حوادث سطح ميانگين سلامت روانشناختي آنها را تحت تاثير قرار مي‌دهد. حوادث غيرعادي مانند فوت نزديکان مي تواند ميزان سلامت روان شناختي افراد را بالاتر و يا پايين تر از اين خط ببرد، اما براساس اين مدل, افراد تقريباً پس از رفع حادثه غيرعادي و طبيعي شدن موقعيت، به خط پايه بر مي گردند(هدينگ و ورينگ،1992؛ به نقل از دينر و همکاران،2003).

**ب) واکنش هيجاني:** محققان ديگر تفاوت در سلامت روان را ناشي از تفاوت در واکنش هاي هيجاني افراد مي دانند. براساس نظريه شخصيت­گري[[33]](#footnote-33)(1970) برخي محققان مانند لارسن و تلژن (1985، به نقل از دينرو همکاران، 2003) معتقدند که برون گراها نسبت به درون گراها بيشتر به محرکهاي خوشايند واکنش نشان مي دهند و نيز افراد روان رنجورخو نسبت به افراد طبيعي بيشتر به محرکهاي هيجاني منفي واکنش نشان مي دهند، همين امر باعث مي شود برون گراها سطح سلامت روان بالاتري نسبت به درون گراها داشته باشند و تجربه شادي در آنها بيشتر باشد. افراد روان رنجور نيز به سبب تجربه هيجانات منفي از سطح سلامت روان پايين تري برخوردار خواهند بود(لارسن و تلژن،1985؛به نقل از دينر و همکاران، 2003).

**ج) پردازش شناختي اطلاعات هيجاني:** آخرين متغير خلقي که ممکن است در ارتباط بين شخصيت و سلامت روان نقش داشته باشند. شيوه­اي است که افراد اطلاعات هيجاني را پردازش مي­کنند. راستينگ (1998، نقل از دينر و همکاران، 2003) بيان کرد برخي صفات شخصيتي مانند درون گرايي[[34]](#footnote-34) و برون گرايي[[35]](#footnote-35) و... به تفاوتهاي فردي در پردازش محتوي هيجاني مرتبط مي شود(راستینگ،1998،به نقل از دینر و همکاران؛2003).

شواهدي وجود دارد که نشان مي­دهد افراد اطلاعات هيجاني متناسب با صفات شخصيتي خود را نسبت به ساير اطلاعات هيجاني بيشتر درک مي کنند و به ياد مي آورند. دربري و ريد (1994؛ نقل از دینر،2000) دريافتند که برون گراها نسبت به درون گراها کند تر مي توانند توجه شان را از محرک پاداش دهنده به سمت چيز ديگري معطوف کنند. بنابراين احتمال اينکه تجارب خوشايند و مثبت داشته باشند بيشتر از ساير افراد است.

دينر (2000) بيان کرد برونگراها زماني که در حالات رواني (خلق مثبت) هستند، حوادث را به انگيزه شان ربط مي دهند؛ اما درونگراها زماني که درحالات رواني منفي (خلق منفي) قرار مي گيرند, چنين عمل مي کنند.

نکته آخر در مورد ارتباط بين سلامت روان و شخصيت آن است که, اگر چه بسياري از صفات شخصيتي با سلامت روان در ارتباط هستند، اما بيشتر کارهاي تجربي ونظري حاکي از همبستگي معنادار بين سلامت روان و صفاتي مانند برون گرايي و روان رنجورخويي[[36]](#footnote-36) مي باشد (مک‌کري و کاستا, 1986؛ واتسون و کلارک,1992، نقل ازدینر،2000).

بررسي­ها نشان مي دهند که برون گرايي همبستگي بالايي با عواطف مثبت دارد و نيز روان رنجورخويي، با تجربه عواطف منفي در افراد ارتباط دارد. افراد برون گرا کساني هستند که بيشتر در فعاليتهاي اجتماعي شرکت کرده و حساسيت بالايي به پاداشها نشان مي دهند. آنها گرايش دارند سطح بالايي از هيجانات مثبت مانند شادي، اشتياق و شوق را, حتي زماني که تنها هستند, تجربه کنند بنابراين سطح بهزيستي روان شناختي در آنها بالاتر است؛ از طرف ديگر افراد روان رنجور گناه, افسردگي و اضطراب بالايي را تجربه مي­کنند و نسبت به افراد گروههاي مقابل از ميزان بهزيستي روان شناختي پايين تري برخوردار هستند (دينر و همکاران،2003).

يت, دينيو و کوپر (1990، نقل از دينر، ساب ولوکاس، 1999) نشان دادند که تنها تاکيد بر برونگرايي و روان رنجورخويي ساده انگاشتن ارتباط عميق بين شخصيت و سلامت روان است. تعداد زيادي از صفات ديگر وجود دارند که همبستگي پايداري با اين سازه دارند. برخي از ابعاد پنج عامل شخصيت مانند توافق پذيري و وظيفه گرايي همبستگي بالايي با سلامت روان دارند. علاوه بر آن تعدادي از صفات ديگر مانند راستگويي[[37]](#footnote-37), مرکز کنترل[[38]](#footnote-38) , ميل به کنترل[[39]](#footnote-39) و سرسختي[[40]](#footnote-40) همگي همبستگي بالايي با سازه سلامت­روان دارند.

**2-2-2-3- شرايط زندگي و موقعيتهاي اجتماعي**

علاوه بر شخصيت و ارث شرايط و موقعيتهاي زندگي نيز در سلامت روانشناختي تأثير مي‌گذارد هر چند پژوهش‌ها نشان داده‌اند كه تأثير آنها كوتاه مدت است (دينر و همكاران، 1999). کوپر و دینو(1998) در بررسي‌هايشان به اين نتيجه رسيدند كه سلامت فقط براي مدت كوتاهي از وقايع زندگي متأثر مي‌شود و اين به صورت عمده در طي يك دوره سه ماهه كاهش مي‌يابد (كوپر و دینو، 1998).

نظريه انطباق به اين نكته پرداخته كه چگونگي تأثير وقايع شديد زندگي بر سلامت مدت كوتاهي از بين مي‌روند. طرفداران نظرية انطباق عقيده دارند كه ظرفيت تحولي افراد كمك مي‌كند تا با شرايط بيروني و محيطي سازگار شوند و به همين دليل است كه وقايعي كه به تازگي اتفاق افتاده‌اند نسبت به وقايعي كه در گذشته رخ داده تأثير بيشتري بر سلامت دارند. انطباق را بايد از مقابله متمايز كرد، چرا كه در مقابله بر نقش فعال فرد تأكيد مي‌شود، اما انطباق يك فرايند زيست‌شناختي نافعال و خودكار مي‌باشد. بررسي‌ها نشان مي‌دهد بعضي از سبكهاي مقابله‌اي مثل مقابله مساله مدار، جستجوي كمك، نگرش مثبت به وقايع روزمره و داشتن باورهاي مذهبي در سلامت تاثيرگذار است (دينر و همكاران، 1999).

در نهايت مي‌توان چنين نتيجه گرفت كه عوامل موقعيتي به صورت كوتاه‌ مدت و عوامل شخصيتي در بلند مدت بر سلامت روانشناختي تاثير مي‌گذارند و تاثير عوامل محيطي توسط عوامل رواني تعديل مي‌شود (كوپر و دينو، 1998).

**2-2-2-4- درآمد**

اطلاعات بدست آمده از بررسي‌هاي مختلف نتوانسته از يك ارتباط علي قوي بين درآمد و سلامتي حمايت كند. تاثير ثروت در سلامت افراد و ملتها متفاوت است بطوري كه افراد ثروتمند كمي شادتر از افراد فقير هستند. در حالي كه ملت هاي ثروتمند خيلي شادتر از ملت هاي فقير هستند. اثرات تغيير درآمد هميشه قابل پيش بيني نيست، و به نظر مي‌رسد تحت تاثير انتظارات و اهداف شخص قرار دارد. تنظيم نيازها به طوري كه با درآمد تناسب داشته باشد، باعث كاهش تاثير درآمد در سلامت مي‌شود. همچنين يكي از دلايل كاهش تاثير درآمد اين است كه اشخاص با درآمد افزايش يافته انطباق پيدا مي‌كنند (دينر، 2000).

**2-2-2-5- ازدواج**

زمينه‌يابي‌ها نشان داده‌اند كه افرادي كه ازدواج كرده‌اند نسبت به افرادي كه هرگز ازدواج نكرده و يا طلاق گرفته‌اند احساس خشنودي بيشتري مي‌كنند. ويور(1979، به نقل از دینر و همکاران،1999) نشان داد كه ازدواج و سلامت حتي وقتي بقيه متغيرها مثل سن و درآمد كنترل مي‌شدند همبستگي بالايي با هم نشان مي‌دهند، البته اين كه بين مزدوج بودن و سلامت يك ارتباط علي‌ وجود داشته باشد مورد ترديد است مستكاسا (1994،نقل از دینر و همکاران،1999) به شواهدي اشاره مي‌كند كه افرادي كه خشنودتر بوده و سازگاري خوبي داشته باشند با احتمال بيشتري ازدواج كرده و مزدوج باقي مي‌مانند بسياري از محققان معتقدند كه اثرات سلامت بخش ازدواج مانند سپري در برابر مشكلات زندگي به شخص كمك كرده و براي وي حمايت هيجاني فراهم مي‌آورد. كيفيت رابطه زناشويي هم پيش‌بيني‌كننده مهمي براي سلامت است. عواملي چون ساختار ارتباطات، بيان هيجاني و تقسيم وظايف، همگي با رضايت بيشتر از رابطه زناشويي و در نتيجه سلامت بهتر رابطه دارد (دينر و همكاران، 1999).

**2-2-2-6- تحصيل**

تحقیقات نشان داد كه در بيشتر پژوهش‌ها بين تحصيل و سلامت همبستگي يافت شده است و بخصوص تحصيل در افراد با درآمد پايين و در كشورهاي فقير همبستگي خيلي بالايي با سلامت دارد. بخشي از ارتباط بين تحصيل و سلامت ممكن است وابسته به همبستگي تحصيل با درآمد و وضعيت شغلي افراد باشد و بدين ترتيب تاثيري غيرمستقيم در سلامت افراد دارد. همچنين احتمال دارد تحصيلات تاثيرات غيرمستقيم ديگري بر سلامت داشته باشد. به افراد كمك كند كه به اهدافشان دست يابند يا با تغييراتي كه در جهان پيرامونشان اتفاق مي‌افتد انطباق پيدا كنند. البته اين نكته هم قابل توجه است كه تحصيل ممكن است از طريق ايجاد انتظاراتي كه شخص نتواند به آنها دست پيدا كند در سلامت افراد تداخل ايجاد كند (كلارك و ازوالد ، 1994؛به نقل از دينر و همكاران، 1999).

**2-2-2-7- سلامت جسماني**

تحقیقات نشان دادند كه تندرستي همبستگي زيادي با سلامت دارد. اما اين همبستگي فقط در شاخص هايي از سلامت جسماني خودگزارشي بدست آمد و در مورد ارزيابي عيني از سلامت جسماني كه توسط پزشك صورت مي‌گرفت اين همبستگي ضعيف‌تر مي‌شد. در مطالعه طولاني كه جورج و لينك (1993،نقل از دينر و همکاران، 1999).انجام دادند رابطه مستقيم بين سلامت جسماني و سلامت روان‌شناختي يافت نشد در عوض تفسير ذهني از سلامت جسماني كه هم تحت تاثير عواطف و هم سلامت جسماني عيني قرار داشت پيش‌بيني‌كننده خشنودي از زندگي بود. در مورد اين موضوع روانشناسان معتقدند شاخصهاي سلامت كه توسط خود افراد ارزيابي شود هم شرايط جسماني عيني و هم سطح سازگاري هيجاني آنها را منعكس مي‌كند. بنابراين در پيش‌بيني سلامت، ادراكي كه ما از سلامت جسماني داريم مهمتر از سلامت جسماني واقعي است (دينر و همکاران، 1999).

**2-3- اميدواري**

تا پايان دهه 1970 خوش بيني يک کمبود رواني و نشانه ناپختگي يا ضعف منش تلقي مي شد، در حالي که ارزيابي متوازن و بي طرفانه از اميدواري هاي آينده فرد نشانه اي از سلامت رواني، پختگي و نيرومندي به حساب مي آمد (پيترسن[[41]](#footnote-41)، 2000) اين ديدگاه منفي خوش بيني در اثر ولتر (1759، به نقل از پیترسن ،2000) آنجا که دکتر پانگلاس ساده لوحانه اصرار مي ورزد که ما در بهترين جهان ممکن زندگي مي کنيم، پولياناي پورتر (1913،به نقل از پیترسن،2000) که بدبختي را جشن گرفت، و تحليل زيگموند فرويد (1928،به نقل از پیترسن،2000) از مذهب به عنوان خطاي ادراکي خوش بينانه به چشم مي خورد.

گفته فرويد(1928،به نقل از پیترسن،2000) در کتاب آينده یک پندار داير بر اينکه اعتقاد به خالق مهربان پدرگونه که اگر غرايز پرخاشگرانه و جنسي مان را کنترل کنيم در جهان ديگر ما را پاداش خواهد داد، يک خطاي ادراکي اساسي براي تمدن بود. بدون اين خطاهاي ادراکي مردم اغوا مي شدند غرايز پرخاشگرانه جنسي خود را به نمايش بگذارند. اما اين خطاي ادراکي خوش بينانه ارزش پيدا کرد و انکار واقعيت غرايز جنسي و پرخاشگري را موجب شد. از طريق فرايند روان تحليلي، افراد مي توانستند نسبت به دفاع هاي گوناگون، مصالحه هاي روان رنجورانه و خطاهاي ادراکي خوش بينانه بينش پيدا کنند و بدين ترتيب بين نياز به ارضاي تکانش هاي جنسي و پرخاشگري و نياز به رفتار کردن به شيوه جامعه پسند تعادل برقرار کنند. هدف تحليل ، رسيدن به سطحي از پختگي رواني بود که در آن شخص مي توانست واقعيت را به روشني ببيند و خطاهاي ادراکي خوش بينانه را کنار بزند.

در اواخر دهه 1970 روان شناسان شناختي به انبوهي از داده هاي پژوهشي دست يافته بودند که توسط ماتلين واستانگ(1978،به نقل از پیترسن،2000) در کتابي با عنوان اصل پوليانا ترکيب شده بود و نشان مي داد که فرايندهاي تفکر مردم خوش بينانه است. بنابراين، بيشتر مردم چيزهاي مثبت را زودتر از چيزهاي منفي به ياد مي آوردند. آنان در زبان گفتاري و نوشتاري از واژه هاي مثبت بيشتر از واژه هاي منفي استفاده مي کردند و خود را مثبت تر از ديگران ارزيابي مي کردند. تنها استثنا در اين مورد افراد مضطرب و افسرده است که خود را به شيوه واقع بينانه تر يا بدبينانه مي بينند. تايگر (1979،به نقل از پیترسن،2000) در اثر خود (خوش بيني، زيست شناسي اميد) استدلال مي کند که توان انديشيدن به شيوه خوش بينانه يکي از ويژگي هاي نوع است که به طور طبيعي انتخاب شده و به هنگام پرورش توان تعمق در مورد آينده تکامل يافته است. آن دسته از افراد گونه انسان که نسبت به آينده خود واقع بين يا بدبين بودند و خطر، بيماري و مرگ را گريز ناپذير مي ديد، براي اقدام هاي لازم جهت ادامه حيات برانگيخته نمي شد. برعکس، همتايان خوش بينشان براي تلاش براي ادامه حيات برانگيخته مي شدند زيرا فکر مي کردند که کارها به نفع آنها ادامه خواهد يافت.

در روان­شناسي مثبت سه سنت پژوهش، بر چگونگي و چرايي ديدگاه مثبت انسان نسبت به جهان نور قابل ملاحظه­اي تابانده اند. اين سنت­ها بر خطاهاي ادراکي مثبت و خودفريبي، خوش بيني، و اميد تأکيد دارند(اشنایدر و لوپز[[42]](#footnote-42)،2002).

اميدواري را که سازه اي بسيار نزديک به خوش بيني است، اشنايدر و لوپز (2002) به دو مؤلفه مفهوم سازي کرده اند: توانايي طراحي گذرگاه هايي به سوي هدف هاي مطلوب به رغم موانع موجود، و عامل انگيزش براي استفاده از اين گذرگاه ها. اميدواري مجموع اين دو مؤلفه است. طبق اين مفهوم سازي، اميدواري هنگامي نيرومند است که هدف هاي ارزشمندي را دربرگيرد و با داشتن موانع چالش انگيز ولي نه برطرف نشدني، احتمال دستيابي به آنها در ميان مدت وجود داشته باشد. جايي که ما به رسيدن به هدف ها اطمينان داريم، اميدواري غير ضروري است. جايي که مطمئن هستيم به هدف نخواهيم رسيد، در اين صورت نوميد مي شويم. طبق اين مفهوم سازي، هيجان هاي مثبت و منفي محصول جنبي تفکر هدفمند اميدواري و نا اميدي هستند.

نظريه اشنايدر و لوپز(2002) در مورد فرايند تجربه کردن اميد در يک وضعيت خاص مطرح است. در هر موقعيتي که هدف ارزشمند دنبال مي شود، رفتار هدفمند و اميدبخش به وسيله تعامل موارد زير تعيين مي شود:

1. ميزاني که به بازده يا به هدف ارزش داده مي شود.
2. تفکرات در مورد گذرگاه هاي ممکن به سوي هدف ها و انتظارات مرتبط و اينکه در دستيابي به بازده يا هدف چقدر مؤثرند.
3. تفکرات در مورد منابع شخصي و اينکه فرد در پيگيري گذرگاه ها به سوي هدف تا چه اندازه مؤثر خواهد بود.

هر يک از عوامل بالا به دو دسته تفکر که از تجارب گذشته به موقعيت فعلي آورده شده اند استوارند:

1. تفکر درباره گذرگاه ها به سوي هدف ها براساس درس هاي تحولي در روابط همبستگي و علّت و معلولي.
2. تفکر در مورد منابع مبتني بر درس هاي تحولي در مورد خود به عنوان عوامل به وجود آورنده يا حلقه هاي علي رويدادها.

رفتار هدفمند از طريق تعامل با افکار فعلي و بلند مدت مربوط به گذرگاه هاي معطوف به سوي هدف ها، و نقش کارگزاري فردي در نيل به اين هدف ها؛ و ميزان ارزشگذاري به هدف هاي جاري تأثير مي گذارد(اشنایدر و لوپز،2002).

گروه اشنايدر براي اندازه گيري جنبه هاي مختلف اميد يک رشته مقياس تدوين کرده اند .مقياس اميد سرشتي بزرگسالان و مقياس اميد حالت، سنجه هاي کوتاه خودگزارشي صفت و حالت اميد براي بزرگسالان هستند. مقياس اميد کودکان براي کودکان دبستاني و مقياس اميد کودکان خردسال براي کودکان پيش دبستاني ساخته شده اند. تمام اين مقياس هاي خودگزارشي و مشاهده اي علاوه بر نمره هاي مربوط به کارگزاري اميدوارانه و گذرگاه هاي اميدوارانه، نمره هاي کلي اميد را هم به دست مي دهند. علاوه بر اين مقياس ها، يک مقياس اميد حيطه خاص بزرگسالان نيز تهيه شده است که اميد را در حيطه هاي مشخص زير: اجتماعي تحصيلي، خانوادگي، روابط رومانتيک، فعاليت هاي شغلي و فراغت، مي سنجد. در مورد همه اين مقياس ها اطلاعات مربوط به پايايي وروايي موجود است(اشنایدر و لوپز،2002).

**2-3-1-رشد اميدواري**

اشنايدر و لوپز (2002) مي گويند که اميد به نحو روشن در دوره نوزادي، کودکي و نوجواني رشد مي کند. در پايان نخستين سال زندگي، پايداري شيء و طرحواره هاي علّت و معلولي به نوزادان امکان مي دهد که در مورد گذرگاه هاي معطوف به هدف تفکرات پيش بينانه داشته باشند. مهارت اشاره کردن که در پايان سال اول رشد   
مي­کند به نوزادان امکان مي­دهد که هدف هاي خود را نشان دهند.

کودکان در سال دوم ياد مي­گيرند که فعاليت هاي هدفمندي را براي پي­گيري گذرگاه­ها به سوي هدف­هاي مطلوب به اجرا بگذارند. انديشه خود به عنوان يک کارگزار در اين دوره تکامل پيدا مي کند. يکي از مهمترين مهارت­هاي مرتبط با اميد که در سال دوم آموخته مي­شود اين انديشه است که مي­توان گذرگاه­هاي اطراف موانع را نيز در نظر گرفت و فعالانه آنها را دنبال کرد. اين فرايند رويارويي با موانع، در نظر گرفتن راه­هاي اطراف آنها، و سپس به اجرا گذاشتن فعالانه اين نقشه­ها هسته تکوين اميد را تشکيل مي دهند. راتر (1994،به نقل از اشنایدر و لوپز،2002) در مؤسسه روانپزشکي در لندن غلبه بر چنين موانع و ناملايمات را به فرايند ايمن­سازي رواني مرتبط ساخته و بازده آن را انعطاف پذيري خوانده است. احساس ايمني کودک نسبت به دلبستگي به مراقبان خود و بافت بين فردي که در آن با ناگواري ها کنار مي آيند امري حساس و تعيين کننده است. کودکاني که با امنيت به والدين و مراقبان خود دلبستگي دارند و از حمايت اجتماعي کافي براي کنارآمدن با ناملايمات برخورداند انعطاف پذيري و اميد را پرورش مي دهند(راتر،1994 ؛به نقل از اشنایدر و لوپز،2002).

در دوره پيش دبستاني از 3 تا 6 سالگي، رشد سريع زبان، تفکر شهودي پيش عملياتي، علاقه به داستان گويي، و امور روزمره قابل پيش بيني، امکان رشد بيشتر طراحي گذرگاه هاي اميدوار در رويارويي با موانع و مشکلات را فراهم مي­آورد. رشد جسماني کودک به وي امکان مي دهد تا مهارت هاي پيچيده اي را با اجراي نقشه هاي خود پرورش دهد. وقتي توانايي ايجاد همدلي با ديگران در اواخر سال هاي پيش دبستاني شروع به رشد مي کند، کودکان آگاه مي شوند که برنامه ريزي براي دنبال کردن گذرگاه­ها به سوي هدف هاي باارزش گاهي ممکن است به ديگران کمک کند تا هدف­هاي ارزشمند را دنبال کنند و يا اينکه آنها را از اين کار باز دارد. رشد چشم انداز به کودکان پيش دبستاني امکان مي­دهد که خواسته­هاي ديگران را در   
نقشه­هاي خود منظور کنند (اشنایدر و لوپز،2002).

در دوره کودکي مياني و نوجواني مهارت هاي تفکر منطقي سريع تر از مهارت هاي تفکر شهودي، مهارت­هاي حافظه اي، مهارت هاي خواندن، و مهارت هاي چشم انداز اجتماعي پيشرفته، رشد مي کند. اين امر امکان برنامه ريزي اميدوارنه و پيچيده و دنبال کردن گذرگاه ها به سوي هدف هاي ارزشمند، و اقدام در يک بافت اجتماعي با در نظرگرفتن خواسته هاي والدين، خواهر و برادر، همگنان و آموزگاران را فراهم مي سازد (اشنایدر و لوپز،2002).

در نوجواني، مهارت­هاي تفکر انتزاعي در نوجوانان رشد مي کند. اين مهارت ها اداره مسائل پيچيده شامل: افزايش خودمختاري از والدين، ايجاد روابط صميمي انحصاري، و پرداختن به نقشه هاي شغلي را آسان مي سازند. اين چالش ها   
فرصت­هايي را براي برنامه ريزي اميدوارانه و دنبال کردن اميدوار طرح ها به رغم کمبودها و موانع فراهم مي آورند (اشنایدر و لوپز،2002).

کودکاني که سرشت اميدوارنه را پرورش مي دهند معمولاً والديني دارند که به عنوان سرمش هاي نقشي اميدوار عمل مي کنند، و در تدوين و اجراي طرح ها براي از ميان برداشتن موانع و دستيابي به اهداف ارزشمند، آنان را راهنمايي مي کنند. اين کودکان، وابستگي ايمن به والدين خود دارند که براي آنها محيط خانوادگي گرم و با ساختاري را فراهم مي سازند ودر اين محيط، مقررات به گونه اي ثابت و قابل پيش بيني به اجرا در مي آيد و تعارض ها نيز به گونه اي قابل پيش بيني و مناسب حل مي شود (اشنایدر و لوپز،2002).

برخي از کودکان، اما نه همه آنها، که ناديده گرفته شده اند، مورد بدرفتاري قرار گرفته اند، داغديده اند، يا با تعارض هاي بين شخصي پايدار و ناشي از جدايي يا طلاق والدين مواجهند، نمي توانند سرشت اميدوارانه را پرورش دهند. کودکاني که در محيط خانوادگي آکنده از استرس بزرگ مي شوند احتمال بيشتر دارد که در شرايط خاصي انعطاف پذير و اميدوار بارآيند. اول اينکه، اين کودکان در مي يابند که والدينشان مشکل دارند و لذا سرپرستي ناکافي والدين را به جاي قصور شخصي، به عنوان کمبودهاي والديني رده بندي مي کنند. دوم اينکه، اين کودکان ساير بزرگسالان را افرادي مي يابند که در شرايط معمول مي توانند نيازهاي آنان را از لحاظ مراقبت، کنترل و تحريک ذهني برآورده سازند. سوم اينکه، اين کودکان يک استعداد يا موهبت خاصي را در اويل زندگي خود شناسايي کرده و پالايش مي دهند که امکان دسترسي به شبکه هاي اجتماعي حمايتي جديد را برايشان فراهم مي سازد. چهارم اينکه آنان براي پرورش استعدادهاي خود از انگيزه بالايي برخوردارند که با پايداري و سرسختي مشخص مي شود. سرانجام، آنان گرفتاري و ناملايمات را به جاي يک مانع به عنوان فرصت و چالش براي رشد و تحول تلقي مي کنند ماهوني(1991،به نقل از اشنایدر، 2000).

بزرگسالان اميدوار نيمرخ رواني متمايز دارند (اشنايدر،2000). بزرگسالاني که از سطوح بالاي اميدواري برخوردارند، در زندگي خود به اندازه سايرين شکست هايي را تجربه کرده اند، اما اين باور را پرورش داده اند که مي توانند با چالش ها سازش کنند و با ناملايمات کنار بيايند. آنان يک گفتگوي دروني مثبت مداوم شامل جمله هايي از اين قبيل « من از عهده اش بر مي آيم، تسليم نخواهم شد» و مانند آن را اتخاذ مي کنند. آنان وقتي در رسيدن به هدف هاي ارزشمند با موانعي روبرو مي شوند،   
هيجان­هاي منفي و با شدت کم را تجربه مي کنند. اين امر ممکن است به اين خاطر باشد که وقتي با موانع روبرو مي شوند براي دستيابي به هدف هاي خود مسيرهاي جايگزين ايجاد مي کنند، يا با انعطاف هدف هاي قابل دسترس تر را بر مي گزينند. افرادي که اميد کمتري دارند وقتي با موانع غيرقابل رفع روبرو مي شوند، هيجان هايشان يک توالي نسبتاً قابل پيش بيني از اميد به خشم، از خشم به يأس و از يأس به بي احساسي را دنبال مي کنند. افراد داراي سطوح اميدواري بالا وقتي در زندگي بزرگسالي با مسائلي مواجه مي شوند، تمايل پيدا مي کنند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزيه کنند ماهوني(1991،به نقل از اشنایدر، 2000).

**2-3-2- اميد درماني**

اميددرماني[[43]](#footnote-43) از نظريه اميد اشنايدر، و انديشه هاي برگرفته شده از درمان شناختي- رفتاري، درمان راه حل مدار و درمان داستاني يا روايتي مشتق مي شود (اشنايدر، 2000). اميد درماني بر اين هدف استوار است که به درمانجويان کمک کند تا هدف هاي روشني را فرمول بندي کنند، گذرگاه هاي متعددي را براي رسيدن به آن ها بسازند، خود را براي دنبال کردن اهداف برانگيزند و موانع را به صورت   
چالش­هايي براي غلبه برآنها از نو چارچوب بندي کنند.

**2-3-3- خوش بيني**

براي اندازه­گيري خوش بيني دو رويکرد عمده مطرح شده است که بر مفهوم سازي هاي متمايز از خوش بيني مبتني هستند. در يک انتها خوش بيني به عنوان يک صفت شخصيتي گسترده که مشخصه آن انتظارات خوش بينانه کلي است مفهوم سازي شده است (شي ير، کارور و بريجز[[44]](#footnote-44)، 2000). اما در انتهاي ديگر به عنوان يک سبک تبييني ساختار يافته. به بيان ديگر، پژوهشگران بين سبک تبييني خوش بيني و خوش بيني سرشتي تميز قايل شده اند.

**2-3-4-خوش بيني سرشتي يا گرايشي**

خوش بيني سرشتي يا گرايشي يک انتظار کلي است داير بر اينکه در آينده، بيشتر رويدادهاي خوب اتفاق خواهند افتاد تا رويدادهاي بد. شيير و همکاران استدلال   
مي­کنند که افراد خوش بين، در رويارويي با دشواري ها، به دنبال کردن هدف هاي با ارزش خود ادامه مي دهند و با به کارگيري راهبردهاي کنارآمدن مؤثر، خودشان و حالت هاي شخصي شان را تنظيم مي کنند تا اينکه بتوانند به هدف­هاي خود برسند (شي ير و همکاران، 2000). شي ير و همکاران براي ارزيابي خوش­بيني سرشتي، آزمون جهت گيري زندگي[[45]](#footnote-45) خود گزارشي خلاصه اي را تدوين کرده و بعدها آن را مورد تجديدنظر قرار داده اند. نوع خوش بيني که توسط اين آزمون ارزيابي مي شود، يک صفت شخصيتي است که مشخصه آن انتظارات مطلوب شخصي در آينده است. خوش بيني سرشتي با سلامت خوب و پاسخ مثبت به مداخله هاي پزشکي در بعضي شرايط مانند بيماري قلبي و سرطان همبسته است. تأثير خوش بيني سرشتي بر بهبودي از طريق شيوه هاي پزشکي را مي توان مديون راهبردهاي کنارآمدن مؤثر مثل تعريف مجدد يا چارچوب بندي مجدد زندگي دانست. در مقابل، افراد بدبين، از راهبردهاي کنارآمدن اجتنابي استفاده مي کنند يا از کنار آمدن با مشکلات شانه خالي مي کنند(شي ير و همکاران، 2000).

**2-3-5- سبک تبييني خوش بينانه**

سليگمن،آبلا و بروزینا[[46]](#footnote-46) (2004)خوش بيني را به جاي يک صفت شخصيتي گسترده، به عنوان يک سبک تبييني مفهوم بندی کرده اند. بر طبق اين ديدگاه، افراد خوش بين رويداها يا تجربه­هاي منفي را با نسبت دادن علّت آنها به عوامل بيروني، گذرا و خاص مانند اوضاع و احوال حاکم، تبيين مي کنند. برعکس، بدبين­ها رويدادها يا تجربه­هاي منفي را با نسبت دادن علّت آنها به عوامل دروني، ثابت و کلي مثل شکست شخصي، تبيين مي­کنند. بنابراين، افراد خوش بين به احتمال زياد مي­گويند در امتحان به اين دليل مردود شدند که پرسش هاي امتحان نادرست طراحي شده بودند يا محيط سالن امتحان مانع تمرکز حواس بود. برعکس، افراد بدبين به احتمال زياد شکست خود را به نداشتن شايستگي براي تحصيل در دانشگاه يا کم استعدادي خود نسبت مي دهند. خوش بيني يا بدبيني را که به اين صورت تعريف شده است مي توان با پرسشنامه سبک اسنادي و تحليل محتوايي تبيين هاي کلامي اندازه گيري کرد. در پرسشنامه سبک اسنادی يک رشته رويدادهاي فرضي که پي آمدهاي مثبت و منفي دارند به پاسخ دهندگان ارايه و از آنان خواسته مي شود اعلام کنند که به نظر آنها اگر اين رويدادهاي مثبت و منفي برايشان اتفاق مي افتاد، علّت عمده آن چه مي توانست باشد. سپس از آنان دعوت مي شود براي مشخص ساختن ميزان تصور وقوع، آنها را در يک مقياس سه درجه اي ترکيبي : (1) بيروني يادروني ؛ (2) ثابت يا گذرا؛ و (3) کلي يا خاص، رتبه بندي کنند. از ترکيب اين رتبه بندي ها شاخص هايي از خوش بيني و بدبيني به دست مي آيد. در آزمون تحليل کلامی تبيين ها براي رويدادهاي مثبت و منفي از يادداشت هاي روزانه، دست نوشته­ها، مصاحبه ها، نقل قول از روزنامه­ها، يا هر سند ديگر گردآوري و توسط متخصصان برحسب اينکه براساس پرسشنامه سبک اسنادي تا چه اندازه: بيروني يا دروني؛ ثابت يا گذرا؛ و کلي يا خاص هستند رتبه بندي مي شوند. از ترکيب اين رتبه بندي­ها شاخص­هايي براي خوش بيني به دست مي­آيد(سلیگمن و همکاران،2004).

**2-3-6- رشد خوش بيني**

رشد خوش بيني را سلامت رواني والدین، نوع سرمشق دهي نقشي ارائه شده توسط والدين و ميزان تشويق يا پاداشي که والدين در برابر خوش بيني به فرزندانشان ارئه مي دهند، مشخص مي کند (سليگمن و همکاران، 2004). به احتمال زياد، افراد خوش بين از خانواده هايي هستند که در آنها پدر يا مادر افسردگي نداشته اند. والدين افراد خوش بين، براي به کارگيري سبک تبييني خوش بينانه، نسبت دادن موفقيت به عوامل دروني، کلي و ثابت و تبيين شکست ها براساس عوامل بيروني، مشخص و گذرا، سرمشق هاي نقشي خوبي براي فرزندان خود هستند. افراد خوش بين از خانواده هايي هستند که در آن ها والدين شکست هاي خود را مي فهمند و آن ها را به جاي عوامل دروني به عوامل بيروني نسبت مي دهند. چنانچه جوانان به خانواده هايي متعلق باشند که ضربه هاي رواني عمده (مثل بيکاري و فقر) را تجربه کرده و با اين بدبياري ها به خوبي کنار آمده و از آن خلاص شده­اند، خوشبين بار مي آيند. والدين افراد خوشبين فرزندان شان را تشويق مي کنند تا با شکست هايشان به نحو خوش بينانه برخورد کنند و بدين ترتيب ، خوش بيني و پشت کار را به روش هاي مختلف تقويت مي کنند. به احتمال زياد، افراد بدبين از خانواده هايي هستند که والدين افسرده­اند، سبک تبييني بدبينانه را به فرزندان­شان سرمشق مي­دهند و به گونه افتراقي رشد سبک تبييني بدبينانه را تقويت مي کنند. جايي که والدين فرزندان را سرزنش و شکست آنها را به عوامل دروني، کلي و ثابت نسبت مي دهند، به احتمال زياد اين کودکان در بزرگي بدبين بار مي آيند. کودک آزاري و غفلت از آنها نيز کودکان را در معرض آسيب پذيري پرورش سبک تبييني بدبينانه و افسردگي قرار مي دهد. خوش بيني، با به تأخير انداختن رضامندي هاي ناشي از منافع گذرا و کوتاه مدت به اميد دستيابي به هدف هاي بلند مدت نيز رابطه دارد و به احتمال زیاد، افراد خوش بين ايمان دارند که هدف هاي بلند مدت قابل دسترس اند (سليگمن و همکاران، 2004).

مطالعات آينده نگر و گذشته نگر نشان داده اند که افراد داراي سبک تبييني خوش بينانه در مقايسه با افراد داراي سبک تبييني بدبينانه، کم تر احتمال دارد که به هنگام رويارويي با رويدادهاي فشارانگيز عمده زندگي، به ضعف سلامت جسماني يا افسردگي دچار شده و يا به خودکشي دست بزنند. برعکس، افراد بدبيني که در کودکي با رويدادهاي فشارزاي عمده زندگي(مانند تعارض مزمن بين پدر و مادر، طلاق يا غم از دست دادن مادر) روبه رو مي شوند احتمال بيشتر مي رود که به افسردگي دچار شوند. اگر آنها از يک رابطه حمايتي اجتماعي خوب برخوردار باشند، احتمال افسردگي کاهش مي يابد، اما اگر افسردگي باعث شود که آنها در مدرسه موفق نشوند و مورد سرزنش قرار گيرند، اسناد اين شکست ها به صورت دروني، کلي و ثابت موجب مي شود که افسردگي تشديد گردد و به صورت دايمي درآيد(سليگمن و همکاران، 2004).

خوش بيني در بزرگسالي با پيشرفت بهتر در تحصيلات دانشگاهي، عملکرد ورزشي، سازگاري شغلي و خانوادگي همراه است (سليگمن و همکاران، 2004).خوش بيني، عملکرد در دانشگاه را بهتر و دقيق تر از توانايي مثل آزمون استعداد تحصيلي پيش بيني مي کند (پترسون،2000). از روي درجه خوش بيني مي توان عملکرد در ورزش هاي فردي و گروهي را بهتر پيش بيني کرد (سليگمن و همکاران، 2004). از روي خوش بيني موفقيت در مشاغل گوناگون مثل بازاريابي را نيز مي توان پيش بيني کرد. وقتي بازارياب هاي بيمه که نمره 10 درصد بالا و پايين در مقياس سبک اسنادی را کسب کرده بودند با هم مقایسه شدند، مقدار فروش کساني که داراي سبک هاي تبييني خيلي خوش بينانه بودند 88 درصد بيش از مقدار فروش افراد داراي سبک هاي خيلي بدبينانه بود(سليگمن، 1998؛به نقل از سلیگمن،2004). معلوم شده است که خوش بيني در ازدواج به ميزان بالايي با تعامل هاي مثبت رابطه دارد و رضامندي زناشويي دراز مدت را پيش بيني مي کند (فينچمن[[47]](#footnote-47)، 2000).

خوش بيني بر چگونگي کنار آمدن مردم با داغديدگي و از دست دادن تأثير مهمي دارد. هوئکسما (2000، به نقل از فینچمن،2000) يافت که افراد داغديده خوش بين به طور معمول از برخي راهبردهاي کنارآمدن مانند: ارزيابي مجدد از دست دادن به صورت مثبت، حل مشکل با جستجوي حمايت اجتماعي، و پرت کردن حواس با پرداختن به سرگرمي ها و ورزش، بهره مي گيرند. در مقابل، افراد بدبين تمايل دارند که از راهبردهاي کنارآمدن مثل انکار يا حواس پرتي از راه افراط در مشروب خواري استفاده کنند. افراد خوش بين داغديدگي را به عنوان «بيدار باش» براي اولويت بندي مجدد به زندگي خود تعبير مي کردند. آنان از شکنندگي زندگي آگاه مي شدند و بيشتر در زمان حال زندگي مي کردند تا در گذشته و آينده. آنان بيشتر بر روابط مهم و کمتر به روابط کاري و علي تأکيد داشتند و تعارض هاي خانوادگي را که سال ها حل نشده باقي مانده بود، حل کردند. آنان به تغييرات مهمي در زندگي دست زدند که مدتها از آن غافل بوده اند، مانند تغيير شغل يا دنبال کردن بازآموزي. نسبت به ديگران بردبار تر شدند. آنان نسبت به نيرومندي هاي خود که از داشتن آن بي خبر بودند، آگاه شده و از مرگ خود کمتر هراسان شدند. افراد خوش بيني که پس از گذشت شش ماه از داغديدگي شان براي اين از دست دادن مزايايي يافتند، در 18 ماه بعد سازگاري رواني بهتر و نشانه هاي افسردگي يا اضطراب کمتري از خود بروز دادند (هوئکسما ،2000؛به نقل از فینچمن،2000).

برخی مطالعات نشان داده است که خوش بيني موفقيت در زندگي اجتماعي را رقم مي زند. معلوم شده است که سبک تبييني خوش بينانه با موفقيت در مبارزه هاي انتخاباتي در امريکا و مبارزه هاي پرخاشگرانه در اين کشور، انعطاف پذيري در برابر فشار رواني در بين رهبران بين المللي، و پرخاشکري نظامي و خطر جويي در جنگ خليج فارس و جنگ جهاني دوم ارتباط داشته است سترفيلد(1998،به نقل از فینچمن،2000)

**2-3-7- بازآموزي اسنادي**

سليگمن و همکاران(2004)، براي کمک به بزرگسالان و کودکان جهت تغيير سبک تبييني خود از بدبيني به خوش بيني برنامه هايي تدوين کرده اند. اين برنامه ها بر پايه مدل هاي شناخت درماني بک (1976) و اليس (اليس و هارپر[[48]](#footnote-48)، 1975)، تدوين شده اند. در اين برنامه ها شرکت کنندگان مي آموزند بر موقعيت هايي که موجب تغيير خلق مي شوند نظارت داشته و آنها را تحليل کنند و سپس باورهاي بدبينانه خود را اصلاح نمايند تا اينکه سبک تبييني آنان خوش بينانه تر شود.

در نخستين بخش اين برنامه ها شرکت کنندگان مي آموزند بر تغييرات خلقي در رويارويي با ناملايمات نظارت کنند. آنان در هر وضعيت ناگوار از تحليل رويداد، باور و پيامد استفاده مي کنند که شامل مشخص ساختن ناگواري، باورها و تفکراتي است که به هنگام برخورد با اين ناملايمات رخ داده اند، و تغييرات خلقي ناشي از آنهاست. در اينجا مثالي از چنين تحليلي با يک موقعيت مشخص ارايه مي­شود.

در اين برنامه ها شخص يک دوجين از اين موقعيت ها را تحليل مي کند و سپس متوجه مي شود که پيش از تغييرات خلقي از جمله افسردگي يا ساير حالت هاي خلقي منفي چه باورهايي داشته است و اينها با باورهايي که پيش از تغييرات خلقي مثبت مي آيند، چه تفاوتي دارند.فرد متوجه مي شود که باورهاي پيش از تغييرات خلقي منفي بر سبک تبييني بدبينانه، و باورهاي قبل از تغييرات خلقي مثبت بر سبک تبييني خوش بينانه مبتني هستند. زماني که باورها بر سبک تبييني بدبينانه استوارند، اسنادهاي دروني، کلي و ثابت نسبت به ناملايمات صورت مي گيرد و جايي که باورها بر سبک تبييني خوش بينانه استوارند،اسنادهای مشخص و گذرا را شامل مي شوند.وقتي که فرد بر تحليل رويداد، باور و پيامد تسلط يافت، براي تغيير تبيين هاي بدبينانه براي ناملايمات، سه مجموعه مهارت تمرين مي شوند. اين مهارت ها عبارت اند از حواسپرتي، فاصله دادن و دودلي (اليس و هارپر، 1975).

حواس­پرتي انجام دادن کاري براي متوقف ساختن تبيين بدبينانه دروني ناملايمات و جلب توجه و دل مشغولي فرد است. فنون خاص اين کار عبارت اند از : گفتن «بس است» با صداي بلند و کوبيدن روي ميز؛ ضرب زدن به خود با کشيدن يک نوارکشي که به مچ دست بسته شده است؛ نگاه کردن به کارت مخصوصي که در جيب داريد و روي آن با حروف درشت نوشته شده است «بس کن»، متمرکز کردن توجه خودروي يک موضوع فيزيکي بيروني؛ به تعويق انداختن نشخوار ذهني تا روز بعد؛ و يادداشت کردن تبيين بدبينانه براي ناملايمات به محض وقوع آن.

فاصله دادن مستلزم آن است که به خود خاطر نشان کنيم که تبيين هاي بدبينانه ناملايمات تنها يکي از تفسيرهاي ممکن درباره موقعيت است و نه عين واقعيت. در حالي که حواسپرتي راهبردي براي فرونشاندن «تفکر بدبينانه» است، فاصله دادن راهبردي براي «کاستن» از تأثير آن بر خلق از طريق تشخيص اين نکته است که باورها حقايق نيستند، بلکه فقط يک «چرخش» در موقعيت اند. فاصله دادن زمينه را براي دودلي آماده مي سازد (اليس و هارپر، 1975).

دودلي فرايندي براي ادامه يک گفتمان دروني با اين هدف است که نشان دهد براي ناملايمات تبيين با ارزش­تر و خوش بينانه­تري نيز وجود دارد. وقتي تبيين­هاي بدبينانه مورد ترديد قرار مي گيرند، چهار پرسش را مطرح مي­سازيم که بر شواهد، جايگزين­ها، پي­آمدها و سودمندي­ها تمرکز دارند.

1. براي آن تبيين و باور چه شواهدي وجود دارد و آيا شواهدي نيز درباره نادرستي آن وجود دارد؟
2. آيا براي ناملايمات تبيين هاي خوش بينانه جايگزين وجود دارد که بتوانم اين ناگواري را به عوامل بيروني، مشخص و گذرا نسبت دهم؟
3. اگر نتوانم تبيين خوش بينانه اي براي ناملايمات پيدا کنم، آيا پي آمدهاي تبيين بدبينانه با نتايج منفي بلند مدت فاجعه آميز همراه خواهد بود يا فقط يک دردسر موقتي است؟
4. اگر نتوانم تصميم بگيرم که آيا شواهد بيشتري براي يک تبيين خوش بينانه يا بدبينانه براي ناملايمات وجود دارد يا نه، براي دانستن خلق مثبت و دستيابي به اهدافم سودمندترين تبيين ها کدامند؟

پس از مجهز شدن به مهارت هاي تحليل رويداد، باور و تحليل و مهارت هاي حواسپرتي، فاصله دادن و دودلي، گام بعدي ترکيب آنها است. اين اختصار به ناملايمات، باورها، تغييرات خلقي حاصل، ترديد و نيروبخشي دلالت دارد. در هر موقعيت ناگوار، علاوه بر توجه به ناملايمات، باورها و پي آمدهاي تغيير خلقي، نحوه ترديد در باورهاي بدبينانه و تأثير آن بر حالت خلقي، اين نکته را نيز که تبيين و باورهاي خوش بينانه جايگزين چگونه به شما نيروبخشد مدنظر قرار دهيد(اليس و هارپر، 1975).

**2-3-8- خطاهاي ادراکي مثبت**

تيلر (1999) در کتاب خود با عنوان ( خطاهاي ادراکي مثبت) پژوهش هايي را خلاصه کرده است که نشان مي دهند مردم، به ويژه افراد سالم به گونه اي سوگيرانه خود را خوشبينانه مي بينند. تفکر بشري با سوگيري مثبت جدي مشخص مي شود. يعني اينکه، مغز ما طوري طراحي شده است که به جاي انديشيدن به طريق واقع بينانه و منفي، به شيوه مثبت مي انديشيم. بيشتر مردم خودشان، دنيا و آينده را به گونه مثبت مي بينند. تيلر(1999) در بسياري آزمايش هاي به دقت طرح ريزي شده روان شناسي اجتماعي نشان داده است که افراد به سه طريق عمده خود را برخلاف حقايق موجود با آنچه که ديدگاه سايرين از موقعيت نشان مي دهد مثبت تر مي بينند. نخست اينکه، آنان رفتار گذشته، صفات شخصي و خودشان را به عنوان شخصي در روشنايي افزايش يافته مي بينند. به بياني ديگر خطاي ادراکي خود افزايي را تجربه مي کنند. دوم اينکه، آنان از يک حس غير واقع بينانه در مورد کنترل شخصي نسبت به امور و از يک باور بزرگ نمايي شده و بي پايه برخوردارند که فکر مي کنند مي توانند از بدتر شدن کارها جلوگيري کنند و انها را بهبود بخشند، اما در مورد چيزهاي بدي که برايشان رخ مي دهد مسئوليتي ندارند. سوم اينکه، يک حس بي اساس خوش بينانه دارند که آينده اميد بخش تر از آن چيزي خواهد بود که واقعيت ها مي گويند. به عبارت ديگر، براين باورند که آينده به جاي بدبياري، فشار رواني و آشفتگي، فرصت هاي بيشتري را براي وقوع چيزهاي خوب برايشان فراهم خواهد ساخت. بيشتر مردم از اين خطاهاي ادراکي مثبت اگاهي ندارند، زيرا اين خطاهاي ادراکي چنان خوب عمل مي کنند که ما از ماهيت مثبت آنها آگاه نمي شويم. مردم از پرداختن به خطاهاي ادراکي مثبتي که به آساني ممکن است مهر عدم تأييد بخورند، دوري مي جويند(تیلر،1999).

**2-3-9- خود فريبي**

اتخاذ ديدگاه مثبت از خود و جهان، نتايجي است که از مطالعات ميداني و آزمايشگاهي به دست آمده است و نشان مي دهد که ما براي اداره اطلاعات منفي از انواع دفاع ها و راهبردهاي خودفريبي استفاده مي کنيم (تيلر، 1999). اين اطلاعات منفي که با ديدگاه مثبت ما نسبت به جهان مغايرت دارد، بيانگر اين واقعيت است که استعدادها و صفات ما به طور کلي بهنجارند، نه استثنايي. کنترل ما نسبت به جهان پيش بيني ناپذير و آشفته، و بر تکانش ها، هيجان­ها، افکار و اعمال مان محدود و آينده مان مأيوس کننده است. آينده تا بدانجا مأيوس کننده است که بسياري از چيزها را از دست مي دهيم، مانند: از دست دادن جواني و سرزندگي، از دست دادن سلامت، از دست دادن توانايي هاي ذهني و استعدادها، از دست دادن دوستي هاي با ارزش، از دست دادن نقش کاري، و آينده ناگزير مرگ خودمان و عزيزانمان را به همراه دارد. راهبردهاي خودفريبي که ما براي مقابله با اين اطلاعات وحشتناک و مغاير باديد خوش بينانه از جهان به کار مي بريم، شامل سازو کارهاي دفاعي و خطاهاي ادراکي مثبت هستند(تیلر،1999).

**2-3-10- انکار و واپس راني**

انکار و واپس راني دو مکانيزم دفاعي هستند که براي کمک به ما در حفظ يک ديد خوشبينانه از جهان، زياد به کار مي روند. انکار، عدم قبول وجود يا معناي رويدادهاي تهديد کننده و فشار انگيز در دنياي بيرون را شامل مي شود. واپس راني، بي اعتنايي به پرخاشگري غير قابل قبول يا تکانه هاي جنسي در دنياي درون فرد را در بر ميگيرد. براي اينکه جامعه ما را بپذيرد تنها دامنه محدودي از تکانش ها مجازند که ابراز شوند. واپس راني راهي است براي اينکه بتوانيم تکانش هايي را که جامعه غيرقابل قبول مي انگارد به دور از احساس هشياري نگه داريم. استدلال تيلر (1999) اين است که دفاع هايي مانند انکار و واپس راني ناسازگارانه هستند زير واقعيت را تحريف مي کنند. بخشي از مغز از بخش ديگر آن که واقعيت هاي انکار شده يا تحريف شده را مي داند منفک مي شود. در مقابل، خطاهاي ادراک مثبت خود فريبانه به مردم امکان مي دهند تا از اطلاعات منفي در مورد خودآگاه باشند و آن را به نحوي اداره کنند که ديد مثبت نسبت به خود را حفظ کنند. خطاهاي ادراکي سازشي هستند زيرا به افراد امکان مي دهند حقيقت را به بهترين وجه ممکن تفسير کنند. بسياري از پژوهش ها نشان داده اند که خطاهاي ادراکي مثبت، فرايندهاي شناختي توجه انتخابي، فراموشي مطلوب، بي اهميت شمردن ناتواني ها و حفظ خودانگاره منفي را در بر مي گيرند (تيلر، 1999).

**2-3-11- توجه انتخابي و فراموشي مطلوب**

توجه انتخابي ديدن چيزهاي مثبت و چشم پوشي از چيزهاي منفي در مورد خودمان، يعني از صافي گذراندن اطلاعات از طريق سوگيري را شامل مي شود، به گونه­اي که فقط اخبار مثبت ثبت و رمزگرداني مي شوند. فراموشي مطلوب فرايندي است که در آن اطلاعات منفي درباره خود به آساني يادآوري نمي شود. در مقابل، اطلاعات مثبت که ديد مثبت از خود را حمايت مي کند با جزئيات قابل ملاحظه بازيابي مي شود(تيلر،1999).

**2-3-12- ناديده گرفتن ناتوانايي**

اطلاعات منفي درباره خود را همچنين مي توان با ناديده گرفتن عدم توانايي آشکار خود و پذيرش اينکه در اين زمينه ها از مهارت هاي اندکي برخورداريم، اداره کرد. براي مثال، شخصي ممکن است بگويد « استعداد محاسبات عددي را ندارم» در عين حال باور دارد که هوشش بالاست. به اين ترتيب، پيرامون اين حوزه حصاري مي­کشيم و از هسته مرکزي صفات خود که آن را مثبت مي­بينيم جدا مي­سازيم. با محصور کردن اين ناتوانايي هاي کم اهميت و ناديده گرفتن آن­ها در ارزيابي عملکردمان، عزت نفس­مان حفظ مي شود(تيلر، 1999).

**2-3-13- خودانگاره منفي**

راهبرد ديگر براي اداره اطلاعات منفي در مورد خود ايجاد خودانگاره منفي علاوه بر خودانگاره مثبت است. خودانگاره، ممکن است در ارتباط با ويژگي هايي مثل کمرويي يا سنگين وزن بودن ايجاد شود. خودانگاره منفي مجموعه باورهاي سازمان يافته­اي است که به ما امکان مي دهد موقعيت هايي را که ممکن است در آنها اطلاعات منفي درباره خود دريافت کنيم پيش بيني نماييم و سپس راهبردهايي را براي برخورد با آنها تدارک ببينيم. براي مثال، بگوييم چون کمرو هستيم لذا زياد حرف نمي زنيم. خودانگاره منفي به شخص امکان مي دهد حد و مرزي دور صفت شخصي خود ايجاد کند، موقعيت هايي را که ممکن است به آن مربوط باشد يا نباشد پيش بيني کند و براي آنها نقشه بکشد. خود انگاره هاي منفي همچنين ممکن است به شخص امکان دهند که با نسبت دادن هرگونه ارزشيابي منفي از خود به يک ويژگي منفي در هسته خودانگاره منفي از عزت نفس خود محافظت کند. براي مثال، بگويد«من در امتحان به اين خاطر نتوانستم خوب عمل کنم که کمرويي ام مرا از سؤال کردن در کلاس باز مي­داشت، و فقط کساني که سؤال مي­کنند در امتحان نتايج خوب به دست مي­آورند»(تيلر، 1999).

**2-3-14-رشد خطاهاي ادراکي مثبت**

رشد خطاهاي ادراکي مثبت به وسيله سبک فرزند پروري شکوفا مي شود، بدين ترتيب که والدين به فرزندان خود اطلاعات مي دهند و آنها را به انتخاب کردن در فضايي از روابط گرم، با محدوديت هاي رفتاري روشن، تشويق مي کنند. سبک فرزندپروري که آسان گير، و يا بسيار سرد است، رشد خطاهاي ادراکي مثبت را تسهيل نمي­کند.(مراک،1998؛به نقل از تیلر،1999).

خود ادراکي مثبت در اوايل زندگي شروع مي شود. کودکان پيش دبستاني خود را شايسته و محبوب مي بينند وگرايش به داشتن ديد مثبت از خود در سرتاسر زندگي ادامه مي يابد، هرچند که از نيرومندي آن به تدريج کاسته مي­شود. اين ديد از خود به عنوان «خوب» توسط نحوه کارکرد حافظه رقم مي­خورد. حافظه خود مدار است. بيشتر ما گذشته را به صورت نمايش هايي(دارم هايي) به ياد مي­آوريم که در آنها نقش اول يا قهرمان را بازي مي­کرديم (مراک،1998؛به نقل از تیلر،1999).

افرادي که خود را مثبت ارزيابي مي کنند براي ديگران نيز حرمت زياد قائل مي شوند و لذا نزد ديگران محبوب ترند. اين امر در سرتاسر چرخه زندگي از پيش از دبستان تا سن پيري صحت دارد (مراک،1998؛به نقل از تیلر،1999). کساني که خودشان را داراي صفات مثبت مي بينند، کساني که نسبت به آينده خود خوش بين هستند و کساني که باور دارند رويدادهاي مهم زندگي شان را مي توانند کنترل کنند بيشتر و جدي تر کار مي­کنند، زيرا بازده مثبتي از کار خود انتظار دارند. وقتي با مانعي رو به رو مي شوند راه حال­هاي مختلف را به کار مي گيرند تا موفق شوند، زيرا بر اين باورند که سرانجام موفق خواهند شد. به اين ترتيب، سبک کاري آنها با انگيزش بالا براي موفقيت، سطح بالايي از پافشاري در انجام دادن تکاليف چالش انگيز، عملکرد مؤثرتر و با موفقيت بيشتر مشخص مي شود. نياز به کنترل و ادراک خود به عنوان فردي که نسبت به کنترل محيط خود تواناست، از همان آغاز تولد حضور دارد. کودکان از ماه هاي اول زندگي نياز به کنترل محيط و تسلط برآن را بروز مي دهند. با چيرگي به يک جنبه از محيط حوصله شان سر مي رود و به جنبه ديگري مي پردازند. براي مثال کودک ممکن است با يک آويزه جنبان (موبايل) جديد برانگيخته شود، اما پس از اندکي از آن خسته مي شودو به يک جغجغه تازه علاقمند مي شود، و وقتي يک عروسک جيرجيري جديد پيدا مي کند اندکي بعد از آن هم خسته مي شود. براي کودکان موقعيت هاي نسبتاً تازه برانگيزنده و جالب تر از موقعيت هاي بسيار آشنا يا کاملاً ناآشنا هستند(تیلر،1999).

باور به کنترل، پاسخ هاي فشار انگيز را کاهش مي دهد. در آزمايش هاي آزمايشگاهي دو گروه از افراد با تعداد يکساني از ضربه هاي الکتريکي يا صداي بلند روبه رو مي­شوند. گروهي که دکمه وحشت دارند(ولي از آن استفاده نمي کنند) چون مي­بينند امکان کنترل دارند، از لحاظ شاخص هاي فيزيولوژيکي ضربان قلب و هدايت پوستي، فشار رواني کمتري را تجربه مي کنند، به علاوه در بازي­هاي شانسي، اگر نشانه­هاي زيادي باشد داير براينکه بردن به مهارت بستگي دارد، مانند معرفي يک متخصص خوش لباس در بازي که چگونگي اجراي بازي را نشان مي­دهد، افراد به نحوي رفتار مي کنند که گويي ريختن تاس يا کشيدن کارت يک فعاليت ماهرانه است(لنگ،1975؛به نقل از خدا پناهی،1380).

**2-3-15- اصلاح خطاهاي ادراکي مثبت**

خطاهاي ادراکي مثبت در کودکان نيرومند تر از بزرگسالان است. اگر اين خطاهاي ادراکي غيرسازشي باشند لازم است که اصلاح شوند. اصلاح خطاهاي ادراکي مثبت مستلزم دادن اطلاعات منفي به نحوي است که تصحيح کننده باشند تا تخريب کننده. ضربه رواني، قرباني کردن و از دست دادن مي توانند خطاهاي ادراکي مثبت را در هم بريزند و مانع شوند که شخص خود را خوب و داراي کنترل و آينده را اميدبخش و امن ببيند. افرادي که بر اثر رويدادهاي مصيبت بار دچار ضربه روحي هستند، توسط ديگران قرباني و مورد آزار قرار گرفته اند، يا کساني که ناگهان بيمار يا داغديده مي شوند، همگي ارزش خود و توانايي شان براي کنترل رويدادها و امنيت آينه جهان را زير سوال مي برند. اگر اين رويدادها در اوايل زندگي افراد رخ دهند، دچار افسردگي، و اگر در اواخر زندگي باشند، دچار بيماري مي شوند(تیلر،1999).

**2-3-16- خوش بيني، اميدواري و سلامت**

معلوم شده است که بين خوش بيني و اميدواري که با مقياس هاي معرفي شده در بخش هاي قبل اندازه گيري مي شوند همبستگي هاي معني دار وجود دارد. (پيترسن، 2000؛ و اشنايدر 2000). خوش بيني و اميدواري با شاخص­هاي آسيب شناسي رواني فعلي شخص به طور کلي، و با افسردگي موجود وي به طور خاص، همبستگي منفي دارد. خوش بيني و اميدواري، سلامت جسمي و رواني را آن گونه که با انواع شاخص ها از جمله سلامت خودگزارشي، پاسخ مثبت به مداخله­هاي پزشکي، سلامت ذهني، خلق مثبت، نيرومندي ايمن شناختي، کنارآمدن مؤثر (ارزيابي مجدد، حل مسأله، اجتناب از رويدادهاي فشارزاي زندگي، جستجوي حمايت اجتماعي) و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده اند، پيش بيني مي کند (پترسن، 2000؛ اشنايدر،2000). افراد خوش بين سالمتر و شادترند. دستگاه هاي ايمني آنان بهتر کار مي کنند. آنان با بهره گيري از راهبردهاي کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزيابي مجدد و مسأله گشايي، با فشارهاي رواني بهتر کنار مي آيند. آنان همچنين به نحو فعال از رويدادهاي فشارزاي زندگي پرهيز مي کنند و شبکه هاي حمايت اجتماعي بهتري را پيرامون خود مي سازند. سبک هاي زيستي سالم تري دارند که آنان را از ابتلاي به بيماري حفظ مي کنند، و اگر هم بيمار شوند به توصيه هاي پزشکي بهتر عمل مي کنند و آنها را با الگوهاي رفتاري دنبال مي کنند که بهبودي را سرعت مي بخشند. از روي خوش بيني اوايل بزرگسالي مي توان سطح سلامتي را در اواخر دوره بزرگسالي و در فاصله 35 سال پيش بيني کرد (پيترسن، 1998).

**2-3-17- پايه هاي عصبي- زيستي خوش بيني و اميدواري**

در مورد عصب زيست شناسي خوش بيني پژوهش اندکي اجرا شده است. با اين حال، يافته هاي پژوهشي عصب زيست شناختي در سه زمينه قابل توجه اند: 1- بدبيني، افسردگي و اضطراب. 2- رفتار خوش بينانه هدفمند و برانگيزنده، و 3- رفتار عاطفي خوش بينانه.

**2-3-18- عصب زيست شناسي بدبيني**

بدبيني مشخصه کليدي افسردگي و اضطراب است، بنابراين عصب زيست شناسي اين اختلال ها نقطه شروع فهم همبسته هاي زيست شناختي خوش بيني و اميد را فراهم مي سازد. افسردگي و اضطراب با عملکرد نابهنجار در دستگاه ليمبيک (به ويژه آميگدالا) و دستگاه پاراليمبيک و قشر پيش پيشاني جانبي ارتباط دارد. افسردگي با کمبود برخي انتقال دهنده هاي عصبي (به ويژه سروتونين و نورآدرنالين) يا کاهش درکارآمدي دستگاه هايي در مغز که در جلوگيري و يا ايجاد افسردگي دخيل اند، ارتباط دارد (ليدو[[49]](#footnote-49)، 1998).

احتمال مي رود که خوش بيني و اميدواري با کارکرد مؤثر دستگاه هاي انتقال دهنده عصبي شامل سروتونين و نورآدرنالين مرتبط باشد، هرچند که پژوهش در اين زمينه هنوز در آغاز راه است. افسردگي همچنين با عملکرد نابهنجار غده صنوبري هيپوتالاموس محور آدرونوکورتيکي رابطه دارد که به بيش توليدي کورتيزول، کمبود ترشح آندروفين و فرونشاني ايمني منجر مي شود. شواهد فراينده اي وجود دارد دال بر اينکه خوش بيني و اميد با کارکرد مؤثر تر دستگاه ايمني مرتبط است (پيترسن، بولینگ و کوئینگ[[50]](#footnote-50)،2002).

اضطراب با پيوند نابهنجار گابا آمينوبيوتيريک اسيد[[51]](#footnote-51) ارتباط دارد(ليدو، 1998). وقتي که انگيختگي به سطح معيني برسد گابا معمولاً به صورت خودکار رها مي شود، سپس گيرنده هاي گابا به نرونهاي تهييج شده مي چسبد و تجربه اضطراب را ايجاد مي کند. اين فرايند، پيوند، بازداري، افت در انگيختگي و کاهش در اضطراب تجربه شده را موجب مي شود. درمان اضطراب با بنزو ديازپبين ها مثل ديازپام (واليوم) به اين علّت اضطراب را کاهش مي دهد که اين داروها به نرون هاي دريافت کننده گابا وصل مي شوند و انگيختگي را کاهش مي دهند. پژوهش انجام شده توسط دراگان (1997،به نقل از لیدو،1998)نشان مي دهد حيوان هايي که در مواجهه با فشار رواني غيرقابل کنترل انعطاف نشان مي دهند الگوي يگانه اي از پيوند گابا دارند. حيوان­هايي که در رويارويي با فشار رواني غيرقابل کنترل انعطاف از خود نشان مي دهند، پيوند فزاينده اي از گابا بروز مي دهند(گويي که به آنها ديازپام داده شده است) و حافظه هيجاني آنها در مورد رويداد فشارانگيز معيوب مي شود. برعکس، حيوان هايي که درمانده مي شوند براي عوامل فشارانگيز غيرقابل کنترل فعاليت گابايي کاهش يافته و حافظه فعال نشان مي دهند(لیدو،1998).

**2-3-19- عصب زيست شناسي رفتار هدفمند خوش بينانه**

مفهوم سازي اشنايدر(2000) از اميد به عنوان توانايي برنامه ريزي گذرگاه هايي به سوي اهداف موردنظر برخلاف موانع و برانگيخته شدن براي استفاده از اين گذرگاه ها، گوياي اين است که پژوهش در مورد عصب زيست شناسي رفتار برانگيزانده و هدفمند مي تواند همبسته هاي زيست شناختي اميد را روشن سازد (اشنايدر، 2000). گري پيشنهاد کرده است که مقدار زيادي از رفتار هدفمند را دو مرکز کنترل متعارض در دستگاه عصبي مرکزي اداره مي کنند. پيکرينگ و گري (1995، به نقل از لیدو،1998)بیان می کنند که اينها سامانه فعال سازي رفتاري و سامانه بازداري رفتاري هستند. سامانه فعال سازی رفتاری به عنوان سامانه اي است که به ويژه به پاداش ها يا تقويت ها و سامانه بازداري رفتاري به عنوان سامانه اي که به ويژه به تنبيه پاسخ مي دهد مفهوم سازي شده اند. سامانه فعال سازی رفتاري با نشانه هاي پاداش فعال مي شود و رفتار روي آوري را کنترل مي کند. آن يک سامانه حرکت است. سامانه بازداري رفتاري با علايم تنبيه فعال مي شود و اجتناب نافعال را کنترل مي کند. آن سامانه توقف است. سامانه فعال سازی رفتاري که به احتمال براي رفتار خوش بينانه اهميت اساسي دارد توسط گذرگاه هاي دوپاميني مزوليمبيکي و مزوکورتيکي پشتيباني مي شود (پيکرينگ و گري،1995 ؛به نقل از لیدو،1998).

**2-3-20- عصب زيست شناسي تعامل اجتماعي خوش بينانه**

رشته ديگري از پژوهش ها به مطالعه خوش بيني در زنان در بافت روابط حمايت اجتماعي بر اُکسي توسين و مواد افيوني درونزاد تأکيد دارد (لیدو،1998). اُکسي توسين پپتيدي است که پس از تولد نوزاد از لب خلفي هيپوفيز رها مي شود. آن ترشح شير را به هنگام شير دادن و انقباضات رحمي را به هنگام تولد فرزند آسان مي­سازد. همچنين ممکن است فرايند وابستگي بين مادر و نوزاد و اداره فشاررواني از طريق جستجوي حمايت اجتماعي در زنان را تسهيل کند. اُکسي توسين در پاسخ به فشار رواني و حمايت اجتماعي رها مي­شود. آن فعاليت سمپاتيکي آدرنوکورتيکال- هيپوفيزي- هيپوتالاموسي را به صورت نزولي تنظيم مي کند و لذا واکنش هاي فشار رواني را کاهش مي دهد. همچنين تماس (خوش بينانه) با ديگران را که ممکن است بالقوه حمايت اجتماعي فراهم کنند، تحريک مي کند(لیدو،1998).

سطوح پائين پپتيدهاي افيوني درونزاد همچنين مي تواند به عنوان مشوقي براي جستجوي (خوش بينانه) تماس اجتماعي عمل کند. آن ها، همانند اُکسي توسين به هنگام تماس اجتماعي حمايتي و وابسته رها مي شوند. آنها فعاليت سمپاتيکي آدرنوکورتيکال- هيپوفيزي- هيپوتالاموسي را در پاسخ به فشار رواني و جدايي به طور نزولي تنظيم مي کنند و بدين وسيله پاسخ هاي فشارانگيز را کاهش مي دهند. سطوح بالاي پپتيدهاي افيوني درونزاد به طور ذاتي پاداش بخش هستند(لیدو،1998).

به طور خلاصه، خوش بيني و اميد به احتمال همبسته هاي زيست شناختي زيادي دارند. اين ها ممکن است درگير موارد زير باشند:1) کارکرد مؤثر سامانه هاي انتقال دهنده عصبي شامل سروتونين و نورآدرنالين؛2) کارکرد مؤثر دستگاه ايمني؛3) پيوند افزاينده گابا و توان فراموشي يا بازداري يادمان هاي رويدادهاي فشارانگيز؛4) سامان فعال سازي يا آسان سازي رفتاري به ويژه فعال يا کارآمد شامل گذرگاه هاي دوپاميني مزوکورتيکي و مزوليمبيکي. در زنان اکسي توسين و سامانه هاي مبتني بر افيون درونزاد ممکن است با روابط حمايت کننده اجتماعي اميدوارانه مرتبط باشند.

**2-4- رابطه معنويت و اميدواري**

براساس پژوهشي در زمينه معنويت واميدواري نتايج­نشان دادند که همبستگي زيادي بين معنويت، اميد و رضايت از زندگي وجود دارد به اين صورت که معنويت و اميد رضايت از زندگي را پيش­بيني مي­کنند، همچنين براساس اين پژوهش مي­توان نتيجه گرفت که معنويت و اميدواري نقش مهمي را در رضايت از زندگي و   
قضاوت­هاي روان­شناختي بازي مي­کنند (برسناهان و مريل، 1999).

**2-5- رابطه معنويت و سلامت­روان**

بسياري از تحقيقاتي که رابطه بين معنويت و سلامت­روان را بررسي مي­کنند برآنند تا عوامل و مکانيزم­هاي بالقوه تاثيرگذار در اين ارتباط را بيابند. يعني، علاوه بر پذيرش فرض تأثيرگذاري فعاليت­ها و مناسک معنوي يا مذهبي به واسطه مداخله خداوند، فاکتورهاي ديگري نيز ممکن است اين تأثيرات را تبيين و توجيه کنند. مکانيزم­هايي که اغلب مواقع مورد بحث و بررسي هستند شامل بررسي هايي است که در ادامه آمده است.

پژوهشگران اکنون بيش از آن که به متعلقات اجتماعي معنويت علاقه نشان دهند بر لزوم آن براي سلامت رواني تأکيد مي کنند. پژوهش در مورد معنويت و بهداشت رواني امروز با استفاده از انواع معيارها و فنون پژوهشي به طور گسترده اي دنبال مي شود. با توجه به اينکه هر دو متغير چند بُعدي تصور مي شوند، پيوند هاي متقابل ميان آنها عملاً پايان ناپذير به نظر مي رسد. اسپيلکا (2003) در کوششي آغازين براي ارزيابي ادبيات مربوط به معنويت و سلامت رواني نتيجه گرفت که ناهمساني هايي که دريافته هاي تجربي مي يابد ، برخلاف آنچه برخي استنباط کرده بودند، دليل عدم رابطه نيست، بلکه نشان دهندۀ پيوند پيچيده ای است که مستلزم تعريف دوباره و سنجش دقيق هر اصطلاح است. او معتقد است که از چهار طريق مي توان ميان معنويت و بهداشت رواني پيوند برقرار کرد: (1) معنويت گريزگاهي براي فرار از ناراحتي رواني موجود است. (2) ممکن است نشانه هاي بيماري رواني سرکوب و فرد را دوباره اجتماعي سازد، و وي را ترغيب کند تا به شکل هايي از تفکر و رفتار روي آورد که متعارف تر و از لحاظ اجتماعي پذيرفته تر باشد. (3) باورهاي معنوي ممکن است مجالی براي گريز از فشارهاي زندگي فراهم آورد، فشار هايي که اگر اين باورها نباشد مي توانند اختلال رواني را تسريع کنند. (4) و ممکن است منابعي براي رشد ديدگاه هاي وسيع تر و تحقق کامل تر توانايي هاي فردي ايجاد کند.

پارگامنت (2000) مي­گويد: افراد متوجه شده­اند که معنويت به آنها کمک   
مي­کند سلامت خود را حفظ کنند وقي افراد با يک بحران روبرو مي­شوند، اغلب معنويت خود را به عنوان يک روش سازگاري بکار مي­گيرند. الکينز (1998) معتقد است که، معنويت براي شادي و سلامت­روان انسان ضروري است. اصولاً فرض بهداشت رواني، منهاي معنويت ديني و فرزانگي عرفاني، ناممکن است و ناشي از انسان­شناسي کژتابانه است. خانه­ي بهداشت رواني در سطوح متافيزيولوژيک، بي­عرفان توحيدي دين، سست و شکننده است (طاهري­پور، 1386).

در دو دهه گذشته، يک رويکرد کل­گرايانه در شناخت بشر راه را براي انجام بررسي­هاي بيشتر در زمينه معنويت به مثابه يک بعد از ابعاد شناختي، هيجاني، رفتاري، و بين فردي که سازنده ماهيت انسان­اند، تسهيل کرده است. اگرچه ارتباط بين معنويت و سلامت­روان در جهان­بيني­هاي شرقي (به خصوص بوديسم) قرنهاست که پذيرفته شده است (کينگ، 1998)، اما شکاف تاريخي ميان مذهب و علم در غرب اخيراً به علاقه نسبي به سمت و سوي اين ارتباط کشيده شده است. اين علاقه به ارتباط ميان معنويت و سلامت­روان به طرقي در حال بررسي است. پژوهشگران در رشته­هاي مختلفي چون روان­شناسي، روانپزشکي، پرستاري، پيري­شناسي و الهيات در حال بررسي ارتباط بين عناصر مختلف اين دو بعد از وجود انسان هستند.

بيماران و بازماندگان از رويدادهاي دشوار (مانند سيل، زلزله، بيماري­هاي صعب­العلاج) نيز مانند افراد جوامع مذهبي مي­توانند من باب شيوه­هايي که معنويت مي­تواند بر سلامت­روان، بهزيستي، بيماري رواني و بهبود از بيماري دخيل باشد، شواهدي بيافزايند (بارکر و بوچانان[[52]](#footnote-52)، 2005).

پژوهش سيما اژدري فرد، قاضي و نوراني پور (1389) تاثير آموزش عرفان و معنويت در افزايش سلامت رواني دانش آموزان دختر پايه سوم دبيرستان منطقه 13 شهر تهران در سال تحصيلي 1387-1386 مورد بررسي قرار دادند. 120 نفر با استفاده از روش نمونه گيري چند مرحله اي انتخاب شد. از بين آنان کساني که در پرسش نامه سلامت روان نمره بالا تري کسب کرده بودند، 60 نفر به صورت تصادفي از هر مدرسه انتخاب شدند. دانش آموزان يک مدرسه به قيد قرعه به عنوان گروه آزمايش و ديگري به عنوان گروه گواه منظور شدند. براي گروه آزمايش به مدت ده جلسه کلاس­هاي آموزشي با رويکرد عرفاني و معنوي که اساس آموزش، شناخت «خطاهاي شناختي» با استفاده از قصه­هاي مثنوي مولوي بود، برگزار شد. نتايج تحقيق نشان داد که آموزش عرفان و معنويت در افزايش سلامت روان و بهبود عملکرد جسماني و عملکرد اجتماعي و کاهش اضطراب و افسردگي دانش آموزان تاثير دارد.

پژوهش غباري بناب، متولي پور، حکيمي راد و حبيبي (1388) به تبيين رابطه بين ابعاد مختلف معنويت با اضطراب و افسردگي در دانشجويان دانشگاه تهران و همچنين تعيين توان پيش بيني ابعاد مختلف معنويت در ميزان افسردگي و اضطراب دانشجويان پرداخت. 304 نفر از دانشجويان (124 پسر و 180 دختر) دانشگاه تهران به صورت طبقه اي سهمي انتخاب شدند و به فهرست بازبيني نشانگان رفتاري و مقياس تجربيات معنوي (غباري بناب و همکاران، 1384) پاسخ دادند.

يافته­ها نشان داد بين ميزان اضطراب و ابعاد معنويت (معنايابي در زندگي و ارتباط با خدا) همبستگي منفي و بين افسردگي و اضطراب و تجربيات سلبي دانشجويان در معنويت همبستگي مثبت است. همچنين بين ميزان افسردگي، معنايابي در زندگي، ارتباط با خدا و شکوفايي معنوي در دانشجويان همبستگي منفي بود. از لحاظ جنس، اضطراب و افسردگي در دختران بيشتر از پسران بود. محققان نتيجه­گيري کردند با توجه به اين يافته ها مي توان گفت رابطه بين اضطراب و افسردگي که دو جنبه مهم از سلامت روان هستند با معنويت و جنبه هاي مختلف آن معکوس است. از اين يافته­ها مي توان در حيطه طراحي براي ارتقاي سلامت روان در محيط­هاي دانشجويي بهره برد.

غلام علي، کيوان زاده و ارجمند (1387) به بررسي ميزان و رابطه معنويت، استرس شغلي، تعهد سازماني و رضايت شغلي در پرستاران شهر تهران پرداختند. با روش نمونه گيري تصادفي طبقه اي، نمونه اي شامل 397 پرستار (307 زن، 75 مرد) از بيمارستان هاي تهران انتخاب شدند. آنها چهار پرسشنامه معتبر معنويت و مراقبت معنوي، استرس شغلي، تعهد سازماني و رضايت شغلي را تكميل كردند.

نتايج نشان داد كه پرستاران رضايت شغلي كم و در عين حال تعهد سازماني متوسط و بالاتر از متوسط و همچنين احساس معنوي و مراقبت معنوي بالا و استرس شغلي بالاتر از متوسط داشتند. نتايج ضرايب همبستگي و تحليل رگرسيون حاكي از آن بود كه استرس شغلي با سه متغير ديگر پژوهش رابطه منفي دارد. علاوه بر اين، معنويت، تعهد سازماني و استرس شغلي پيش بين هاي معناداري براي رضايت شغلي پرستاران بودند.

جعفري، صدري و فتحي اقدم (1386) در پژوهشي به رابطه بين كارايي خانواده و دينداري و سلامت روان در دانشجويان و مقايسه آن بين گروه­هاي دختر و پسر پرداختند. با توجه به مساله پژوهش، فرضيه هاي تحقيق به اين صورت مطرح گرديد: بين كارايي خانواده و دينداري و سلامت روان دانشجويان رابطه معناداري وجود دارد. همچنين بين اين رابطه در گروه هاي دختر و پسر تفاوت معناداري وجود دارد. براي آزمون فرضيه هاي مذكور به كمک روش تحقيق همبستگي و با استفاده از پرسش نامه هاي كارايي خانواده و دينداري و سلامت روان اطلاعات لازم جمع آوري شد. يافته­ها نشان داد بين كارايي خانواده و دينداري و سلامت دانشجويان رابطه معناداري وجود دارد. اما بين اين رابطه در دانشجويان دختر و پسر تفاوت معناداري وجود نداشت.

بهرامي دشتکي، عليزاده، غباري بناب و کرمي (1385) در پژوهشي به بررسي تعيين تاثير آموزش معنويت به شيوه گروهي بر كاهش افسردگي دانشجويان پرداختند. پژوهش، نيمه آزمايشي با طرح پيش آزمون - پس آزمون با گروه كنترل بود و نمونه گيري آن به روش تصادفي خوشه اي انجام گرفت. به اين منظور، تعداد 20 نفر انتخاب و به طور تصادفي در دو گروه آزمايش و كنترل قرار گرفتند. اعضاي گروه آزمايش در 10 جلسه مشاوره گروهي یک و نیم ساعته شركت كردند و يك هفته بعد از آخرين جلسه، پس آزمون براي هر دو گروه اجرا شد. در اين پژوهش از دو پرسشنامه افسردگي بك (فرم كوتاه) و پرسشنامه تجربه معنوي غباري و همكاران (1384) به عنوان ابزار سنجش استفاده شد. پرسشنامه افسردگي بك براي سنجش ميزان افسردگي آزمودني ها و سنجش تاثير آموزش ارايه شده، و پرسشنامه تجربه معنوي غباري و همكاران (1384) براي سنجش ميزان معنويت آزمودني­ها مورد استفاده قرار گرفت.

نتايج نشان داد كه تفاوت ميان گروه آزمايش و كنترل معنادار بوده است، يعني مداخلات معنوي شامل دعا، بخشودگي، مراقبه متعالي، معنايابي، موجب كاهش افسردگي در دانشجويان دختر شده است.

فراهاني نيا، عباسي، گيوري و حقاني (1384) تعيين و مقايسه سلامت معنوي دانشجويان سال اول و چهارم و ديدگاه آن ها در مورد معنويت و مراقبت معنوي از بيماران را مورد بررسي قرار دادند. جامعه پژوهش را دانشجويان پرستاري سال اول و چهارم دانشگاه هاي علوم پزشكي ايران، تهران و شهيد بهشتي تشكيل داد.

نمونه­گيري به روش سرشماري انجام گرفت و از كل نمونه ها، 283 دانشجوي پرستاري در مطالعه شركت نمودند. ابزار پژوهش شامل سه پرسشنامه استاندارد شده مربوط به سلامت معنوي ديدگاه در مورد معنويت و مراقبت معنوي بود.

يافته­ها نشان دادند كه 8/98درصد دانشجويان سال اول و كل دانشجويان سال چهارم (100 درصد) داراي سلامت معنوي در حد متوسط بودند و نتايج آزمون تي اختلاف معني داري را بين دو گروه نشان نداد. ميانگين كسب شده ديدگاه دانشجويان سال اول در مورد معنويت 45/4±0.65 و سال چهارم 33/4±0.76 بود، اختلاف معني دار بين دو گروه يافت نشد. همچنين ميانگين كسب شده ديدگاه دانشجويان سال اول در مورد مراقبت معنوي 43±9/6 و سال چهارم 42.5±1/6 بود و اختلاف معني دار بين دو گروه وجود نداشت.

با توجه به يافته­هاي پژوهش مبني بر اينكه سلامت معنوي و ديدگاه دانشجويان سال چهارم در مورد معنويت و مراقبت معنوي علي­رغم گذراندن يك دوره چهار ساله در آموزش پرستاري با دانشجويان سال اول تفاوتي نداشته است، مي توان بر لزوم گنجاندن محتواي درسي در اين رابطه و اهميت دادن به آن در دوره چهار ساله برنامه آموزش پرستاري تاكيد كرد. همچنين بررسي پژوهش حاضر به صورت طولي و استفاده از ابزارهاي جديدتر و مطابق با فرهنگ ايراني در اين زمينه و بررسي تاثير آموزش بر ديدگاه دانشجويان نسبت به معنويت و مراقبت معنوي توصيه گردیده است.

**2-6- رابطه اميدواري و سلامت روان**

مفهوم اميدواري بر مبناي رويکرد روانشناسي مثبت شکل گرفته است. اين رويکرد به جاي تمرکز صرف بر ضعف هاي انسان، توانمندي­هاي انسان را مورد توجه قرار مي دهد. آثار سودمند سازه هاي مثبت همچون اميدواري بر سلامت جسماني و رواني در تحقيقات گوناگون تاييد شده است. در اين ميان مفهوم اميدواري توجه فزاينده اي را به خود اختصاص داده است (اشنايدر، 2000). اميدواري يک هيجان انفعالي نيست که تنها در لحظات تاريک زندگي پديدار شود، بلکه فرآيندي شناختي است که افراد از طريق آن، فعالانه اهداف خويش را دنبال مي کنند. پس از طرح نظريه اميدواري از جانب اشنايدر و همکاران (2002) و ساخت مقياسي براي اندازه­گيري آن، حجم وسيعي از بررسي ها به مطالعه رابطه اميدواري با ديگر متغيرها از جمله سلامت روان پرداختند. به عنوان مثال تحقيقات مختلف نشان داده اند که اميد و عاطفه مثبت ، با اميدواري و احساس خود ارزشمندي همبستگي مثبت دارند. از نظر اشنايدر (2000) غم و خلق پايين با عدم دستيابي به اهداف مرتبط است. اميدواري پايين مي­تواند سطح پايين سلامت رواني را پيش بيني نمايد(اليوت، ويتي، هافمن،1991؛به نقل از اشنایدر ،2000).

علاء الديني، کجباف و مولوي (1386) نشان دادند برنامه درماني مبتني بر اميدواري موجب افزايش سلامت روان گرديد. طبق نتايج، بدکارکردي اجتماعي و افسردگي در آزمودني ها، کاهش يافت. بررسي عسگري و اشرف الدين (1389) نشان داد بين اميدواري و احساس ذهني بهزيستي ارتباط مثبت وجود دارد.

همچنين براساس پژوهشي که رابطه بين اميدواري و سلامت جسمي و رواني را در بيماران اسکيزوفرن مورد بررسي قرار داده بود اين نتيجه به دست آمد که با افزايش اميدواري در بيماران اسکيزوفرن کيفيت زندگي و سلامت جسمي و رواني آنها به صورت مستقيم و مثبت افزايش پيدا مي­کند (کينگ، 1998).

کياني، پاکيزه، استواري و نمازي (1389) به بررسي اثر بخشي گروه درماني شناختي-رفتاري بر افزايش عزت نفس، کاهش نااميدي و رابطه کاهش نااميدي با افزايش عزت نفس پرداختند. گروه آزمايش هشت جلسه 90 دقيقه اي، مورد مداخله قرار گرفتند. نتايج نشان داد که گروه درماني شناختي-رفتاري بر کاهش نااميدي، افزايش عزت نفس کلي و سطوح عزت نفس خانوادگي و تحصيلي بيماران موثر بوده است. علاوه بر اين افزايش عزت نفس با کاهش نااميدي رابطه مستقيم و معکوس دارد. تفاوت معناداري در نمرات عزت نفس سطح اجتماعي ديده نشد. بر اساس اين مطالعه محققان معتقدند که گروه درماني شناختي-فتاري مي تواند موجب کاهش نا اميدي و افزايش عزت نفس در سطوح کلي، خانوادگي و تحصيلي شود اما افزايش عزت نفس اجتماعي را به همراه ندارد. بنابراين لزوم توجه به حمايت هاي گسترده تر اجتماعي براي اين بيماران را ياد آور مي شود.

در پژوهش حسينيان، سوداني، و مهرابي زاده هنرمند (1388) اثربخشي معني درماني به شيوه گروهي بر افزايش اميد به زندگي بيماران سرطاني بيمارستان شفاي اهواز مورد بررسي قرار گرفت. بر اساس نتايج حاصل از تحليل كوواريانس، بين ميانگين نمره هاي پس آزمون گروه آزمايش و گواه تفاوت معني داري وجود داشت. معني درماني به شيوه گروهي باعث افزايش اميد به زندگي بيماران سرطاني مي شود. روش معني درماني طي 10 جلسه 45 دقيقه­اي، هر هفته يك جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات پس آزمون روي دو گروه آزمايش و گواه اجرا گرديد.

بيجاري، قنبري، آقامحمديان (1388) پژوهشي با هدف بررسي اثربخشي گروه درماني مبتني بر رويکرد اميد درماني بر افزايش اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. با توجه به ارتباط ميان اميد، افسردگي و سرطان، بررسي اثربخشي اين شيوه درمان بر کاهش افسردگي نيز به عنوان هدف دوم در نظر گرفته شد. بدين ترتيب، گروه درماني مبتني بر رويکرد اميد درماني در مقايسه با گروه گواه به طور معناداري موجب افزايش اميد به زندگي و كاهش افسردگي زنان مبتلا به سرطان پستان مي شود. اين پژوهش از نوع نيمه آزمايشي (طرح گروه کنترل نابرابر) بود و با استفاده از روش نمونه گيري مبتني بر هدف يا در دسترس از ميان مراجعه كنندگاني كه به درمانگاه هاي پستان شهر مشهد مراجعه كرده بودند، با توجه به ملاك هاي در نظر گرفته شده 20 نفر را انتخاب كرده و آنها را به دو گروه آزمايشي و گواه تقسيم كرديم (10 نفر براي هر گروه). نتايج تفاوت معناداري را در ميزان اميد به زندگي و افسردگي نشان نداد.

پژوهش عبادي، سوداني، فقيهي و حسين پور (1388) به بررسي اثربخشي آموزش مثبت نگري با تاکيد برآيات قرآن بر افزايش اميد به زندگي در 50 نفر از زنان مطلقه شهر اهواز پرداخته است. يافته هاي حاصل از پژوهش نشان داد، کاربرد مثبت نگري با تاکيد بر آيات قرآن بر افزايش اميد به زندگي زنان مطلقه شهر اهواز موثر بوده و تاثير آموزش مورد نظر، با توجه به نتايج آزمون پيگري، از ثبات لازم برخودار بوده است.

عبدي، تقديسي و نقدي (1388) در پژوهش خود به بررسي اثربخشي مداخلات ارتقا دهنده اميد در بيماران مبتلا به سرطان پرداختند. اين مطالعه يک کارآزمايي باليني بود که در سال 1386 در بخش شيمي درماني بيمارستان قدس سنندج بر روي 50 نفر از بيماران مبتلا به سرطان انجام شد. بيماران به طور تصادفي به دو گروه مساوي مورد و شاهد تقسيم شدند. قبل و بعد از مداخله براي هر دو گروه پرسشنامه اميد هرث تکميل شد. مداخلات ارتقا دهنده اميد براي بيماران گروه مورد به صورت مباحثه عميق و چهره به چهره و انفرادي و با روش يادگيري بر اساس حل مساله انجام شد. يافته ها نشان داد بين ميانگين نمرات اميد بيماران گروه مورد و شاهد قبل از مداخلات ارتقا دهنده اميد اختلاف معني داري مشاهده نشد. بعد از انجام مداخلات ارتقا دهنده اميد بين ميانگين نمرات اميد دو گروه مورد و شاهد اختلاف معني­داري ديده شد. ميانگين نمرات اميد در گروه مورد بعد از مداخله 32/4 نمره افزايش يافت و اختلاف معني داري بين ميانگين نمرات اميد گروه مورد قبل و بعد از مداخله وجود داشت. محققان نتيجه مي گيرند که مداخلات ارتقا دهنده اميد در افزايش اميد بيماران موثر است، بنابرين شايسته است به منظور ارتقاي کيفيت زندگي بيماران ميتلا به سرطان، ارايه خدمات آموزشي و برنامه هاي ارتقا دهنده اميد با روش هاي مناسبي مانند يادگيري بر اساس حل مساله با مشارکت فعال بيمار در فرآيند بحث با برنامه ريزي مدون انجام پذيرد.

عسگري و شرف الدين (1387) در بررسي خود با موضوع رابطه اضطراب اجتماعي، اميدواري و حمايت اجتماعي با احساس ذهني بهزيستي در 340 نفر از دانشجويان زن و مرد واحد علوم و تحقيقات خوزستان نشان دادند بين اضطراب اجتماعي و احساس ذهني بهزيستي رابطه منفي معني داري وجود دارد ولي بين اميدواري و احساس ذهني بهزيستي و همچنين بين حمايت اجتماعي و احساس ذهني بهزيستي رابطه مثبت معني داري وجود دارد. همچنين يافته ها نشان داد كه بين اضطراب اجتماعي، اميدواري و حمايت اجتماعي با احساس ذهني بهزيستي رابطه چندگانه معني دار وجود دارد.

علاالديني، کجباف و مولوي (1386) به بررسي اثر بخشي اميد درماني گروهي بر افزايش ميزان اميد و سلامت رواني دانشجويان دختر دانشگاه اصفهان پرداخته و طبق نتايج تحليل کواريانس نشان داده شد که اين برنامه درماني منجر به افزايش اميد و سلامت رواني شده و کاهش نارساکنش وري اجتماعي و افسردگي شده است، اما در نمرات زير مقياس هاي اضطراب و بي خوابي و نشانه هاي جسماني تغيير معناداري مشاهد نشد. براي انجام پژوهش با استفاده از اطلاعيه، از دانشجويان براي شرکت در جلسات دعوت به عمل آمد. سپس تعداد 30 نفر از اين افراد به طور تصادفي در دو گروه آزمايش و کنترل جايگزين شدند. به منظور اندازه گيري متغيرهاي مورد نظر از آزمون سلامت عمومی و پرسشنامه اميد اشنايدر استفاده شد.

شمس، هاشميان و شفيع آبادي (1386) اثربخشي روش آموزش حس شوخ طبعي بر نااميدي و سازگاري اجتماعي دانشجويان افسرده را مورد بررسي قرار دادند. به منظور انجام اين پژوهش، تعداد 60 نفر (30 مرد و 30 زن) از مراجعان به مرکز مشاوره رودهن و افراد داوطلب، پس از سرند اوليه، با استفاده از مصاحبه و بر اساس نمره اي که در پرسش نامه افسردگي بک به دست آوردند (داراي افسردگي متوسط)، انتخاب شده و به طريق جايگزيني تصادفي در گروه هاي 15 نفره آزمايش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمايشي در هر جنس، روش آموزش حس شوخ طبعي را، به مدت 6 جلسه دو ساعته و به صورت هفته اي يک بار، دريافت نمودند و گروه­هاي کنترل، در انتظار درمان باقي ماندند. همه آزمودني ها در سه مرحله پيش آزمون، پس آزمون و پيگيري، پرسش نامه هاي نااميدي بک و سازگاري اجتماعي بل را تکميل کردند و داده­ها جمع آوري و به صورت تحليل واريانس چند متغيره، تجزيه و تحليل شد. در مجموع يافته هاي تحقيق آنها نشان داد که روش آموزش حس شوخ طبعي مي تواند نااميدي بيماران افسرده را کاهش داده و سازگاري آنها را افزايش دهد. در زمينه اين اثربخشي، تفاوتي بين مردان و زنان ديده نشد.

پژوهش فکري، شفيع آبادي، ثنايي ذاکر و حريرچي (1386) به بررسي اثربخشي روش تصورات ذهني هدايت شده فردي بر ميزان اضطراب و اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان سينه بخش راديوتراپي انستيتو كانسر بيمارستان امام خميني تهران پرداخته است. نتايج نشان داد كه روش تصورات ذهني هدايت شده دركاهش اضطراب موقعيتي و اضطراب كل و همچنين افزايش اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان سينه موثر است. به علاوه مشخص شد كه سطح اميد به زندگي افرادي كه 15 جلسه از روش تصويرسازي ذهني استفاده كردند، بيش از كساني است كه 7 جلسه از اين كلاسها بهره گرفتند. ولي از نظر سطح اضطراب موقعيتي و اضطراب كل تفاوتي بين اين دو گروه وجود ندارد. اين پژوهشگران براي انجام پژوهش ابتدا 36 نفر از بيماران داوطلب را انتخاب و به صورت تصادفي در 3 گروه (يك گواه و دو آزمايش) جايگزين کردند. در اين مرحله افرادي كه بر اساس اطلاعات جمعيت شناختي با ديگران اختلاف داشتند حذف گرديده و حجم نمونه به 30 نفر رسيد. سپس ميزان اضطراب و اميد به زندگي بيماران يك بار قبل و يك بار بعد از اجراي روش تصورات ذهني هدايت شده (تلقين آگاهانه مثبت و مستقيم درباره مبارزه با بيماري و به دست آوردن سلامتي) با شاخص اميد هرث و پرسشنامه اضطراب اسپيل برگر ارزيابي شد. با اين تفاوت كه در اين فاصله، مداخله اي در گروه گواه صورت نگرفت، در حالي كه يكي از گروههاي آزمايش، 7 جلسه و گروه ديگر، 15 جلسه آموزش ديدند.

**خلاصه**

در مجموع می توان گفت تا پايان دهه هفتاد اميدواری يک نقص رواني تلقي مي شد. فرويد استدلال مي­کرد که اعتقاد خوش بينانه به خداوند يک خطاي ادراکي اساسي براي تمدن است. اواخر همين دهه روان شناسان شناختي گنجينه اي از پژوهش­ها را گردآوري کرده بودند که نشان مي داد فرايند تفکر افراد خوش بينانه است. در روان شناسي مثبت پژوهش درباره خطاهاي ادراکي مثبت و خودفريبي، خوش بيني و اميدواري اهميت ويژه­اي داشته است.

پژوهش در مورد خطاهاي ادراکي مثبت و خودفريبي نشان داده است که تفکر انسان با سوگيري مثبت جدي متمايز مي شود. بيشتر مردم خود، جهان و آينده را به نحو مصيبت بار مي بينند. راهبردهاي خودفريبي که براي اداره اين اطلاعات منفي به کار مي بريم، که با ديد خوش بينانه نسبت به جهان مغايرت دارد، سازوکارهاي دفاعي مانند انکار، واپس راني و خطاهاي اداراکي مثبت را شامل مي شوند. خطاهاي ادراکي مثبت، فرايندهاي شناختي توجه انتخابي، فراموشي مطلوب، کم بها دادن به ناشايستگي ها و حفظ خودانگاره هاي منفي را در بر مي گيرند. رشد خطاهاي ادراکي مثبت را سبک فرزند پروري شکوفا مي سازد. زماني که والدين اطلاعاتي به فرزندان خود مي­دهند و در يک بافت روابط گرم و داراي محدوديت هاي رفتاري روشن، آنان را تشويق مي کنند که دست به انتخاب بزنند، خطاي ادراکي مثبت در آنان رشد   
مي­کند. گرايش به داشتن يک ديد مثبت نسبت به خود در طول زندگي افراد ادامه مي يابد، هرچند که از نيرومندي آن به تدريج کاسته مي شود. برخورداري از خودپنداره خوب از يک سو به سبب ماهيت خودمحوري حافظه و از سوي ديگر به وسيله خودانگاره هايي که تعيين مي کنند به کدام جنبه هاي يک موقعيت بايد توجه کرد رقم مي خورد. اصلاح خطاهاي ادراکي مثبت مستلزم دادن اطلاعات منفي به نحوي است که اصلاح کننده باشد نه مخرب.

اميدواري، توانايي طراحي گذرگاه هايي به سوي هدف هاي موردنظر، برخلاف موانع و عامليت يا انگيزش براي استفاده از اين گذرگاه ها را شامل مي شود. اميد، در طول نوزادي ، کودکي و نوجواني به گونه اي روشن و تعريف شده رشد مي کند. کودکاني که سرشت اميدوار در آنان پرورش مي يابد، معمولاً والديني دارند که به عنوان سرمشق هاي نقشي اميدوار عمل مي کنند و فرزندان خود را در تدوين و اجراي طراح هايي براي کنار زدن موانع در جهت آرمان هاي ارزشمند راهنمايي   
مي­کنند. اين کودکان دلبستگي امني به والدين خود دارند که محيط گرم و با ساختار خانوادگي را براي آنان فراهم مي سازند. در اين نوع محيط مقررات به شيوه­اي پايدار و قابل پيش بيني اعمال مي گردد و تعارض به گونه منصفانه و قابل پيش بيني اداره مي­شود. اميد درماني اين هدف را مدنظر دارد که به درمانجويان کمک کند تا   
هدف­هاي روشني را فرمول بندي کنند، گذرگاه هاي متعددي را براي اين هدف­ها ايجاد نمايند، و آنان را برانگيزد که هدف هايشان را تعقيب نمايند و موانع را به عنوان چالش­هايي براي غلبه به آنها از نو چهارچوب بندي کنند.

اميدواری با سلامت رواني و جسمي که با انواع مقياس­ها مانند شاخص سلامت خودگزارشي، پاسخ مثبت به مداخله پزشکي، سلامت ذهني، خلق مثبت، سلامت ايمني شناختي، کنارآمدن مؤثر(ارزيابي مجدد، مسأله گشايي، پرهيز از رويدادهاي پرفشار زندگي، جستجوي حمايت اجتماعي) و رفتار ارتقاي سلامت، مشخص مي شوند، همبستگي مثبت دارند و آنها را پيش بيني مي کنند.

بررسي اميدواري در تمام ابعاد زندگي، عنصري ضروري است. اميد توانايي باور داشتن احساسي بهتر، در آينده مي­باشد، و اين اميد است که پس از بحران­ها آرامش را به فرد باز مي­گرداند. پس در بهداشت ­رواني نقش مهمي دارد (رابينسون، 1983).

**فهرست منابع و مأخذ**

**منابع فارسي**

* آزاد، پرهام. (1382).  ***الفباي آگاهي***. تهران : بيدگل، چاپ اول.
* آزاد، پرهام. (1384). ***روانشناسي شرق و*** ***غرب***. تهران.
* اژدري فرد، سيما.، قاضي، قاسم. و نوراني پور، رحمت اله. (1389). بررسي تاثير آموزش عرفان و معنويت بر سلامت روان دانش آموزان، فصلنامه انديشه هاي تازه در علوم تربيتي; 52(18):105-127.
* الیس، آلبرت،هارپر، رابرت.(1380).***زندگی عاقلانه***.(ترجمه مهرداد فیروز بخت.تهران:رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی 1975).
* براندن، نيکلاس. (1379). ***رمز خويشتن يابي***. (ترجمه جمال هاشمي. تهران : سهامي. (تاريخ انتشار به زبان اصلي، 1999).
* بهرامي احسان، هادي.، و تاشک، آناهيتا. (1383). ابعاد رابطه ميان جهت گيري مذهبي و سلامت رواني و ارزيابي مقياس جهت گيري مذهبي، ***مجله روان شناسي و علوم تربيتي***. 34 (2). 41-63.
* بهرامي دشتکي، هاجر.، عليزاده، حميد. غباري بناب، باقر، و کرمي، ابوالفضل. (1385). اثربخشي آموزش معنويت به شيوه گروهي بر کاهش افسردگي در دانشجويان، ***تازه ها و پژوهشهاي مشاوره***. 19 (5). 49-72.
* بيجاري، هانيه.، قنبري هاشم آبادي، بهرام علي. و آقامحمديان شعرباف، حميدرضا. (1388). بررسي اثر بخشي گروه درماني مبتني بر رويكرد اميد درماني بر افزايش ميزان اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان پستان، مطالعات تربيتي و روان شناسي; 10(1):172-184.
* حسينيان، الهه.، سوداني، منصور. و مهرابي زاده هنرمند، مهناز. (1388). اثربخشي معني درماني گروهي بر اميد به زندگي بيماران سرطاني، مجله علوم رفتاري، 3(4):287-292.
* جعفري، اصغر.، صدري، جمشيد. و فتحي اقدم، قربان. (1386). رابطه بين كارايي خانواده و دينداري و سلامت روان و مقايسه آن بين دانشجويان دختر و پسر، تازه ها و پژوهشهاي مشاوره; 6(22):107-115.
* خدا پناهی،محمد کریم.(1380).***روانشناسی انگیزش و هیجان***.تهران:سمت
* ریو،جان مارشال.(1388).***روانشناسی انگیزش و هیجان***.(ترجمه یحیی سید محمدی.تهران:ارسباران.
* شمس، ثريا.، هاشميان، كيانوش. و شفيع آبادي، عبداله. (1386). بررسي اثربخشي روش آموزش حس شوخ طبعي بر نااميدي و سازگاري اجتماعي دانشجويان افسرده شهر تهران. فصلنامه انديشه هاي تازه در علوم تربيتي; 3 (9):81-99.
* طاهري پور، احمد رضا.(1386). ***روانشناسي دين و*** ***نوستالژيک جهاني***.تهران:پيکان.
* عبادي، ندا.، سوداني، منصور.، فقيهي، علي نقي. و حسين پور، محمد. (1388). بررسي اثربخشي آموزش مثبت نگري با تاکيد بر آيات قرآن بر افزايش اميد به زندگي زنان مطلقه شهر اهواز. يافته هاي نو در روان شناسي; 4(10):71-84.
* عبدي، نسرين. تقديسي، محمدحسين. و نقدي، سيران. (1388). بررسي اثربخشي مداخلات ارتقا دهنده اميد دربيماران مبتلا به سرطان شهرستان سنندج در سال 1386. ارمغان دانش; 14 (55):13-21.
* عسگري، پرويز.، و شرف الدين، هدا. (1389). رابطه اضطراب اجتماعي، اميدواري و حمايت اجتماعي با احساس ذهني بهزيستي در دانشجويان، ***يافته هاي نو در روانشناسي***. 25-36.
* علاء الديني، زهره.، کجباف، محمدباقر.، و مولوي، حسين. (1386). بررسي اثربخشي اميددرماني گروهي بر ميزان اميد و سلامت رواني، ***فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختي***. 1 (4). 67-76.
* غباري بناب، باقر.، متولي پور، عباس.، حكيمي راد، الهام. و حبيبي عسگرآبادي، مجتبي. (1388). رابطه اضطراب و افسردگي با ميزان معنويت در دانشجويان دانشگاه تهران، روان شناسي كاربردي; 3(2 (پياپي 10)):110-123.
* غلام علي لواساني، مسعود.، کيوان زاده، محمد. و ارجمند، ندا. (1387). معنويت، استرس شغلي، تعهد سازماني و رضايت شغلي در پرستاران شهر تهران، روانشناسي معاصر; 3(2 (پياپي 6)):61-73.
* فراهاني نيا، مرحمت. عباسي، مژگان. گيوري، اعظم. و حقاني، حميد. (1384). سلامت معنوي دانشجويان پرستاري و ديدگاه آن ها در مورد معنويت و مراقبت معنوي از بيماران، نشريه پرستاري ايران زمستان; 18(44):7-14.
* فكري، كاترين.، شفيع آبادي، عبداله.، ثنايي ذاكر، باقر. و حريرچي، ايرج. (1386). اثربخشي روش تصورات ذهني هدايت شده فردي بر ميزان اضطراب و اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان سينه، دانش و پژوهش در روان شناسي كاربردي; 9(31):1-16.
* کريمي، علي.(1383).***روان درماني*** ***عارفانه***. تهران: دانش. چاپ اول.
* كياني، جميله.، پاكيزه، علي.، استوار، افشين. نمازي، سودابه. (1389). بررسي تاثير گروه درماني شناختي-رفتاري بر افزايش عزت نفس و کاهش نااميدي نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمي. طب جنوب; 13(4):241-525.
* وست، ويليام.(1387). ***روان درماني و معنويت***.(ترجمه شهريار شهيدي و سلطانعلي شير افکن. تهران: رشد. (تاريخ انتشار به زبان اصلي،2004).
* وولف، ديويد. ام. (1386). ***روانشناسي دين***. ترجمه محمد دهقان. تهران : انتشارات رشد.
* يعقوبي، نادر.، نصر، محمد. و شاه محمدي، محمد. (1374). بررسي اپيدميولوژي اختلالات رواني در مناطق شهري و روستايي شهرستان صومعه سرا گيلان، ***فصلنامه انديشه و رفتار***. 1 (4). 55-65.

**منابع انگليسي**

-Abela,J.R.,Brozina,K.,Seligman,M.E.(2004).A test of integration of the activating hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression**: *British Journal Clinical psychology****,* **43(2)**.111\_128.

-Barker, P. J., Buchanan, p. (2005). ***spirituality and Mental health Breakthrough*** : London**.**

-Beatz, M., Griffin, R., Bowen, R., Koenig, H. G., Marcoux, E. (2004).The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a canadian population : ***Journal of Nerv. Mental Disorders*.192(12).818\_822.**

-Bresnahan, A. and Merrill, B. M. (1999).spiritual concerns in caring for the cancer patient. In P.Angelos(Ed), ***Ethical issues in cancer patient care*.(pp.39\_48).**

-Cooper, H., & Deneve, K., (1998). Happy personality: A meta-Analysis of 137 personality traits and subjective well- being. ***psychologyical Bulletin*,124 (2), 197- 229.**

-Diener, E.M., sub, R. E., lucas agnd Heidi L.S., (1999). Subjective well- being : Three decad of progress. ***psychological Bulletin*, 125(2), 276- 302.**

-Diener, E. M. (2000). subjective well being: the science of happiness and personal for Anational index. ***American psychologist*, 55(1), 43-84.**

Diener, E.M., Oishi, R. E., Lucas. L.S., (2003). Subjective well- being : Three decad of progress. psychological Bulletin, 125, 2, 276- 302.

-Dub, L. , Jodoin, M., & Kairouz, E. (1998). On the cognitive Basis of subjective well – Being Analysis what do individuals Have to say about it ?. ***canadian Journal of behavioral science*, 30 (1), 1-13.**

-Elkins, D. N. (1998). *Beyond religion:* ***A Personal program for building a spirtual life outsid the walls of traditional religion*.Wheaton, IL**: The Theosophical Publishing house.

Finchman. F. (2000). Optimism and Family. Philadelphia : TFP.

Goldberg, D. P; Williams, P. (1998). The user's guide to the general health questionnaire. NFER-Nelson: Windsor

Hall, T. W; Edwards, K. J. (2002). The Spiritual Assessment Inventory: A theistic model and measure for Assessing spiritual development. Journal for the Scientific Study of Religion, 41, 2, 341-357.

-Hay, D, morisy, A. (1987). Reports of ecstatic paranormal in Great Britain and the United state:Acomparision of trends**. *Journal for the Scientific Study of Religion*,17(3),255\_68.**

Kashdan. W.C. (2003). the valuses problem in sbjective well – being. American psychologist. 56(1).

-King, U.(1998). Spirituality, in JR Hinnels ed*.,* ***Th new penguin handbook of living religions:***London, penguin Books. 667\_681.

LeDou. J. (1996). *The Emotional Brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York:imon & Schuster.

-McSherry. W.(2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality: ***Nursing Standandards*.14(42)40\_43.**

Myers. D.G. (2000). the funds, friends, and faith of happy people. American psychologist. 55(1). 56-65.

-Nicholls.V., Nicholls.V.(2002***).*** *Taken Seriously:* ***The Somerset Spirituality Project***: London,Mental health Foundation.

-Pargament, K. I., Koenig, H.G., Perez,L.M.(2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE**: *Juornal of Clinical psychology*, 56(4) 519\_543**.

-Peterson, C. (2000). The future of optimism. ***American Psychologist*, 55: 44-55.**

-Peterson, C., Bolling, S. F., Koenig, E.(2002). Privateprayer and optimism in middle\_age and older patient awaiting cardiac surgery**:*Gerontologist*, 42**(1).70\_81.

-Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. ***Journal of Rehabilitation*, 67, 4-14.**

-Robinson, L. (1983). ***Psychiatric nursing***: human experience. New York: Saunders.

Sadock. B., & Sadock, V. (2005). ***Synopsis of Psychiatry***. New York : Guilford.

Scheier, M; Carver, C. & Bridges, M. (2000). Distinguishing optimism from neuroticism : ***A re-evaluation of the life orientation test***. Journal of social psychology and personality, 67, 1063-78.

-Snyder, C. R. (2000). *Positive psychology :* ***The scientific and practical explorations of human strengths*.** New York, Sage publication Inc.

-Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2002). ***Handbook of Positive psychology*** .london: oxford university press

Spilka. B. (2003). ***The psychology of religion*** : An empirical approach. New York : Guilford.

Taylor, Sh.E. (1999). ***Health Psychology***. Forth Edition, University of california:losAngeles.

World health organization(2001). ***The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder*** .Geneva: WHO.

1. . Myers [↑](#footnote-ref-1)
2. . Spilka [↑](#footnote-ref-2)
3. . knowledge [↑](#footnote-ref-3)
4. . love [↑](#footnote-ref-4)
5. . meaning [↑](#footnote-ref-5)
6. . peace [↑](#footnote-ref-6)
7. . hope [↑](#footnote-ref-7)
8. . connectedness [↑](#footnote-ref-8)
9. . compassion [↑](#footnote-ref-9)
10. . wellness [↑](#footnote-ref-10)
11. . Integration [↑](#footnote-ref-11)
12. . psycho sproritual [↑](#footnote-ref-12)
13. . transpersonal [↑](#footnote-ref-13)
14. . nicholls [↑](#footnote-ref-14)
15. . Piedmont [↑](#footnote-ref-15)
16. . Sense of connectedness [↑](#footnote-ref-16)
17. . universality [↑](#footnote-ref-17)
18. . prayer fulfillment [↑](#footnote-ref-18)
19. . hay & Morisy [↑](#footnote-ref-19)
20. . Pargament [↑](#footnote-ref-20)
21. . Beatz, Griffin, Bowen, Koenig & Marcoux [↑](#footnote-ref-21)
22. . Wulff [↑](#footnote-ref-22)
23. .Cooper & Deneve  [↑](#footnote-ref-23)
24. . Sadock & sadock

    [↑](#footnote-ref-24)
25. . fairness [↑](#footnote-ref-25)
26. . Diener, Oishi & Lucas [↑](#footnote-ref-26)
27. . Diener, Sub & Lucas [↑](#footnote-ref-27)
28. . Kashdan [↑](#footnote-ref-28)
29. . Diener [↑](#footnote-ref-29)
30. . Dub, Jodin & Kairouz [↑](#footnote-ref-30)
31. . temperament [↑](#footnote-ref-31)
32. . dynamic equilibrium [↑](#footnote-ref-32)
33. . Gray [↑](#footnote-ref-33)
34. . introversion [↑](#footnote-ref-34)
35. . extraversion [↑](#footnote-ref-35)
36. . neuroticism [↑](#footnote-ref-36)
37. . trust [↑](#footnote-ref-37)
38. . locus of control [↑](#footnote-ref-38)
39. . desire for control [↑](#footnote-ref-39)
40. . hardiness [↑](#footnote-ref-40)
41. . Peterson [↑](#footnote-ref-41)
42. . Snyder & lopez [↑](#footnote-ref-42)
43. . HopeTherapy [↑](#footnote-ref-43)
44. . Scheier, carver & Bridges [↑](#footnote-ref-44)
45. .Life Orientation Test (LOT) [↑](#footnote-ref-45)
46. . Seligman, Abela & Brozina [↑](#footnote-ref-46)
47. . Finchman [↑](#footnote-ref-47)
48. .Ellis & Harper [↑](#footnote-ref-48)
49. . Ledou [↑](#footnote-ref-49)
50. . Peterson, Bolling & Koenig [↑](#footnote-ref-50)
51. . GABA [↑](#footnote-ref-51)
52. . Barker & Buchanan [↑](#footnote-ref-52)