

مروری بر بهزیستی روانشناختی و نظریه های مختلف مرتبط با آن

الهام قیاسی^۱

^۱کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه (نویسنده مسئول)

چکیده

امروزه گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه های فرد سالم است. داشتن ارتباط مثبت با دیگران به معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسان هایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می کوشند رابطه ای گرم بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند. مؤلفه هدفمندی در زندگی، به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیت ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می دهد و به شکل مؤثر با آنها، درگیر می شود. از این رو در تحقیق حاضر، به لحاظ اهمیت موضوع به بررسی بر بهزیستی روانشناختی و نظریه های مختلف مرتبط با آن پرداخته شده است.

واژه های کلیدی: بهزیستی روانشناختی، رضایت از زندگی، روان شناسی مثبت نگر، سلامت روان، آرامش.

۱- مقدمه

امروزه یکی از مهمترین لوازم سلامت روانی، وجود محیط خانوادگی سالم است. این محیط زندگی را می‌توان طوری تنظیم کرد که هرچند در بهبود وضع افراد، موثر نباشد لافل موجب تخریب آنها نگردد. در جامعه ما اعتقاد بر این است که حمایت از نظام اجتماعی، حمایت از همه اعضای آن می‌باشد. تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول و همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن یک کودک معلول رنج می‌برند، که این عوامل می‌توانند ثبات خانوادگی را بر هم زده و باعث بر هم ریختگی سازمان خانواده شوند.

در چنین موقعیتی وجود کودک کم توان با توجه به نیازهای مراقبتی خاص، برای مادران که نسبت به دیگر اعضای خانواده، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روان و سازگاری آنها تاثیر می‌گذارد در حقیقت وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین به خصوص مادران را تهدید می‌کند و غالباً تاثیر منفی بر آنها دارد. از طرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط دارند و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند، مادران بیشتر برحسب مسائل هیجانی واکنش نشان می‌دهند. مطالعاتی که درمورد تاثیر تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی بر خانواده، انجام گرفته نشان می‌دهد که مادران سطوح بالایی از فشار روانی، نشانگان افسردگی و هم‌گسیختگی خانوادگی را دارا هستند و همچنین از فرصت کمتری برای پرداختن به سلامت جسمی خود برخوردارند و دارای خلیات سطح پایین هستند (هولرود، ۱۹۷۴ به نقل از منصف زاده، ۱۳۷۷).

وجود کودک ناتوان فشارهایی بر والدین وارد می‌کند که موجب برهم خوردن آرامش و انسجام خانواده می‌شود، در نتیجه سازش یافتگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. رزنبرگ^۱ و رابینسن^۲ (۱۹۹۰ به نقل از کوهسالی، ۱۳۸۷) به تاثیر شرایط خانواده بر سازگاری با تولد کودک معلول اشاره می‌نمایند، آنها خاطر نشان می‌سازند خانواده‌هایی که از نظر وضعیت آموزشی، تربیتی و فرهنگی در وضعیت مناسبی نیستند و از امکانات حمایتی برخوردار نباشند و شرایط اقتصادی بدی داشته باشند، فرآیند سازگاری را بخوبی طی نمی‌کنند و دچار ناراحتی می‌شوند. همچنین شواهد حاکی از آن است که خانواده‌های دارای کودک ناتوان و معلول، از نظر اجتماعی منزوی هستند و دامنه ارتباطات اجتماعی محدودتری دارند.

فردریچ^۳ (۱۹۸۱) معتقد است والدین کودکان نابهنجار، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که معلولیت فرزند به آنان تحمیل می‌کند، با مسئولیت‌های اضافی روبرو می‌شوند؛ از طرف دیگر آنها نمی‌توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت‌های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند، این مسئله موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت نفس و تعامل روانی- اجتماعی آنها، اثرات مخربی به جای می‌گذارد.

1. Holroyd

1. Rosenberg

2. Robinson

3. Friedrich

در خانواده‌های کودکان معلول مادر بیشترین دشواری و فشار را در نگهداری کودک تجربه می‌کند. با حضور کودک معلول در خانواده مادر دیگر قادر نیست مانند قبل کارهایی مثل آماده کردن غذا، شستن لباس‌ها، خرید هفتگی خانه و کمک در تکالیف مدرسه را به خوبی انجام دهد. زمانی را که صرف افراد دیگر خانواده می‌کند، کاهش می‌یابد. زیرا بیشتر وقت او صرف مواظبت و تامین احتياجات کودک معلول می‌شود. با دور شدن مادر از کارهای قبل، سایر اعضای خانواده بیشتر احساس مسئولیت می‌کنند. ممکن است برای دیگر افراد خانواده، سازگاری با فشارها و امور جدید که ناشی از وجود کودک معلول است، بسیار مشکل باشد (ادیب سرشکی، ۱۳۸۰). یکی از ویژگی‌های شخصیتی که در بروز تنش و آسیب به بهزیستی روانشناختی موثر است و به نظر می‌رسد نقش میانجی را در درک شدت تنش و سازش با آن ایفا می‌کند، شیوه مقابله فرد با تنیدگی است (جاکز، ۲۰۰۶؛ کیم^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). مقابله را می‌توان «فرآیند فعال و هدفمند پاسخدهی به موقعیت‌هایی که دشوار یا تنیدگی زا ارزشیابی می‌شوند، تعریف کرد». بر این اساس راهبردهای مقابله‌ای در برگزیده تلاش‌های رفتاری، هیجانی و شناختی هستند که برای مدیریت تنیدگی‌ها و ناراحتی‌ها ضروری‌اند (لازاروس^۷، ۱۹۸۸ به نقل از سیفگه-کرنکه و بیرز^۸، ۲۰۰۵).

به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌روست. این مسائل همگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شوند. در چنین موقعیتی گرچه همه‌ی اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶)، اما مادران به علت داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم توان خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد (السون و هوانگ، ۲۰۰۱؛ مک‌کانکی و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر (دوماس و همکاران، ۱۹۹۱)، احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تری (آیزنهاور و همکاران، ۲۰۰۵) دارند. در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روانشناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه، نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و موثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (رایان^۹ و داک^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ کار ادماس^{۱۱}، ۲۰۰۷). یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف و همکاران (ریف^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۸) است.

1. Jacques

2. Kim

3. Lazarus

4. Seiffge- Krenke & Beyers

ریف، بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خودشکوفایی مزلو و شخص کامل راجرز) شکل گرفته و گسترش یافته است (کامپتون، ۲۰۰۱). بهزیستی روانشناختی در مدل ریف و همکاران از شش مولفه تشکیل شده است: خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...)، رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...)، روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...)، هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی)، پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...)، تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ...). شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند که حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روانشناختی را تحت تاثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (سگرستروم و میلر، ۲۰۰۴).

لذا هدف این مقاله بررسی مفاهیم بهزیستی روانشناختی و نظریه‌های مختلف مرتبط با آن است، که در این مقاله به این موضوعات پرداخته شده است.

۲- مبانی نظری

۲-۱- بهزیستی روانشناختی

در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (رایان و دکی، ۲۰۰۱؛ کارآدماس، ۲۰۰۷). یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی ریف و همکاران (ریف و همکاران، ۱۹۹۸) است.

1. Ryan

2. Deci

3. Karademas

4. Ryff

5. Compton

6. Segerstrom

7. Miller

ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند. بهزیستی روانشناختی در مدل ریف و همکاران از شش مؤلفه تشکیل شده است: مؤلفه پذیرش خود به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی استعدادها، توانایی‌ها و فعالیت‌های خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان‌ها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیت‌هایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است، مؤلفه خودمختاری به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه، مربوط می‌شود (ریف و همکاران، ۱۹۹۸).

داشتن ارتباط مثبت با دیگران، دیگر مؤلفه این مدل، به معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسان‌هایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه‌ای گرم بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند (کی‌یس، ۲۰۰۴)، مؤلفه هدفمندی در زندگی، به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل مؤثر با آنها، درگیر می‌شود. یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد (ریف و همکاران ۱۹۹۸)، تسلط بر محیط مؤلفه‌ی دیگر این مدل به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. لذا فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد (کی‌یس، ۲۰۰۲)، مؤلفه رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد شخصی پیوسته تعریف می‌شود. فردی با این ویژگی همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه است (ریف و کی‌یس ۱۹۹۵؛ لیندفورس^۷ و همکاران، ۲۰۰۶).

۲-۲- عوامل مؤثر بر بهزیستی

۲-۲-۱- سن

پژوهش‌های اولیه نشان داده است که افزایش سن، چنانچه بسیاری انتظارش را داشتند، به تنهایی با کاهش بهزیستی مرتبط نبوده اند، سن باعث بوجود آوردن تجربه و ژرف اندیشی در افراد می‌شود و چگونگی دید افراد نسبت به هدف‌های زندگی را تغییر می‌دهد، به عنوان مثال افراد مسن تر تمایل بیشتری نسبت به افراد جوان دارند که به بیماری به عنوان بخش طبیعی از فرایند پیری نگاه کنند. آنها اطمینان بیشتری به توانایی خود برای مواجهه با مشکلات دارند و توقع کیفیت بالاتری از زندگی را دارند و تنها به زنده بودن نمی‌اندیشند (چارلز^۸ و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از گلستانی بخت، ۱۳۸۶).

گلستانی بخت (۱۳۸۶) طی پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان بهزیستی و شادمانی در جمعیت شهر تهران پرداخت. نتایج وی نشان دادند که بین بهزیستی و سن تفاوت معناداری در سطح ۵٪ وجود دارد و با افزایش سن، میزان بهزیستی کاهش می‌یابد. در پژوهش وی به ترتیب بیشترین میزان بهزیستی گزارش شده متعلق به گروه بزرگسالان شامل گروه سنی ۲۱ تا ۳۹ سال سپس گروه میانسالان (۴۰ تا ۶۰ سال) و در آخر نیز سالمندان (بالای ۶۵ سال) کمترین میزان بهزیستی را گزارش کردند. گلستانی بخت (۱۳۸۶) علت کاهش بهزیستی در سالمندان را کهولت و افزایش سن

1. Keyes

2. Lindfors

3. Charls

و به دنبال آن مشکلات و بیماری‌های جسمانی، احساس انزوا و تنهایی به علت ازدواج فرزندان یا فقدان همسر در سنین بالای ۶۵ سال بیان می‌کند.

۲-۲-۲ - جنسیت

نقش تفاوت‌های جنسیتی در بهزیستی و شادی کوچک است اما زنان، کمی شادتر از مردان هستند؛ با وجود آنکه احتمال بیشتری وجود دارد که زنان از افسردگی رنج ببرند ولی آنها هر دو نوع عاطفه مثبت و منفی را بصورت قوی‌تر از مردان تجربه می‌کنند. لویه و دونگ اکسی (۲۰۰۸)، در پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های اجتماعی مطلوب و نامطلوب مردانگی و زنانگی و تاثیرشان بر روی بهزیستی روانشناختی در بین ۳۶۶ دانشجوی دانشگاه چین پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که ویژگی‌های اجتماعی مطلوب مردانگی، باعث افزایش بهزیستی روانشناختی در مردان می‌شوند و ویژگی‌های اجتماعی نامطلوب مردانگی، فقط پذیرش پایین این افراد از سوی دیگران را به همراه دارد و بر روی بهزیستی آنها تاثیری ندارد و همچنین در زنان، ویژگی‌های اجتماعی مطلوب زنانگی باعث عزت نفس بالا و اضطراب پایین در آنها می‌شود و ویژگی‌های اجتماعی نامطلوب زنانگی، به طور قوی کاهش بهزیستی ذهنی را سبب می‌شود.

۲-۲-۳ - تحصیلات

سطح تحصیلات همبستگی مثبتی با شادمانی دارند و این رابطه به ویژه برای گروه‌های کم درآمد در کشورهای توسعه یافته و جامعه‌های آماری در کشورهای فقیر، قوی است (دینر و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از کار ۲۰۰۳، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۵). این امر شاید به آن دلیل باشد که در کشورهای توسعه نیافته سطح تحصیلات اختلاف فاحشی را در سهمیم شدن در منافع اجتماعی سبب می‌شود (کار ۲۰۰۳، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش گلستانی بخت (۱۳۸۶) در این زمینه بیانگر آن است که هر چند افراد با تحصیلات بالاتر، بهزیستی بیشتری را گزارش می‌کنند اما این رابطه یکنواخت نیست. به این ترتیب که در سطوح دانشگاهی، تحصیلات بالاتر در افزایش میزان بهزیستی موثر است ولی در مقایسه بین تحصیلات دانشگاهی و بی‌سواد، تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

۲-۲-۴ - کار و اشتغال

بین رضایتمندی شغلی و بهزیستی همبستگی متوسطی در حدود ۴۰٪ وجود دارد (دینر و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از کار، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی شریفی و همکاران، ۱۳۸۵). کار (۲۰۰۳، ترجمه‌ی شریفی و همکاران، ۱۳۸۵) بر این عقیده است که این امر ممکن است به آن خاطر باشد که اشتغال یک سطح بهینه از تحریک را به وجود می‌آورد که افراد آن را لذت بخش می‌یابند و فرصتی است برای ارضای سایق کنجکاوی و پرورش مهارت‌ها و همچنین شبکه‌ای از حمایت اجتماعی و احساس هویت و معنا را فراهم می‌سازد.

۲-۲-۵ - ثروت و طبقه اجتماعی

کار (۲۰۰۳ ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۵) بیان می‌کند که اگر چه ثروتمند بودن یکی از عوامل تعیین کننده نوع محیطی است که در آن زندگی می‌کنیم، بین ثروت و بهزیستی و شادمانی، پیوند کاملاً پیچیده‌ای وجود دارد. ثروت مطمئناً یک مقیاس

1. Lu yu & Dong xie

1. Caar

برای شادی نیست و در مورد گروه‌های اجتماعی و ملت‌هایی که توسعه یافته‌اند، رابطه ضعیفی با شادی دارد با این حال افراد خیلی فقیر و افرادی که در کشورهای خیلی فقیر زندگی می‌کنند، به طور مشخص نسبت به آنهایی که وضعیت مالی بهتری دارند، کمتر شاد هستند (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳).

مایر^۲ (۲۰۰۱)، به نقل از دستجردی، (۱۳۸۹) بیان می‌کند که بین سطح درآمد و شادی در بین مردم آمریکا، کانادا و اروپا همبستگی ضعیفی وجود دارد. شرح و تفسیرهای مختلفی در این مورد که چرا پول به تنهایی نمی‌تواند در شادسازی افراد تاثیر زیادی داشته باشد، وجود دارد. میهالی^۳ (۱۹۹۷) در این رابطه معتقد است که: الف) افراد خیلی زود به سطح درآمد خود عادت می‌کنند؛ ب) اکثر مردم درآمد و دارایی خود را با درآمد دارایی دیگران مقایسه می‌کنند؛ ج) ثروت شاید برای زندگی مفید باشد. اما انسان نیازهای دیگری نیز دارد که نمی‌توان آنها را با پول مقایسه و خریداری کرد (کشاورز و همکاران، ۱۳۸۷).

منتزاکیس و اویشی^۴ (۲۰۰۹) معتقدند که درآمد بالاتر بهزیستی را افزایش می‌دهد ولی تا سطح خاصی؛ در حالی که درآمد کم به طور معناداری با بهزیستی پایین مرتبط است. طبقه‌ی اجتماعی نیز به طور مستقل از پول، بهزیستی و شادی را تحت تاثیر قرار می‌دهد خصوصاً در کشورهایی که از نظر اجتماعی طبقه‌بندی مشخصی وجود دارد. طبقه اجتماعی به واسطه تفاوت‌های روش زندگی، تاثیر قوی بر بهداشت دارد و به واسطه روش‌های بهتر مقابله، تاثیر قوی بر بهداشت روانی دارد (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳).

۶-۲-۲ - روابط اجتماعی و همگنی قوی

روابط اجتماعی تاثیر زیادی بر شادی و بهزیستی و جنبه‌های دیگر سلامتی دارد. بودن با دوستان و کسانی که دوستشان داریم باعث ایجاد خلق مثبت و پیشگیری از تنهایی می‌شود (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳). سیدر^۵ و اویشی (۲۰۰۹) به نقل از دستجردی، (۱۳۸۹) در پژوهشی روی ۹۳ نفر به بررسی رابطه‌ی بین بهزیستی و همگنی قوی و نژادی شبکه‌های دوستی در دانشجویان سال اول دانشگاه ویرجینیا پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که در بین دانشجویان اروپایی و آمریکایی که شبکه دوستی همگن‌تری از نظر قومی و نژادی داشتند، عاطفه مثبت و رضایت از زندگی بیشتری وجود دارد. این در حالی بود که در بین دانشجویان غیرآمریکایی و غیراروپایی، رابطه‌ای بین همگنی قومی و نژادی شبکه‌های دوستی و بهزیستی یافت نشد.

۷-۲-۲ - ازدواج

برای پیوند بین ازدواج و شادمانی دو تبیین وجود دارد، یک تبیین این است که افراد شادتر ازدواج می‌کنند ولی افراد ناشاد ازدواج نمی‌کنند زیرا افراد شاد به عنوان همسران زناشویی، جذاب تر از افراد ناشاد هستند. تبیین دیگر این است که ازدواج گستره‌ای از منابع را برای افراد به همراه دارد که آنان را شاد می‌کند. ازدواج، صمیمیت جسمانی و روانی را موجب می‌شود و زمینه‌ای را فراهم می‌سازد که افراد می‌توانند فرزندان بوجود آورند و برای خود خانه و کاشانه‌ای بسازند (کار^۶، ۲۰۰۳، ترجمه

2. Argyle

3. Meyer

1. Mihalyi

2. Mentzakis & Oishi

3. Seder

شریفی و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج بررسی هانسون^۶ و همکاران (۲۰۰۸) در این زمینه نشان داد که تغییرات نامطلوب در وضعیت مالی، حمایت اجتماعی و زندگی زناشویی می‌تواند باعث کاهش بهزیستی حداقل برای یک دوره سه ساله شود. ویت، ویلو و لوین^۷ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی که به بررسی بهزیستی روانشناختی در یک دوره ۵ ساله بر روی خانواده‌ها پرداختند، دریافتند که زوج‌هایی که طلاق می‌گیرند یا جدا می‌شوند، بهزیستی روانشناختی آنها در مقایسه با زوج‌هایی که به زندگی خود ادامه می‌دهند کاهش می‌یابد.

۸-۲-۲ - باورهای دینی و فرهنگ

دین یک سامانه‌ی باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند. حضور مرتب در امور مذهبی و جزء جامعه مذهبی بودن، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد، همچنین پرداختن به امور مذهبی اغلب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالم‌تر همراه است (کار^۸، ۲۰۰۳، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۵). گالوپ^{۲۸} (۱۹۸۴)، به نقل از کرمی نوری و همکاران، (۱۳۸۱) در تحقیقی افراد با تعهدات مذهبی در سطوح پایین را با افراد با تعهدات مذهبی سطوح بالا (کسانی که به طور مصرانه‌ای با این جمله موافقت که ایمان مذهبی من مهمترین تاثیر را در زندگی من دارد) مورد مقایسه قرار دارد. این مقایسه نشان داد که افراد با سطوح بالاتری از تعهدات مذهبی، دو برابر شادتر از افراد با سطوح پایین‌تر از تعهدات مذهبی بودند.

برون و تیرنی^۹ (۲۰۰۸) در پژوهشی به بررسی مذهب و بهزیستی در بین سالمندان چینی پرداختند. نتایج مطالعه قبلی نشان دهنده وجود رابطه مثبت قوی بین مذهبی بودن و بهزیستی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، بویژه در میان زنان و سالمندان می‌باشد، نتایج این بررسی نشان داد که مشارکت در فعالیت‌های مذهبی بر روی بهزیستی مردان چینی تاثیر بیشتری دارد که علت آن احتمالاً شرایط محیطی و ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد. فرهنگ یک متغیر تعدیل کننده و تاثیر گذار بر بهزیستی است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در مطالعه‌های بین فرهنگی نیز همواره بین بهزیستی و زندگی در دموکراسی پایدار و عاری از ستم سیاسی و تعارض نظامی، رابطه مثبت بدست آمده است (کار^۸، ۲۰۰۳، ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۵). مطالعات نشان می‌دهند که در فرهنگ‌های غربی فردگرایانه ارتباط زیادی میان آزمون‌های عزت نفس و آزمون‌های بهزیستی وجود دارد در حالی که در فرهنگ‌های جمع‌گرایانه جایی که گروه بر فرد مقدم است ارتباط ضعیف‌تری بین دو آزمون بدست آمده است (ژانوف - بولمن، ۱۹۸۹؛ مایرز، ۱۹۹۴؛ به نقل از کرمی نوری و همکاران، ۱۳۸۱).

۹-۲-۲ - ویژگی‌های شخصیتی و حوادث زندگی

ویژگی‌های جمعیت شناختی و روانی-اجتماعی، فقط سهم کمی از واریانس کل بهزیستی را دارند (در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد) در حالی که ویژگی‌های شخصیتی سهم بیشتری را در بهزیستی نشان داده‌اند (در حدود ۴۰ درصد). اکثر محققان بر این عقیده‌اند که ابعاد روان رنجورخویی و برون‌گرایی بیش از سایر ابعاد شخصیت با بهزیستی مرتبط هستند (هانسون و همکاران، ۲۰۰۸).

1. Hansson

2. Wait, YeLuo & Lewin

3. Gallup

1. Brown & Tierney

2. Janoff-Bulman

3. Myers

وترسو^۲ (۲۰۰۱) رابطه بین پایداری هیجانی، برون‌گرایی و بهزیستی را در مورد مطالعه قرار داد. نتایج پژوهش وی نشان داد که تاثیر پایداری هیجانی روی مولفه‌های بهزیستی (رضایت از زندگی، وجود عاطفه مثبت و فقدان عاطفه منفی) قوی‌تر از تاثیر برون‌گرایی روی این مولفه‌هاست. آرگیل (ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳) بیان می‌کند که شخصیت انسان دارای ابعاد شناختی یا به اصطلاح سبک‌های فکری است که با شادی ارتباط دارد.

این سبک‌های فکری عبارتند از کنترل درونی^۳، خوشبینی، اخلاقیت و هدفمند بودن در زندگی که همگی با مقیاس‌های شادکامی همبستگی بالایی دارند. این عوامل به قدری قوی‌اند که می‌توان آنها را بخشی از خوشبختی دانست. گومز^۴ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی تاثیر ویژگی‌های شخصیتی و حوادث زندگی بر بهزیستی در یک نمونه ۷۶۶ نفری از افراد جوان، میانسال و سالمند سوئسی پرداختند.

نتایج این بررسی حاکی از وجود رابطه‌ای قوی بین روان رنجورخویی و بهزیستی و همچنین تاثیر مهم حوادث زندگی بر روی بهزیستی بود. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان دهنده آن بود که برون‌گرایی بیشتر عامل پیش‌بینی‌کننده بهزیستی در بزرگسالان جوان است و تاثیر روان رنجور خویی در کاهش میزان بهزیستی سالمندان آشکارتر است. علاوه براین، تاثیر حوادث منفی زندگی بر کاهش بهزیستی در بزرگسالان جوان و میانسالان در مقایسه با سالمندان قوی‌تر است.

۳-۲- نظریه‌های موجود در رابطه با بهزیستی

۳-۲-۱- نظریه‌های هدفمند^۵

نظریه‌های هدفمند یا آرمانی بودن درونی معتقدند که بهزیستی زمانی که شامل حالاتی همچون هدف یا نیاز است، افزایش پیدا می‌کند. این نظریه‌ها بطور متناوب از اصول متفاوت تلاش ناشی می‌شوند. در نظریه‌های نیاز، نیازهای ذاتی یا اکتسابی مشخصی وجود دارد که شخص در جستجوی ارضای آن‌هاست. شخص ممکن است از این نیازها آگاه یا ناآگاه باشد. ولی برای کسب بهزیستی بدنبال برآوردن آن نیازهاست. در حالی که نظریه‌های هدفمند بر مبنای آرزوهای مشخصی که فرد از آنها آگاه است، استوار است. براساس این نظریه‌ها شخص به طور جدی اهداف مشخصی را جستجو می‌کند و بهزیستی زمانی حاصل می‌شود که به این اهداف دست یافته باشد (میرزایی، ۱۳۸۶). این نظریه بیان می‌کند که هرگاه اهداف و نیازها تحقق یابند بهزیستی افزایش می‌یابد (دینر، ۱۹۸۴).

براساس این نظریه علل افزایش بهزیستی، همگانی نیست بلکه بسته به ارزش‌ها و مطلوب‌های افراد تفاوت دارد. جنبه‌های مختلف اهداف با بهزیستی مرتبط هستند. برای مثال افراد با بهزیستی بالا اهداف را مهمتر ادراک می‌کنند و اهمیت بیشتری برای آنها قایل هستند و به همان نسبت هم به موفقیت بالاتری دست می‌یابند (امونز، ۱۹۸۶^۶، به نقل از دینر و همکاران، ۱۹۹۷). این در حالی است که افرادی که سطح پایینی از بهزیستی را دارا می‌باشند تعارض بیشتری بین اهداف خود ادراک می‌کنند و ارزش کمتری برای این اهداف در نظر می‌گیرند (امونز و کینگ، ۱۹۸۸^۷، به نقل از دینر و همکاران، ۱۹۹۷).

4. Vitterso

1. Internal Control

2. Gomez

3. purposive Theories

1. Emmons

2. King

ویلسون^{۳۱}، به نقل از دستجردی،^{۱۳۸۹} بیان کرد که آرزوها و اهداف بزرگ، تهدیدی جدی برای رضایت‌مندی هستند و ناهمخوانی بین اهداف فرد و زندگی واقعی‌اش سطح رضایت‌مندی وی از زندگی‌اش را کاهش می‌دهد (مارکوس و نوریس^{۳۲}، میشلز^{۳۳}، ۱۹۸۵). زیرا فرد با درک فاصله بین آنچه هست و آنچه دوست دارد باشد احساس نارضایتی از زندگی‌اش را همراه با دلسردی و ناامیدی به شکل ناخوشایندی تجربه می‌کند و حتی گاهی موجب اضطراب هم می‌شود (امونز^{۳۴}، ۱۹۹۲، به نقل از دینر و همکاران، ۱۹۹۷). برطبق نظریه‌های هدف، تفاوت افراد و اهدافشان موجب تفاوت در میزان رضایت‌مندی آنهاست. به عنوان مثال، دسترسی به منابع مالی فراوان برای افراد پول دوست عاملی در جهت ارتقاء سطح رضایت‌مندی از زندگی است (دینر و فوجیتا^{۳۵}، ۱۹۹۵، به نقل از دستجردی،^{۱۳۸۹}). در نتیجه اگر فردی اهداف اقتصادی در ذهن نداشته باشد و در طول زندگی پیشرفت اقتصادی مهمی نیز کسب نکرده باشد این عدم پیشرفت تأثیری بر میزان رضایت‌مندی او از زندگی‌اش نخواهد داشت.

۲-۳-۲ - نظریه های لذت و درد^{۴۲}

نظریه فرایند متضاد سولومن^{۴۳} (۱۹۸۰) نظریه‌ای است که به طور آگاهانه ارتباط بین لذت و درد را بیان می‌کند. طبق این نظریه از دست دادن چیزی خوب منجر به عدم بهزیستی و از دست دادن چیزی بد به بهزیستی منجر می‌شود. براساس این نظریه، شخصی که به چیز خوب یا بد عادت می‌کند، ارائه مجدد آن چیز سلامتی یا اختلال کمی را به دنبال خواهد داشت (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران،^{۱۳۸۳}).

۲-۳-۳ - نظریه های فعالیت^{۴۳}

نظریه پردازان فعالیت برخلاف نظریه پردازان هدف بر این عقیده‌اند که بهزیستی از رفتار فرد حاصل می‌شود تا از رسیدن به نقطه پایان هدف. ارسطو یکی از مهمترین نظریه پردازان فعالیت بر این عقیده بود که بهزیستی از اعمال خوب انسان حاصل می‌شود. براساس نظر وی هر فرد دارای توانایی‌های مشخصی است که استفاده و اجرای درست این توانایی‌ها باعث بهزیستی می‌شود (میهایلی،^{۱۹۹۹}، به نقل از میرزایی،^{۱۳۸۶}).

۲-۳-۴ - نظریه های تداعی گرایانه^{۴۴}

شماری از الگوها درصددند تا توضیح دهند که چرا برخی از افراد دارای حالتی هستند که زمینه‌ساز ایجاد بهزیستی است. بسیاری از این نظریه‌ها بر پایه حافظه، شرطی سازی^{۴۵} یا اصول شناخت استوارند که می‌توانند تحت عنوان الگوهای تداعی-

3. Wilson

4. Marcus & Norris

5. Mishelz

6. Fujita

7. Pleasure & Pain Theories

1. Activity Theories

2. Associationstic Theories

3. Conditioning

گرایانه قرارگیرد (میرزایی، ۱۳۸۶). یک رویکرد رایج در مورد بهزیستی با شبکه‌های تداعی حافظه ارتباط دارد. پژوهش صورت گرفته بر روی شبکه‌های حافظه، پیشنهاد می‌کند که بعضی افراد می‌توانند یک شبکه غنی از ارتباط‌های مثبت و یک شبکه محدود از ارتباط‌های منفی را توسعه بخشند. در این اشخاص بیشتر رویداد و عقاید به عقیده و خلق خوش معطوف خواهد بود. بررسی‌ها نشان می‌دهد که شرطی‌سازی خلقی می‌تواند بی‌نهایت در خاموشی‌سازی مقاومت کند. بنابراین افراد دارای بهزیستی ممکن است آن‌هایی باشند که تجربه‌های خلقی مثبت زیادی داشته‌اند و با تعداد زیادی از محرک‌های روزانه کثیر الوقوع در - ارتباط بوده‌اند (میرزایی، ۱۳۸۶).

۵-۳-۲ - نظریه‌های قضاوت^{۴۶}

براساس نظریه‌های قضاوت، اشخاص اوضاع زندگی‌شان را با یک معیار تصنعی مقایسه می‌کنند که اگر درک آنها از شرایط زندگی‌شان در راستای این معیار باشد، رضایت از زندگی بالایی را گزارش خواهند داد (وو^{۴۷} همکاران، ۲۰۰۹). دینر و همکاران (۱۹۹۷) بر این عقیده‌اند که مردم با مشاهده اطرافیان‌شان و مقایسه خود با دوستان و آشنایان و با یادآوری گذشته، اهداف و استانداردهایی را انتخاب می‌کنند. اگر از این استانداردها بالاتر باشند شادکام و خشنود می‌گردند و چنانچه پایین‌تر از آن باشند، شادکامی و خرسندی اندکی خواهند داشت. نظریه تفاوت چندگانه^{۴۸} که یک نظریه مقایسه اجتماعی است بیان می‌کند که خشنودی، حاصل تفاوت اندک بین پیشرفت‌ها و آرزوهاست و اغلب بر اساس مقایسه با سایرین تعریف می‌شود. با توجه به این نظریه آرزوهای بزرگ به خشنودی اندکی منجر می‌شوند (آرگیل، ترجمه گوهری انارکی و همکاران، ۱۳۸۳). وو^{۴۹} (۱۹۹۶)، به نقل از کار ۲۰۰۳ ترجمه شریفی و همکاران، (۱۳۸۵) نیز بیان می‌کند که شادمانی شخصی بر فاصله ادراک شده بین وضعیت خود و دیگران مبتنی است. یعنی وقتی که موقعیت خود را با معیاری که پایین‌تر است مقایسه می‌کنیم به رضایت‌مندی بیشتری منجر می‌شود تا وقتی که این مقایسه با معیاری که بالاتر است، انجام گیرد.

۶-۳-۲ - نظریه‌های بافتی یا موقعیتی^{۵۰}

برخی از نظریه‌پردازان معتقدند که بهزیستی از طریق ارضای نیازهای پایه‌ای به وجود می‌آید. ون‌درهون (۱۹۹۴)، به نقل از دستجردی، (۱۳۸۹) معتقد است اگر نیازهایی همچون گرسنگی، محبت و خود شکوفایی تحقق یابند آنگاه فرد احساس شادکامی و رضایت‌مندی می‌کند. در مقابل، نظریه‌های بافتی یا موقعیتی بر این موضوع تاکید دارند که عواملی که روی رضایت‌مندی از زندگی تاثیر می‌گذارند در بین افراد و در طول زمان متغیر هستند. اینکه حوادث زندگی چقدر خوب یا بد تفسیر شوند به شرایطی که فرد در آن زندگی می‌کند یا موقعیتی که در آن قرار دارد بستگی دارد. موقعیت یا بافت مطرح شده در نظریه‌های مختلف، متفاوت است. برای مثال در نظریه سازگاری زندگی گذشته فرد مدنظر است در حالی که در مدل‌های مقایسه

4. Judgment Theories

5. Wu

1. Multiple Discrepancy

2. Wood

3. Context Theories

اجتماعی، ارزیابی فرد از زندگی‌اش از طریق مقایسه‌ای که بین زندگی خود و اطرافیان انجام می‌دهد، مورد توجه است (دینر، ۱۹۹۷).

۴-۲- تحول بهزیستی در طول عمر

در دهه‌های گذشته شاهد گسترش روانشناسی تحولی بوده‌ایم که طی آن نتایج جالبی نیز در خصوص بهزیستی و کیفیت زندگی بدست آمده است. نتایجی که ظاهراً غیرعادی و شگفت آور بوده‌اند. این نتایج درک و شناخت جدیدی در خصوص پویایی بهزیستی ارائه داده است. معروفترین آنها پارادوکس مربوط به پیری است. مشخص شده است که در سن پیری با وجود چالش‌ها و مسائل بیشتر نه تنها بهزیستی کاهش پیدا نمی‌کند بلکه معمولاً افزایش می‌یابد.

ریف (۱۹۹۵) تغییرات مربوط به بهزیستی در خلال رشد و تحول آدمی را بررسی کرده است. وی در این زمینه دو سوال مطرح کرده است: ۱- آیا تصورات مربوط به بهزیستی با گذشت عمر تغییر می‌کند؟ یعنی آیا با افزایش سن، برداشت فرد از سعادت و خوشبختی متحول می‌شود؟ ۲- آیا ابعاد مختلف بهزیستی مثل روابط خوب، دسترسی به اهداف، خویشتن‌پذیری و گسترش تجربیات در گروه‌های مختلف سنی متفاوت است؟ پاسخ وی به هر دو سوال مثبت است. او متوجه شد که جوانان بیشتر بر دانش خود، احساس شایستگی و خویشتن‌پذیری تاکید دارند. ولی مسن‌ترها بیشتر به کنار آمدن با تغییرات اهمیت می‌دهند. کاراستنس (۱۹۹۸) به نقل از دستجردی (۱۳۸۹) نیز به همین نتیجه دست یافت. از نظر او کارکردهای روابط بین فردی همراه با افزایش سن تغییر می‌یابد. جوانان در این گونه تعاملات بیشتر به دنبال تازگی، دانش و گسترش تجربه‌های خود هستند ولی مسن‌ترها به عمق تعاملات و فهم و درک متقابل اهمیت بیشتری می‌دهند.

ریف (۱۹۹۵) در مقایسه نتایج گروه‌های سنی جوان، میانسال و بزرگسال در بعضی از زمینه‌های بهزیستی به یک روند سنی دست یافت. یعنی مسن‌ترها رشد شخصی کمتری را نسبت به جوانان تجربه می‌کردند. میانسالان احساس خودمختاری بیشتری داشته و گروه‌های میانسال و سالخورده نسبت به جوانان احساس تسلط بیشتری را گزارش می‌کردند. وی در زمینه‌های خویشتن‌پذیری و روابط مثبت با دیگران تفاوتی بین گروه‌های سنی مشاهده نکرد. ریان و دکی (۲۰۰۸) به بررسی رابطه بین ارضاء نیازها با بهزیستی در طول عمر پرداخته و نتیجه گرفتند که نیازهای مهم روانی در طول زندگی بر بهزیستی تاثیر می‌گذارد. وی معتقد است که روش ابراز و ارضای نیازها با افزایش سن و نوع کارهایی که فرد انجام می‌دهد، تغییر می‌کند. وی به ویژه بر نقش محیط‌های اجتماعی هر دوره سنی مثل مدرسه و محیط کار در تاثیر بر بهزیستی تاکید دارد. نتایج پژوهش‌هایی که در خصوص بهزیستی و افزایش سن صورت گرفته حکایت از آن دارد که نظریه‌های اولیه در مورد کاهش بهزیستی به هنگام پیری صحت ندارد.

دینر و لوکاس (۲۰۰۳) بر این نکته‌ها اشاره می‌کنند که احساسات و عواطف مثبت و خوشایند با افزایش سن کاهش می‌یابد ولی رضایت از زندگی و احساسات منفی با افزایش سن تغییر نمی‌کنند. آنها در این زمینه این احتمال را پیش می‌کشیدند که مقیاس‌های اندازه‌گیری احساسات مثبت بر حالت‌های برانگیختگی و تهیج شده تاکید دارند. یعنی در آیت‌ها و گویه‌های این نوع مقیاس‌ها به هیجان و برانگیختگی نمرات بیشتری تعلق می‌گیرد که معمولاً سالخوردگان در آن نمره کمتری بدست می‌آورند و این نمی‌تواند نشانگر سطح پایین بهزیستی در آنها باشد. سالخوردگان در مقیاس‌هایی که به حالت‌های برانگیختگی توجه کمتری دارند، نمرات بالاتری در بهزیستی به‌دست می‌آورند.

۳- نتیجه گیری

این مقاله با هدف بررسی و بازکاوی مفاهیم بهزیستی روانشناختی و نظریه های مختلف مرتبط با آن شده است. نتایج به دست آمده از این تحقیق حاکی از آن است که وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان، وابسته به سلامت اجزا کوچکتر آن جامعه مانند مجامع، گروه ها و خانواده های موجود در آن جامعه است. وجود خانواده های سالم و دارای سلامت روان می تواند تاثیر به سزایی در ایجاد بهداشت روانی جامعه داشته باشد، زیرا نهاد خانواده به خودی خود یک جامعه کوچک است و هر گونه تغییر مثبت یا منفی در آن، در جامعه بزرگ انسان ها تاثیر مستقیم و موثر دارد و ثبات و بی ثباتی خانواده به طور مستقیم بر ثبات یا بی ثباتی جامعه تاثیر دارد.

در صورت وجود کودک معلول در خانواده و عدم توجه به مدیریت و کنترل پیامدها، حضور او خسارت و آسیب های مادی و روانی مضاعفی به خانواده تحمیل می کند. در چنین شرایطی والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندی دچار شک شده و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خجالت، انکار و احساس گناه را تجربه کنند. به طور کلی خانواده کودک معلول به لحاظ داشتن کودکی متفاوت با سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آن ها رو به روست.

مطالعاتی که در مورد تاثیر تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی بر خانواده انجام گرفته، نشان می دهد که مادران سطوح بالایی از فشار روانی، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی را دارا هستند و همچنین از فرصت کمتری برای پرداختن به سلامت جسمی خود برخوردارند و دارای خلیات سطح پایین هستند (هولرود، ۱۹۷۴ به نقل از منصف زاده، ۱۳۷۷). مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بیشتر با مشکلات روانی روبرو هستند (مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۷؛ هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ بروملی^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین وضعیت بهزیستی روانشناختی آنها در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی پایین تر خواهد بود که علت این امر را می توان در ماهیت مقاوم، مستمر و خارج از کنترل کم توانی ذهنی و عوارض اجتماعی، مالی و عاطفی ناشی از آن دانست.

منابع

- آقا بابایی، سارا؛ استکی آزاد، نسیم؛ عابدی، احمد (۱۳۹۰). مقایسه شیوه های مقابله با فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، فلج مغزی و عادی، مجله علمی- پژوهشی پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، سال سوم، شماره ۱ پیاپی (۴)، صص ۸۰-۶۹.
- آرگایل، مایکل (۱۳۸۳). روانشناسی شادی، ترجمه، مسعود گوهرکی انارکی و همکاران، اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی. انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- پروچسکا، جیمز. او؛ نورکراس، جان سی (۱۳۸۱). نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات رشد.
- پروین، لارنس (۱۳۷۲). روانشناسی شخصیت: نظریه ها و تحقیق، ترجمه ی جواد جعفری و پروین کدیور. تهران، انتشارات رسا.

- دستجردی، الهام؛ پیوسته گر، مهر انگیز؛ دهشیری، غلامرضا (۱۳۸۹). رابطه خلاقیت و بهزیستی در دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- رضایی، الهام (۱۳۸۶). بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر میزان استرس و شیوه های مقابله با استرس نوجوانان مراکز شبه خانواده، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- ریحانی، رضا (۱۳۷۴). بررسی میزان استرس و شیوه های مقابله خانواده های دارای کودک عقب مانده ذهنی در مقایسه با خانواده های دارای کودک عادی شهرستان زاهدان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انیسیتو روانپزشکی تهران.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۰). مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده، تهران، انتشارات سروش.
- شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۲). روانشناسی رشد، انتشارات اطلاعات.
- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). آزمونهای روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، تهران انتشارات بعثت.
- فروم، اریک (۱۳۶۸). بحران روان کاوی، ترجمه اکبر تبریزی، تهران، انتشارات مروارید.
- کار، آلان (۱۳۸۵). روانشناسی مثبت، ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نخعی زند و باقر ثنائی، چاپ اول، انتشارات سخن.
- کاکابری، کیوان؛ ارجمندنی، علی اکبر؛ افروز، غلامعلی (۱۳۹۱). رابطه ی سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی وعادی شهر کرمانشاه، فصلنامه افراد استثنایی، سال دوم، شماره ۷، صص ۲۶-۱.
- کرمی نوری، رضا؛ مکرری، آذرخش؛ محمدی فر، محمد؛ یزدانی، اسماعیل (۱۳۸۱). مطالعه عوامل موثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سوم، شماره یک، صص ۴۱-۳۲.
- کشاورزی ارشدی، فرزانه؛ آزموده، معصومه (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روانی در والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی و تبیین آن بر حسب مدل ۵ عاملی شخصیت، مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره دوازده، صص ۲۸-۱۹.
- گلستانی بخت، طاهره (۱۳۸۶). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران، رساله دکتری، دانشگاه الزهرا (س).
- لطفی، حمید (۱۳۸۱). روانشناسی اجتماعی: روانشناسی هم رنگی با جماعت (نظریه ها و کاربردها)، تهران، انتشارات دیدآور.
- میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روانشناختی مادران با و بدون دانش آموزان ابتدایی کم توان ذهنی: اثر سبک های مقابله ای، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال هشتم، شماره یک، صص ۶۸-۵۳.
- میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال نهم، شماره دوم، صص ۱۲۰-۱۰۳.
- میرزایی تشنیزی، پیروش (۱۳۸۶). ساخت برنامه بهزیستی ذهنی و مقایسه اثر بخشی این برنامه با برنامه شادی فردایس در کاهش افسردگی دانش آموزان دبیرستانهای شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س).
- یحیی زاده، سلیمان (۱۳۸۴). بررسی رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.