

بررسی رابطه‌ی بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی و شادکامی

دکتر محمد رضا تمنایی^۱ فاطمه سلامی محمد آبادی^۲ سمیه دشتبان زاده^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای رابطه‌ی بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی و شادکامی در دانشجویان انجام شده است. نمونه این پژوهش شامل ۱۵۰ نفر بودند که به صورت تصادفی از بین دانشجویان دختر و پسر دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بهزیستی روانی ریف، حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی آکسفورد استفاده شد. پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و شادکامی رابطه وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی و شادکامی پیش‌بینی کننده بهزیستی روانی می‌باشند ولی شادکامی در پیش‌بینی کننده بهزیستی روانی نقش مهم‌تری ایفا نمود. به علاوه یافته‌ها نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری

^۱. استادیار روانشناسی دانشگاه کاشان.

^۲. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه کاشان. نویسنده مسئول.

^۳. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه کاشان.

وجود ندارد ولی از نظر شادکامی تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور ارتقای بهزیستی روانی و سلامت دانشجویان بایستی شبکه‌های قوی از حمایت اجتماعی و ارتباطات بین فردی و برنامه‌های شاد و مفرح از طریق برنامه‌های مختلف دانشگاهی ایجاد کرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روانی ، حمایت اجتماعی ادراک شده، شادکامی، دانشجویان

مقدمه

دانشجویان از افشار برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور محسوب می‌شوند؛ بنابراین سلامت و بهزیستی روانی آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ورود به دانشگاه مقطعی بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد، فعال و جوان است (جهانی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۷). در این دوره، فرد با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی رو به رو می‌شود. در کنار این تغییرات باید به انتظارات و نقش‌های جدیدی اشاره نمود که همزمان با ورود به دانشگاه شکل می‌گیرد. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی توأم بوده، عملکرد و یاددهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته قبولی، ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی، و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی، از جمله شرایطی هستند که می‌توانند موجبات مشکلات و ناراحتی‌های روانی و افت عملکرد را موجب شوند (حسینی و موسوی، ۱۳۷۹).

بنابراین گریز از عوامل استرس‌زا و دوری از مواجهه با تغییرات شتابنده امکان‌پذیر نیست. در چنین وضعی افرادی می‌توانند خود را برای مقابله مؤثر با موقعیت پر استرس زندگی آماده کنند که امکان بهزیستی و سلامت روانی و جسمانی را از پیش فراهم نموده باشند. بنابراین شناخت عواملی که منجر به بهزیستی و سلامت روان افراد بخصوص دانشجویان می‌گردد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بهزیستی روانی (Well-being)، حوزه‌ای از روان‌شناختی مثبت نگر است که تلاش می‌کند ارزیابی شناختی (قضاوت کلی در مورد رضایت زندگی) و عاطفی (تجربه هیجانات خوشایند و ناخوشایند) مردم از زندگی‌شان را مورد بررسی قرار دهند (لاگین و هیوینر، ۲۰۰۱). بهزیستی روانی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی است. مؤلفه شناختی آن رضایتمندی از زندگی نام دارد. این مؤلفه

ارزیابی و داوری کلی شخص از کیفیت زندگی را در بر می‌گیرد. مؤلفه عاطفی شامل عاطفه مثبت، نشان دهنده خوشایند بودن، داشتن شور و نشاط، آرامش، آسودگی خاطر و امید به زندگی است. عاطفه منفی نیز با بی‌قراری، غمگینی، دلمشغولی، احساس عصبانیت و احساس بی‌ارزشی و ناامیدی تجلی می‌یابد. بنابراین افراد دارای بهزیستی روانی با حس رضایت مندی از زندگی، عاطفه مثبت بالا و عاطفه منفی پایین شناسایی می‌شوند (پاوت و دینر، ۲۰۰۸).

از دیدگاه راین و دسی (۲۰۰۵) دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد؛ لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی. دیدگاه غالب روان‌شناسان لذت‌گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی شخصی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. نظریات فضیلت‌گرا بر این باورند که ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد. می‌توان بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی را جزو این دسته قرار داد (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷).

مدل ریف (Ryff) از مهم‌ترین مدل‌های حوزه‌ی بهزیستی روانی به شمار می‌رود. ریف بهزیستی روانی را «تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد» می‌داند (میکائلی منیع، ۱۳۸۹).

ریف و کیز (۱۹۹۵) مؤلفه‌های سازنده بهزیستی روان‌شناختی را در برگیرنده شش عامل دانسته‌اند؛

۱. پذیرش خود (Self-Acceptance) (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت‌ها و ضعف‌های خود)، ۲. هدفمندی در زندگی (Purpose in life) (به معنای داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، ۳. رشد شخصی (Personal Growth) (احساس اینکه استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، ۴. داشتن ارتباط مثبت با دیگران (Positive Relations with others) (به مفهوم داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، ۵. تسلط بر محیط (Environmental Mastery) (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره)، ۶. خودمختاری (Autonomy) (توانایی و قدرت پیگیری خواست‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضای اجتماعی باشد). ریف و کیز، ۱۹۹۵؛ میکائلی منیع، ۱۳۸۹.

مطالعات در باره وجود تفاوت‌های جنسیتی در بهزیستی روانی، نتایجی متناقض را به همراه داشته و حاکی از نبود اتفاق نظر در نتایج می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده و تجارب کیفی کراس و همکاران (۱۹۹۲) در بسیاری از ابعاد بهزیستی بین دو جنس تفاوت وجود دارد. چاو (۲۰۰۷) در

مطالعات خود نشان داد زنان دانشجو دارای سطح بالاتری از بهزیستی روان شناختی در مقایسه با مردان دانشجو هستند. آن‌ها دارای خودپنداره مثبت تر، ارتباط مثبت با دیگران و ارتباط نزدیک با دوستان هستند و پیشرفت تحصیلی بیشتری دارند. وانگ و میائو (۲۰۰۷) معتقدند زنان و مردان در ابعاد مختلف بهزیستی روانی با هم متفاوتند. زیرا منابع استرس و امکانات متفاوتی در اختیار هر جنس قرار می‌گیرد که باعث به وجود آمدن تفاوت در وضعیت سلامتی آنها می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهشی میکائیلی منبع (۱۳۸۹)، شکری و همکاران (۱۳۸۷)، آقا یوسفی و شریف (۱۳۸۹) نشان دادند که بین دو جنس در بهزیستی روانی تفاوت معنی داری وجود دارد و دانشجویان دختر بهزیستی بالاتری نسبت به دانشجویان پسر دارند.

در حالی که برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش شلدون و الیوت (۱۹۹۴) بیانگر عدم تفاوت معنی دار بین زنان و مردان از نظر بهزیستی روانی می‌باشد. همچنین یافته‌های پژوهش عباسپور و همکاران (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان بهزیستی روانی تفاوت معناداری با هم ندارند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که جنس کمتر از ۱ درصد در بهزیستی و رضامندی عمومی مؤثر است.

یکی از پیش بینی کننده‌های بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده است، مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می‌باشد (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی به انواع مختلفی تعریف شده است؛ زیرا زمینه‌های متفاوت و ابزارهای مختلفی برای ارزیابی آن بوجود آمده است. به عنوان مثال کاسل، حمایت اجتماعی را به عنوان یک همبستگی اجتماعی تعریف می‌کند و گوب (Gobb) حمایت اجتماعی را به عنوان یک عامل محافظت کننده در مقابل استرس بیان می‌کند. به طوری که اثر عامل توجهی بر روی سلامت و عملکرد اجتماعی دارد. وی بیان می‌کند که حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد احساس کند که مورد علاقه است، از وی مراقبت می‌شود؛ ارزش و احترام دارد و متعلق به یک شبکه ارتباطات است (حاجبی و فریدنیا، ۱۳۸۸).

تعاریف حمایت اجتماعی به طور کلی در دو طبقه جای می‌گیرند: آن‌هایی که بر جنبه‌های کارکردی شبکه‌های حمایت اجتماعی تأکید دارند و آنهایی که بر ارزیابی شناختی (ادراک) حمایت تأکید می‌کنند (تیلور، ۲۰۰۰).

نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. به بیان دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آن

که فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷).

نتایج تحقیقات و بررسی‌ها حاکی از آن است که داشتن حمایت اجتماعی می‌تواند در بهزیستی روانی افراد تأثیر گذار باشد. بدیهی است که همه‌ی انسان‌ها در هنگام گرفتاری‌ها به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارد تا احساس امنیت کنند، بنابراین هر چه حمایت اجتماعی دیگران بیشتر باشد امیدواری شان نیز بیشتر است. بنابراین حمایت اجتماعی، بهزیستی روانی را از دو طریق متأثر می‌سازد: اولین روش تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پربشانی تجربه شده از جانب فرد، بر بهزیستی روانی تأثیر می‌گذارد. روش دوم شامل تأثیر غیر مستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس زا محافظت می‌کند (وان لیون و همکاران، ۲۰۱۰).

در واقع حمایت یک کمک دو جانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق، رضایتمندی و بهزیستی می‌گردد و اضطراب را کاهش می‌دهد و تمام اینها به فرد فرصت خود شکوفایی و رشد را می‌دهد (عسگری و شرف الدین، ۱۳۸۹).

بخشی پور رودسری، پیروی و عابدیان (۱۳۸۴)، طی تحقیقی نشان دادند که بین بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. پژوهش‌های حاجبی و فریدنیا (۱۳۸۸) نشان داد که رابطه بین نمره سلامت روان و حمایت اجتماعی معنی دار و معکوس است. بنابراین با افزایش نمره حمایت اجتماعی نمره سلامت روان کاهش می‌یابد که این کاهش نشاندهی بهبود سلامت روان است.

ساولکول و همکاران (۲۰۰۰)، پس از انجام یک بررسی بیان می‌کنند که بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی رابطه مثبت وجود دارد. پژوهش‌های روی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده است که بین حمایت والدین و افسردگی نوجوانان رابطه‌ی منفی وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر قدر حمایت والدین بیشتر باشد افسردگی در نوجوان کاهش و سلامت و بهزیستی روان او افزایش می‌یابد (نقل از سیاح سیاری، و همکاران، ۱۳۸۹).

از نظر تفاوت‌های جنسیتی پژوهش‌ها نشان داده اند که زنان بیش از مردان از حمایت اجتماعی بخصوص حمایت اجتماعی والدین برخوردارند (سیاح سیاری و همکاران، ۱۳۸۹؛ حاجبی و فریدنیا، ۱۳۸۷). ولموس و بتز (۱۹۹۱) در پژوهش خود به نتایج مشابهی رسیدند به گونه‌ای که حمایت اجتماعی در زنان بیش از مردان است.

جورج (۱۹۸۹) به این نکته اشاره نمود که فراهم کردن حمایت اجتماعی به میزان کافی اثرات مستقیم قابل توجهی بر روی سلامت و بهزیستی روان دارد، به طوری که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با میزان پایین تر اختلال‌های روانی همراه است. به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از بروز نشانه‌های افسردگی پیشگیری و یا شدت نشانه‌های روان شناختی را تعدیل می‌کند (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از متغیرهایی که رابطه تنگاتنگی با بهزیستی روانی دارد شادکامی (Happiness) می‌باشد. شادکامی حوزه نسبتاً تازه در مطالعات روان شناسی می‌باشد (مونتیتر، ۲۰۰۴). نظریه پردازان تعاریف متعددی در باره‌ی شادکامی ارائه کرده اند که در همه آنها به نوعی تجربه کردن احساسات مثبت به چشم می‌خورد. شادکامی یعنی احساسات مثبت زیاد، رضایت بالا از زندگی و احساسات منفی نادر داشتن. اینها سه عامل مهم در بهزیستی می‌باشند. (کایبومیرسکی، ۲۰۰۵)

ونهن (Veenhoven) شادکامی را بعنوان مجموعه‌ای از عواطف و ارزیابی شناختی از زندگی تعریف کرده است و آن را درجه‌ای از کیفیت زندگی افراد می‌داند که به طور کلی مثبت ارزیابی می‌کنند (رجاس، ۲۰۰۷). بنابراین، شادکامی مفهومی است که چندین جزء اساسی دارد. نخست آن که جزئی عاطفی و هیجانی دارد که باعث می‌شود فرد شادکام همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد. دوم آن که جزئی اجتماعی دارد که گسترش روابط اجتماعی را به دنبال دارد. و سوم آن که جزئی شناختی دارد که موجب می‌گردد فرد شادکام نوعی تفکر و پردازش اطلاعات ویژه خود داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوشبینی وی را به دنبال داشته باشد (امیدیان، ۱۳۸۳).

بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهد دانشجویانی که شادی دائمی و همیشگی دارند از سلامت روانی و بهزیستی روانی بهتری برخوردارند. بی‌نشاطی و اعتماد به نفس پایین به عنوان عواملی هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی و وضعیت تحصیلی دانشجویان می‌شود (فرهادی و همکاران، ۱۳۸۴). به باور آرچل (۱۹۸۶) فرد با نشاط نگرش مطلوب و رضایت آمیز به خود و دیگران دارد، روابط اجتماعی متعادلی دارد و فرایند زندگی خود را ارزیابی می‌کند. داینر (۲۰۰۱) معتقد است آدم با نشاط زندگی هدفمندی دارد، اهداف خود را آگاهانه انتخاب می‌کند و برای تحقق آن نیز تلاش زیادی مبذول می‌دارند. گریز از اتلاف وقت ، رویکرد مثبت به زندگی و امید به کامیابی سبب موفقیت آنها در زندگی می‌شود (غضنفری، ۱۳۸۵).

جنسیت نیز موضوع تحقیقات زیادی در ارتباط با شادکامی بوده است. مطالعات در آمریکا نشان داد که زنان به طور متوسط کمی خوشحال‌تر از مردان بودند، کمی عاطفه مثبت تر و کمی رضایت مندی

بیشتری از زندگی داشتند. همچنین مردان نسبت به زنان با افزایش سن شادتر می‌شوند. منابع شادی برای هر دو جنس متفاوت است. مردها بیشتر به وسیله شغلشان، رضایت اقتصاد و برخوردشان تحت تأثیر قرار می‌گیرند و زنان بیشتر به وسیله فرزندانشان و سلامتی خانواده شان تحت تأثیر قرار می‌گیرند. (ایروانی، ۱۳۹۰). برخی مطالعات به عدم تفاوت دو جنس اشاره کرده اند. برای مثال پژوهش‌های (امیدیان، ۱۳۸۸)، فوجیتا و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از کشاورز و همکاران، ۱۳۸۷) و عنصری (۱۳۸۶) نشان داده اند که بین زنان و مردان از نظر میزان شادکامی تفاوتی وجود ندارد. در مطالعه دیگری که در آمریکا در باره ارتباط شادی و جنسیت انجام شده، ۱۵۱ دانش آموز نوجوان دختر و پسر به پرسشنامه شادی پاسخ دادند. نتایج بیانگر این بود که تفاوت‌های جنسیتی تأثیری بر شادی و نشاط ندارد اما بین شادی و سلامت و بهزیستی روانی و جسمانی ارتباط معنی دار به دست آمد (مانون و همکاران، ۲۰۰۵).

پرنکار معتقد است که بین شادکامی و سلامت و بهزیستی روانی رابطه‌ی قوی وجود دارد. در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بین شادی و سلامت روانی و جسمی در ۱۲۷۵ دانشجوی شهر ژنو سولیس پرداخته شد، نتایج نشان داد دانشجویانی که شادی پیوسته و پایداری دارند از سلامت و بهزیستی روانی بهتری برخوردارند.

کهنمن و ریس (۲۰۰۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین سلامت و شادکامی همبستگی بالایی وجود دارد. آلبرکستن (۲۰۰۳) معتقد است که تجربه استرس، احساس شادکامی را کاهش می‌دهد یعنی هر چه فرد استرس بیشتری را تجربه نماید از میزان شادکامی او کاسته می‌شوند و سلامت روانی مورد تهدید قرار می‌گیرد.

با توجه به اهمیت بهزیستی روانی در دانشجویان و نقش حمایت اجتماعی و شادکامی، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی در بین دانشجویان انجام شده است. پرسش‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. آیا بین بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی رابطه وجود دارد؟
۲. آیا بین بهزیستی روانی و شادکامی دانشجویان رابطه وجود دارد؟
۳. آیا بین دانشجویان دختر و پسر از نظر بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و شادکامی تفاوت وجود دارد؟
۴. تا چه اندازه حمایت اجتماعی و شادکامی پیش بین کننده بهزیستی روانی در دانشجویان هستند؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان در سال تحصیلی ۹۱ - ۹۰ می‌باشد نمونه پژوهش شامل ۷۵ دانشجوی دختر و ۷۵ دانشجوی پسر است که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیده است.

ابزارهای پژوهش

بهبزبستی روان شناسی ریف: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی از ۱۲۰ سوال تشکیل می‌شود، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی تهیه شده است. در این روش پژوهش از فرم ۱۸ سوالی استفاده شده است. در این مقیاس پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف شش درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد گزارش شده است

دایر و نک همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. همبستگی مقیاس بهبودی روان شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمده است (فیشر، ۲۰۰۶).

مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS))

perceived social support (MSPSS): مشتمل بر ۱۲ ماده برای سنجش میزان حمایت اجتماعی از سه منبع خانواده، دوستان و فرد خاص می‌باشد که بر اساس یک مقیاس ۷ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود. مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی بین ۰/۷۶ و ۰/۸۹ بدست آمده است. روایی، پایایی و ساختار عاملی این ابزار در جمعیت دانشجویی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷/۳۰) (رستمی و همکاران، ۱۳۸۹). فیشر (۲۰۰۶) ضریب آلفای کل آزمون را برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس آن را در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ گزارش کرده است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: آزمون شادکامی آکسفورد توسط آرجیل و لو در سال

۱۹۹۰ تهیه شده است. آرجیل پس از رایزنی با «بک» جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد و بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ ماده دیگر نیز به آن افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را در بر گیرد پس این مقیاس را در مورد تعدادی از دانشجویان اجرا نمودند و با توجه به روایی صوری پرسش‌ها

و حذف چند ماده، در نهایت فرم نهایی ۲۹ سوالی پرسشنامه آماده گردید (پاییزی و همکاران، ۱۳۸۶).
 آزمون در ایران توسط علی پور و نور بالا (۱۳۸۷) ترجمه شده و روایی صوری آن توسط ۱۰ کارشناس مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی این آزمون با روش دو نیمه کردن ۰/۹۲ و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. با روش تحلیل عامل ۵ عامل از ۲۹ سوال آزمون استخراج شد که ۵۷/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند (امیدیان، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

برای بررسی رابطه بین بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است جدول ۱ نشان می‌دهد که بین بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی ادراک شده همبستگی مثبت معنادار ($P < 0/01$) وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی بین این دو متغیر نیز برابر ۰/۴۱ است همچنین بین بهزیستی روانی و شادکامی همبستگی مثبت معنادار ($P < 0/01$) وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی بین این دو متغیر برابر ۰/۵۵ است.

جدول ۱- ماتریس همبستگی متغیرهای بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و شادکامی

متغیرها	بهزیستی روانی	حمایت اجتماعی ادراک شده	شادکامی
بهزیستی روانی	۱		
حمایت اجتماعی ادراک شده	* ۰/۴۱۰	۱	
شادکامی	* ۰/۵۵۸	* ۰/۲۷۵	۱

به منظور بررسی بیشتر رابطه‌ی بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی و شادکامی و تعیین سهم متغیرهای حمایت اجتماعی و شادکامی در پیش بینی بهزیستی روانی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- رگرسیون گام به گام بهزیستی روانی از روی حمایت اجتماعی و شادکامی

گام	متغیرها	B	سطح معناداری	R	R ²	F	خطای برآورد
۱	شادکامی	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۵۸	۰/۳۱۱	۶۶/۸۲	۸/۴۲
۲	شادکامی حمایت اجتماعی	۰/۳۴ ۰/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱۸	۰/۳۸۲	۴۵/۴۵	۸/۰۰

چنانچه از نتایج تحلیل رگرسیون مشخص است در گام اول، متغیر شادکامی ۳۱ درصد از تغییرات بهزیستی روانی را تبیین می‌کند. در گام دوم متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده وارد معادله پیش بینی شده است و با اضافه نمودن این متغیر میزان ضریب تبیین (R²) به ۰/۳۸ افزایش پیدا می‌کند. یعنی شادکامی و حمایت اجتماعی ۳۸ درصد از تغییرات بهزیستی روانی را تبیین می‌کنند. به منظور بررسی اینکه چقدر حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در نمونه کل بهزیستی روانی را پیش بینی می‌کنند از تحیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

جدول ۳- نتایج رگرسیون گام به گام بهزیستی روانی از روی حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در نمونه کل.

گام	متغیر	B	سطح معناداری	R	R ²	F	خطای برآورد
۱	حمایت اجتماعی	۰/۳۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۱۰	۰/۱۶۸	۲۹/۸۸	۹/۲۵

چنانچه تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ۱۶ درصد از تغییرات بهزیستی روانی را تبیین می‌کند و مؤلفه‌های آن نقش معناداری در بهزیستی روانی در نمونه کل نداشته است و به همین دلیل وارد معادله پیش بینی نشده اند. همچنین به منظور بررسی اینکه کدامیک از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده نقش معناداری در پیش بینی بهزیستی روانی دختران و پسران داشته است از روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی روانی از روی مؤلفه‌های اجتماعی در دختران

خطای برآورد	F	R ²	R	سطح معناداری	B	مؤلفه‌های حمایت اجتماعی	گام
۹/۸۰	۱۴/۱۲	۰/۱۶۲	۰/۴۰۳	۰/۰۰۰	۱/۳۲ ۵۸	خانواده	۱

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بهزیستی روانی از روی مؤلفه‌های اجتماعی در پسران

خطای برآورد	F	R ²	R	سطح معناداری	B	مؤلفه‌های حمایت اجتماعی	گام
۰/۰۰۱	۱۱/۳۷	۰/۱۳۵	۰/۳۶۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۷	افراد مهم	۱
۰/۰۰۱	۸/۰۶	۰/۱۶۰	۰/۴۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷ ۰/۴۵۳	افراد مهم دوستان	۲

چنانچه نتایج تحلیل رگرسیون در نمونه دختران نشان می‌دهد مؤلفه حمایت اجتماعی خانواده ۱۶ درصد از تغییرات بهزیستی روانی را تبیین می‌کند و سایر مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نقش معناداری در بهزیستی روانی دختران نداشته است و به همین دلیل وارد معادله پیش بینی نشده اند. نتایج تحلیل رگرسیون در گروه پسران نشان داد که در گام اول افراد مهم و خاص وارد معادله پیش بینی شده اند و ۱۳ درصد از تغییرات بهزیستی روانی را تبیین می‌کند و در گام دوم دوستان وارد معادله پیش بینی شده است و با اضافه نمودن این مؤلفه میزان ضریب تبیین به ۰/۱۶ افزایش می‌یابد. یعنی مؤلفه دوستان ۳ درصد از تغییرات بهزیستی روانی را تبیین می‌کند.

برای مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و شادکامی دانشجویان به تفکیک جنسیت از آزمون t استفاده شده است نتایج جدول ۶ نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر

بهبودی روانی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد اما دانشجویان پسر از شادکامی بالاتری نسبت به دانشجویان دختر برخوردار هستند.

جدول ۶- آزمون t برای مقایسه متغیرهای بهبودی روانی - حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی بین دانشجویان دختر و پسر .

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	میانگین		شاخص آماری متغیرها
			پسر	دختر	
۰/۶۷۶	۱۴۸	-۰/۴۱۹	۷۹/۸۹	۷۹/۲۰	بهبودی روانی
۰/۲۵۰	۱۴۸	۱/۱۵	۶۰/۳۳	۶۲/۸۹	حمایت اجتماعی
*۰/۰۳۲	۱۴۸	-۲/۱۶	۴۵/۵۸	۴۰/۶۶	شادکامی

بحث و نتیجه گیری

دهه‌های اخیر مسائل مربوط به بهداشت روانی دانشجویان بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. باید اذعان نمود که دوره تحصیلات دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعدد، دوره‌ای فشارزا است، بنابراین باید به شناسایی عواملی پرداخت که در ارتقای بهداشت روانی این قشر فرهیخته نقش مهمی دارند. یکی از سازه‌های روان‌شناختی که اخیراً در حیطه بهداشت روانی توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است، بهبودی روانی می‌باشد (برادران، ۱۳۸۹). احساس بهبودی عبارتست از احساس مثبت و احساس رضامندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و ... است (عباسپور و همکاران، ۱۳۸۵). در این رویکرد به جای تأکید بر شناسایی و مطالعه کمبودهای روان و کاستی‌های رفتاری و ترمیم یا درمان آنها به شناخت و ارتقاء وجوه مثبت و نقطه قوت انسان تأکید شده است (روبینز، ۲۰۰۸).

متغیرهای زیادی در میزان بهزیستی افراد نقش دارند. این متغیرها عبارتند از متغیرهای زیستی - اجتماعی، متغیرهای شخصیتی و ... که مطالعات بسیاری نشان داده اند که حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی از پیش بینی کننده‌های بهزیستی روانی افراد هستند.

بنابراین، هدف عمده پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای رابطه‌ی بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی در دانشجویان بود و در این راستا چند سوال طراحی و آزمون گردید.

سوال اول: آیا بین بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه وجود دارد؟ نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه وجود دارد. نتایج حاصل با یافته‌های بخشی پور رودرسی و همکاران (۱۳۸۴)، عسگری و شرف الدین (۱۳۸۹)، قائدی و یعقوبی (۱۳۸۷) ساولکول و همکاران (۲۰۰۰)، همخوانی دارد.

در تبیین این مطلب می‌توان گفت که حمایت اجتماعی برای ادامه زندگی افراد اجتماع به ویژه بهزیستی روانی ضروری است. از طریق حمایت اجتماعی است که افراد می‌توانند فشارهای روانی خود را تحمل کرده و از این طریق روی کمک دیگران حساب باز کنند. بنابراین حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل مهم می‌تواند به بهزیستی روانی افراد کمک کند حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویا رویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می‌کند. همچنین حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، و افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانی افراد می‌شود(به نقل از عسگری و شرف الدین، ۱۳۸۹).

همچنین توجه و احترامی که ما در خلال ارتباطات اجتماعی دریافت می‌کنیم و احساس رضایت و بهزیستی که از آن حاصل می‌شود، می‌تواند به عنوان یک محافظ در مقابل مشکلات سلامت عمل کند. حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظ بر حوادث تنیدگی زای زندگی عمل می‌کند چون کیفیت عاطفی آن که با حس تعلق همراه است اطلاعات مورد نیاز را برای کاهش نتایج زیان بار جسمی یا روان شناختی در برابر حوادث زندگی فراهم می‌کند. بنابراین حمایت اجتماعی یک تأثیر محافظتی مهم در ارتباط بین بیماری و سلامت است. ارتباط نزدیک و حمایت اجتماعی که توسط خانواده، دوستان، همکاران و جامعه فراهم می‌شود، ارتباط مثبت با بهبود عملکرد در محیط کار، مقابله بهتر با مشکلات، سازگاری و بهزیستی جسمانی و روان شناختی دارد (خدا پناهی و همکاران، ۱۳۸۸).

سوال دوم: آیا بین بهزیستی روانی و شادکامی رابطه وجود دارد؟ نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی روانی و شادکامی رابطه وجود دارد. بنابراین هر چه فرد از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری

برخوردار باشد، میزان شادکامی وی افزایش خواهد یافت و همین طور شادکامی فرد بهزیستی روان بالاتری برخوردار باشد، میزان شادکامی وی افزایش خواهد یافت.

این نتیجه با یافته‌های امیدیان (۱۳۸۶)، عناصری (۱۳۸۶)، استادیان و همکاران (۱۳۹۰)، مانون و همکاران (۲۰۰۵)، پرنگار (۲۰۰۴) هماهنگ است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که معمولاً انسانها به دنبال شادمانی هستند و شادمانی اهمیت ویژه‌ای در زندگی مردم دارد (نقل از استادیان و همکاران، ۱۳۹۰)، در حالی که تجربه استرس، احساس شادکامی را به طور معنی داری کاهش می‌دهد؛ یعنی هر چه افراد استرس بیشتری را تجربه نماید از میزان شادکامی او کاسته می‌شود و سلامت و بهزیستی روانی مورد تهدید قرار می‌گیرد و با افزایش سلامت و بهزیستی روان، سطوح زیاد خود کار آمدی عمومی و احساس خوشحالی، افزایش می‌یابد (آلبر کتسن، ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احساس شادکامی با سلامت روانی همبسته و با مشکلات روانی ناهمبسته است. در واقع می‌توان از احساس شادکامی، برای درمان بیماری‌های روانی، بالا بردن نرخ و امید و تلاش برای ارتقای سطح زندگی در افراد سالم، بالا بردن مقاومت روانی، تقویت نیروی دفاعی در مقابله استرس و عنوان پیشگیری جهت ارتقای سطح بهزیستی روانی استفاده کرد (خوش کنش و کشاورز، ۱۳۸۷).

سوال سوم: آیا بین دانشجویان دختر و پسر از نظر بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی تفاوت وجود دارد؟

نتایج پژوهش نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر از نظر بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی تفاوتی وجود ندارد اما از نظر شادکامی بین آنها تفاوت وجود دارد، بدین معنا که میزان شادکامی در بین دانشجویان بالاتر از دانشجویان است.

عدم تفاوت معنا دار بین دانشجویان دختر و پسر از نظر بهزیستی روانی، با یافته‌های طالقانی و همکاران (۱۳۸۵)، قیامی (۱۳۸۵)، امیدیان (۱۳۸۸)، عباس پور و همکاران (۱۳۸۵)، شلدون و الیوت (۱۹۹۹) هماهنگ است و با یافته‌های چاو (۲۰۰۷) وانگ و میائو (۲۰۰۷)، شکری و همکاران (۱۳۸۷)، میکائیلی (۱۳۸۹)، یوسفی و شریف (۱۳۸۹) همسو نیست.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت احتمالاً مشخصه‌های اجتماعی و جمعیتی نقش مهم‌تری از موضوع جنسیت را در بهزیستی روانی ایفا کنند. به عبارت دیگر، حتی ممکن است برتری یک جنسی در بهزیستی روان تحت تأثیر محیط اجتماعی و سایر متغیرهای محیطی باشد (امیدیان، ۱۳۸۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که جنس کمتر از ۱ درصد در بهزیستی و رضا مندی عمومی مؤثر است (نقل از عباسپور و همکاران، ۱۳۸۵).

شاید یکی از دلایل نبودن ارتباط بین حمایت اجتماعی و جنسیت اخذ بازخوردهای برابر از محیط باشد، بدین معنا که فواصل فرهنگی و قومی گذشته کمتر وجود دارد و سعی می‌شود با دختران و پسران با نگرش مساوی برخورد شود.

از دیگر نتایج تحقیق حاضر این بود که دانشجویان دختر و پسر از نظر شادکامی بین آنها تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که میزان شادکامی در دانشجویان پسر بالاتر از دانشجویان دختر است. این پژوهش با مطالعات شریفی و همکاران (۱۳۸۹)، فرهادی و همکاران (۱۳۸۴) که نشان دادند که بین جنسیت و میزان نشاط رابطه معناداری وجود دارد، بدین معنا که میزان نشاط و شادکامی در دانشجویان پسر بالاتر از دانشجویان دختر است، هماهنگ است. زنان در مقایسه با مردان در مقطعی از زندگی خود در معرض خطر زیادتری برای ابتلاء به دوران افسردگی هستند. مطالعات نشان داده است زنان دو برابر مردان دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و در برابر اختلال‌های شخصیتی و ضد اجتماعی آسیب پذیر هستند، بنابراین شیوع افسردگی در زنان بالاتر و میزان نشاط و شادکامی پایین تر از مردان می‌باشد (نیکخو، ۱۳۸۱). از سوی دیگر می‌توان گفت منابع شادی برابر هر دو جنس متفاوت است و هر دو جنس تجربیات و شرایط اقتصادی - اجتماعی متفاوتی دارند که احتمالاً می‌تواند موجب تفاوت شادکامی دانشجویان دختر و پسر شود (ایروانی، ۱۳۹۰).

همچنین می‌توان گفت شاید بدلیل محدودیت‌های خانوادگی و همچنین احساس فشار به دلیل محدودیت در جایگاه اجتماعی که برای دختران نسبت به پسران در جامعه ما وجود دارد شادکامی دختران کمتر می‌باشد.

سوال چهارم: تا چه اندازه حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی پیش بینی کننده بهزیستی روانی دانشجویان هستند؟

تحلیل رگرسیون انجام شده نشان داد که حمایت اجتماعی و شادکامی پیش بینی کننده بهزیستی روانی می‌باشند ولی شادکامی در پیش بینی کنندگی بهزیستی روانی نقش بیشتری ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با یافته‌های عسگری و شرف‌الدین (۱۳۸۹)، قانودی و یعقوبی (۱۳۸۷) که حمایت اجتماعی را در پیش بینی بهزیستی روانی مؤثر می‌دانند، همسو است. در توضیح این مطلب می‌توان گفت که بهزیستی روانی از چند جهت اهمیت دارد: تأمین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر، اثبات ارزش شادکامی برای انسان، حمایت اجتماعی ادراک شده مطلوب، اندازه گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی (دانیر و همکاران، ۲۰۰۳). از آنجایی که بهزیستی روانی بزرگترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر است به دور از انتظار نیست که شادکامی و حمایت اجتماعی، بهزیستی روانی را تحت تأثیر قرار دهد.

بهبودی روانی بیانگر این است که افراد چه احساسی از خودشان دارند و شامل پاسخ‌های هیجانی افراد، رضایتمندی از زندگی و قضاوت در باره کیفیت زندگی می‌شود. بهبودی روانی ساختار مهمی است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی و باعث فقدان احساس رضایت و اعتماد به نفس و احساس نبود اراده یا هدف در زندگی شده و به کاهش سلامت روانی منجر می‌شود (کینگ، ۲۰۰۱).

همچنین نتایج نشان داد که بهبودی روانی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از افراد مهم و دوستان پیش بینی می‌شود. در توضیح و تبیین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که در دختران برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب از جانب خانواده منجر به داشتن حس تعلق به جامعه، خوش بین بودن در مورد آن، پذیرش آن و میل به مشارکت بیشتر در آن می‌شود، اما در پسران نگرش مثبت فرد نسبت به جامعه بیشتر از آن که وابسته به خانواده باشد، وابسته به حمایت اجتماعی ادراک شده از دوستان است. همچنین دختران، بر اساس خصوصیات جامعه ایرانی، بیش از پسران به خانواده خود چه از لحاظ مادی و چه از لحاظ رفتاری و عاطفی وابستگی دارند. خانواده قدرت تأثیر گذاری بیشتری بر روی فرزندان مؤنث خود دارد، حال آن که در مورد پسران این نفوذ با شدت کمتری اعمال می‌شود (قائدی و یعقوبی، ۱۳۷۸).

تحقیقات نشان داده است که بین حمایت والدین و افسردگی نوجوانان رابطه منفی وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر قدر حمایت والدین بیشتر باشد افسردگی در نوجوانان کاهش می‌یابد (سیاح ستیاری و همکاران، ۱۳۸۹).

از آنجایی که هدف اصلی سلامت و بهبودی روانی کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل تر، شادتر، هماهنگ تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است، پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی به منظور ایجاد جامعه سالم از وظایف اصلی نظام‌های آموزشی است. نظامی که خواستار بهبودی و شادکامی افراد خود است، باید افراد سازگار و هماهنگ پرورش دهد.

با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده و شادکامی در بهبودی روانی از یک سو، و از سوی دیگر با توجه به این که جمعیت دانشجویی به عنوان یک جمعیت جوان و آینده ساز کشور است این ضرورت آشکار می‌شود که برای جلوگیری از هدر رفتن منابع مادی و معنوی دانشگاه، باید به مسئله بهبودی روانی دانشجویان توجه بیشتری نمود و اقداماتی جهت گسترش حمایت اجتماعی و ارتباطات اجتماعی و شادکامی دانشجویان صورت گیرد.

منابع

الف - فارسی

۱. استادیان ، مریم، قنواتی ، بهمن؛ کجیاف نژاد، هادی(۱۳۹۰) بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان . فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۱۵ (۲)، ۱۴۷-۱۳۷.
۲. آقا یوسفی ، علیرضا؛ شریف، نسیم (۱۳۸۹) بررسی همبستگی بین بهزیستی روانی و حس انسجام در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. **پژوهنده** (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، ۱۵ (۶)، ۲۷۹-۲۷۳.
۳. امیدیان ، مرتضی(۱۳۸۸) بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد. **مطالعات تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی** ، ۱۰ (۱)، ۱۱۵- ۱۰۱.
۴. ایروانی، محمد رضا(۱۳۹۰) بررسی تأثیر برنامه‌های شادی آفرین بر کاهش افسردگی شهروندان ساکن شهر اصفهان . **فرهنگ در دانشگاه اسلامی** ، ۱۵ (۲)، ۸۳- ۶۴.
۵. بخشانی، نورمحمد؛ پیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهروی،جعفر. (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی، افسردگی. **اندیشه و رفتار**، ۹ (۲)، ۴۹-۵۵.
۶. بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی ، حمید؛ عابدیان، احمد(۱۳۸۴) بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، ۷ (۲۷)، ۱۴۵- ۱۵۲ .
۷. برادران، مجید(۱۳۸۹) رابطه کمال گرایی و هوش هیجانی با شادکامی در دانشجویان . **پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان** ، دانشگاه شاهد: ۳۵- ۳۴.
۸. پاییزی، مریم؛ شهر آرای، مهرناز؛ فرزاد، ولی اله؛ صفایی، پیروش. (۱۳۸۶) . بررسی اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم و سوم رشته علوم تجربی دبیرستان‌های تهران. **مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهرا**، ۳ (۴)، ۲۵-۴۳ .

۹. جهانی هاشمی، حسن؛ رحیم زاده، سمیه؛ قافله باشی، حسین؛ ساریچلو، محمد ابراهیم (۱۳۸۷) بررسی سلامت روانی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین. **مجله علمی دانشگاه پزشکی قزوین**، ۱۲ (۲)، ۴۹ - ۴۱.

۱۰. حاجبی، احمد، فریدنیا، پیمان (۱۳۸۸) ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر. **دو فصلنامه طب جنوب**، ۱۲ (۱)، ۷۴ - ۶۷.

۱۱. حسینی، حمزه؛ موسوی، ابراهیم (۱۳۷۹) بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۷۸-۷۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران. **مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، ۱۰ (۲۸)، ۳۲ - ۲۱.

۱۲. خدایپناهی، محمد کریم؛ اصغری، آرزو؛ صالح صدق پور، بهرام؛ کتیبایی، ژیلا (۱۳۸۸) **خانواده پژوهشی**، ۵ (۲۰)، ۴۳۹-۴۲۲.

۱۳. خوش کنش، ابوالقاسم؛ کشاورز افشار، حسین (۱۳۸۷) رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان **اندیشه و رفتار**، ۲ (۷)، ۵۲ - ۴۱.

۱۴. رستمی، رضا؛ شاه محمدی، خدیجه؛ قائدی، غلامحسین؛ بشارت، محمد علی (۱۳۸۹) رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران **افق دانش**، ۱۵ (۳)، ۵۴ - ۴۶.

۱۵. سیاح سیاری، نیمتاج؛ حسین شاهی، حمید رضا؛ رنجگر، بایرا معلی (۱۳۸۹) رابطه بین هویت و حمایت اجتماعی والدین در میان نوجوانان **اندیشه و رفتار**، ۴ (۱۶)، ۷۴ - ۶۷.

۱۶. شریفی، خدیجه؛ سوکی، زهرا؛ تقربی، زهرا؛ اکبری، حسین (۱۳۸۹) وضعیت نشاط و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه پزشکی کاشان در سال تحصیلی ۸۶ - ۱۳۸۵. **فصلنامه فیض**، ۱۴ (۲)، ۶۹ - ۶۲.

۱۷. طالقانی، نرگس؛ روغنجی، محمود؛ شکری، مهتاب (۱۳۸۵) رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی. **مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان**، دانشگاه علم و صنعت: ۲۵۸ - ۲۵۴.

۱۸. عباسپور، پرستو؛ فراهانی، محمد نقی؛ شهرآرای، مهرناز (۱۳۸۵) بررسی رابطه بین کمال گرایی و عزت نفس با سلامت بهزیستی در دانشجویان پزشکی دانشگاههای دولتی شهر تهران. **سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان**، دانشگاه علم و صنعت: ۲۷۱ - ۲۶۶.
۱۹. عسگری، پرویز؛ شرف الدین، هدی (۱۳۸۹) رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان، **یافته‌های نو در روان شناسی**، ۳ (۹)، ۳۶ - ۲۵.
۲۰. عناصری، مهریار (۱۳۸۶) رابطه بین سلامت روان و شادکامی دانشجویان دختر و پسر. **مجله اندیشه و رفتار**، ۲ (۶)، ۸۴ - ۷۵.
۲۱. غضنفری، فیروزه (۱۳۸۵) شادابی و رابطه آن با حمایت اجتماعی ادراک شده و حرمت خود. **مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان**. تهران. دانشکده علم و صنعت. ۲۸۲-۲۸۵.
۲۲. فرهادی، علی؛ جواهری، فرزانه؛ غلامی، یزدان بخش؛ فرهادی، پریش (۱۳۸۴) میزان نشاط و ارتباط آن با اعتماد به نفس دانشجویان دانشگاه پزشکی. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، ۷ (۲۵)، ۶۲ - ۵۷.
۲۳. قائدی، غلامحسین؛ یعقوبی، حمید (۱۳۸۷) بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. **مجله ارمغان دانش**، ۱۳ (۲)، ۸۱ - ۶۹.
۲۴. قیامی، سیده زهرا (۱۳۸۵) بررسی رابطه حرمت خود و سلامت. **مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان**، دانشگاه علم و صنعت و ایران: ۳۱۰ - ۳۰۵.
۲۵. کشاورز، امیر؛ مولوی، حسین، کلانتری، مهرداد (۱۳۸۷) رابطه بین سرزندگی و ویژگیهای جمعیت شناسی با شادکامی در مردم شهر اصفهان. **مطالعات روان شناختی**، ۱۴ (۴)، ۶۴ - ۴۵.
۲۶. متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالهای روانی (۱۳۸۱) ترجمه محمد رضا نیکخو هامایاک آوادیس یانس، (چاپ چهارم) تهران: سخن.