



دوست داری درس پروژه رو بخونی؟؟؟
۲۰ میخوام

20MIKHAM.COM

@ 20mikham.com@gmail.com



۰۹۳۸۶۲۰۱۲۲۰

۰۹۳۸۶۲۰۱۴۲۰

جهت ارسال پیامک

برای دریافت فایل word این پروژه به سایت ۲۰ میخوام مراجعه نمایید.

در کادر جستجو ستون سمت چپ سایت ، عنوان پروژه را وارد کنید و روی سرچ کلیک

نمایید. سپس در ادامه مطلب پروژه می توانید فایل ورد را آنلاین خرید و بلافاصله

دانلود کنید.

www.20mikham.com



فصل اول

دوست داری درس پروژه رو چند بگیری؟؟
۲۰ میخوام
20MIKHAM.COM

مقدمه:

هزاره سوم میلادی در شرایطی آغاز می‌گردد که جهان کماکان درگیر مشکلات عدیده‌ای چون تغییرات اجتماعی و پیامدهای آن در ابعاد روانی - اجتماعی انسان است. پیشرفت و توسعه علی‌رغم آنکه تسهیلات فراوانی به همراه داشته است اما در برگیرنده مشکلات اساسی نیز هست. بدین ترتیب موضوع تغییرات اجتماعی و پیامدهای آن در تعلیم و تربیت و سلامت روانی یا بیماریهای مرتبط با آن، افزایش رضایتمندی از زندگی یا کاهش آن و هزاران موضوع دیگر از این دست پیش روی محققان است.

از آنجا که بهداشت روانی پدیده‌ای روانی - اجتماعی، نیازمند درک و تفسیر درست از مسائل مرتبط است و باید آن را در چهارچوب عوامل اساسی زمینه ساز و یا در ارتباط مستقیم با عوامل زیانبخش برای سلامتی مورد توجه است این موضوع از آن جهت مهم است که فراتر از متغیرهای مستقل و جداگانه‌ای که به طور طبیعی نقش اساسی خود را در سلامت روانی و یا بیماری ایفا می‌کنند. عوامل مشترک را نیز را که در ایجاد یا تسهیل اختلافات روانی برعهده دارد مورد توجه قرار داده است و با رویکردی کل نگر به تنظیم چهارچوب موثر می‌پردازیم.

تغییرات شرایط اجتماعی، طی دو دهه گذشته، موجب تغییرات بنیادین در سطح خانواده و دوستان از یک سو و نیز موجب تغییرات وسیعی در تعلیم و تربیت و شیوه های آن و نیز سبک های زندگی از سوی دیگر گردیده است صرف نظر از مشکلات جاری که می‌تواند ما حاصل

شرایط بد اقتصادی و توسعه نیافتگی باشد دگرگونی های پی در پی در الگوهای زندگی تغییر در مطالبات اجتماع از فرد، تغییر در ارزش ها، باورها و فرهنگ به گونه ای است که می تواند به صورت مستقیم یا غیر مستقیم توانایی های سازشی فرد را تحت تاثیر قرار دهد.

بدین ترتیب سطوح مختلف اجتماعی به ویژه کودکان و جوانان در مواجهه با تغییرات پی در پی پیرامونی مشکلات متنوع را تجربه می کنند و با مسائلی درگیر می شوند که ابعاد آن برای بسیاری از خانواده ها و مسئولان امر ناشناخته است.

توانایی انسان در بهم ارتباط دادن حوادث محیطی و نشان دادن واکنش منطقی به رشد روانشناسی کمک فراوان کرده است از همه جالب تر اینکه توانایی ماست که با اشخاص مختلف ایجاد رابطه می کنیم و در صورت ناامیدی از آنها فاصله می گیریم توانایی انسان در استفاده از خلاق از قوه تصور و فکر خود و برخورد واقع بینانه که با امور یکی دیگر از نشانه های بلوغ و رشد فکری ماست.

ناراحتی های روانی لزوماً حاصل نیروهای اسرار آمیز و نفوذ ناپذیر نیستند بلکه اغلب در فرایندهای معمولی مانند اشتباه در یادگیری، استنباطهای اشتباه براساس اطلاعات نادرست یا ناکافی و تمیز ندادن تصور از واقعیت بوجود می آیند از آن گذشته اندیشه اگر حاصل فرضهای اشتباه باشد می تواند غیر واقع بینانه گردد و رفتار اگر مبتنی بر طرز تلقی های غیر منطقی باشد غیر عقلانی نظر به اینکه خویش تن نگری، فراست - آزمون واقعیت ها و یادگیری اصولاً

فرایندهای شناختی هستند این طرز برخورد با بیماریهای روانی را شناخت درمانی نامیده است

روانشناسی قرن بیستم بیشتر بر هیجانات منفی نظیر افسردگی و اضطراب تمرکز یافته است تا بر هیجانات مثبتی نظیر شادی و بهزیستی. هدف مطالعات روانشناختی بیشتر بر آن بوده است که بیماریهای روانی را مورد بحث و گفتگو قرار دهد و درمان آنها هدف اصلی بوده است. به عبارتی دیگر تعریف سلامت روانی مترادف با فقدان بیماریهای روانی و یا علایم بیمارگونه تلقی شده است در حالیکه از دهه ۱۹۸۰ به بعد در تعریف سلامت تغییر و تحول بسیاری پدید آمده است. متون مربوط باروانشناسی سلامت تنها به جنبه های منفی و رفع آثار منفی در افراد محدود نمی شود همانطور که در تعریف سازمان بهداشت جهانی به سلامت از جنبه مثبت آن تأکید شده است و فردی واجد سلامت شناخته می شود که به لحاظ زیستی - روانی - اجتماعی از شرایط معینی برخوردار باشد (بوم و همکاران، ۲۰۰۱، نقل از کرمی نوری و همکاران ۱۳۸۱).

اختلالات روانی مشکلات جدی و شایع بوده که در سراسر دنیا مشاهده می شود و یکی از ناتوان کننده ترین بیماریها در طب محسوب می شود که هزینه های زیادی را به جامعه تحمیل می کند. سابقه شناخت اختلالات روانی و در کنار آن بحث سلامتی روانی به سابقه تاریخ و شناخت بشر از خود و تغییر رفتاری بعضی از انسانها نسبت به انسانهای دیگر باز می گردد. گاه مرز بین این دو یعنی سلامت روانی از

اختلال روانی چنان درهم می آمیزد که اطلاق اینکه فردی سالم یا بیمار است مشکل به نظر می آید اینست که افراد و یا مراکز علمی زیادی کوشیده اند تا تعریف واضح و دقیقی از موضوع سلامت روانی و اختلال روانی ارائه دهند که البته کلیه تعاریف ارائه شده با توجه به شرایط و موقعیت های اجتماعی سنن و فرهنگ بوده و اصولاً از دید کسانی که نگرشی طبیعی به سوال نگاه می کنند کسی سالم و بیمار است که اگر بیمار نباشد و یا کسی که بیمار است که سالم نباشد این امر در بعضی بیماریها مانند بیمار روانپزشکان و کسانی که با طب پیشگیری سروکار دارند برای تعریف سلامت روانی و بهنجاری از میانگین نرمال یا زنگوله معروف منحنی توزیع عمومی استفاده می کنند و افراد را با خصوصیات افراد میانگین مقایسه کرده که این جنبه بالینی و درمانی نداشته و صرفاً جنبه آماری دارد و البته تعیین خصوصیات افراد میانگین که از طریق آماری بدست می آید خود مسئله قابل بحث است.

اصولاً فردی از نظر روانی سالم است که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد. از این دیدگاه انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می شود که بر اساس کیفیت تاثیر متقابل عمل می کند با این دید سیستمیک ملاحظه می شود که چگونه عوامل متنوع زیستی انسان بر عوامل روانی اجتماعی او اثر گذاشته و بالعکس از آن تاثیر می پذیرد.

به عبارت دیگر بهداشت و تعادل روانی انسان به تنهایی مطرح نیست بلکه آنچه مورد بحث قرار می‌گیرد پدیده‌هایی است که در اطراف او وجود دارند و بر جمع سیستم و نظام او تأثیر می‌گذارند و از آن متأثر می‌شوند.

کارشناسان سازمان بهداشت سلامت فکر و روان را این چنین تعریف می‌کنند:

سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران تغییر و اصلاح فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی بطور منطقی و عادلانه و مناسب (میلانی فر بهروز بهداشت روانی، نشر قدس ۱۳۷۰ ص ۶۵-۳)

لونسین (Levinson) و همکارانش در سال ۱۹۶۲ سلامت روانی را این چنین تعریف کرده‌اند: سلامت روانی عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود - دنیای اطراف - محل زندگی - اطرافیان و با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت زمانی و مکانی خویشتن.

کارل مینجر (Krlmeninger) می‌گوید سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش به حداکثر امکان بطوریکه باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به کامل شود.

واتسون (watson) موسس مکتب رفتارگرایی می‌گوید "رفتار عادی نمودار شخصیت سالم انسان عادی است که موجب سازگاری او با محیط و با نتیجه رفع نیازهای اصلی و ضروری او می‌شود."

تعریف گینزبرگ (Ginsburg) این چنین است " تسلط و مهارت اینکه در ارتباط صحیح با محیط در سه فضای مهم زندگی عشق، کار، تفریح. این شخص و همکارانش برای توضیح بیشتر می‌گویند استعداد یافتن و ادامه کار. داشتن خانواده. ایجاد محیط خانوادگی خرسند. فرار از مسایلی که با قانون درگیری دارد لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصتها و سلامت روان است.

با تعریفی که از بهداشت روانی شد می‌توان استنباط کرد که بهداشت روانی علمی است برای بهتر زندگی کردن. رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از محیط خانه گرفته تا مدرسه دانشگاه محیط کار و نظایر آن را دربرمی‌گیرد. در بهداشت روانی آنچه بیش از همه مورد نظر است (احترام به شخصیت و حیثیت انسانی است) و تا هنگامیکه این حیثیت و احترام برقرار نشود سلامت فکر و روان و بهبود روابط انسانی معنی و مفهومی نخواهد داشت.

شاملو در مورد اهداف بهداشت روانی و اصول آن می‌نویسد. هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری است و این منظور بوسیله ایجاد محیط فردی و اجتماعی مناسب حاصل می‌گردد و بنابراین بهداشت افراد اجتماع و تمام مردم بطور دسته جمعی منظور نظر بهداشت روانی است و اصول بهداشت روانی عبارت است از:

۱- احترام به شخصیت خود و دیگران

۲- شناختن محدودیتها در خود و افراد دیگر

۳- دانستن این حقیقت که رفتار انسان تحت تأثیر عواملی است

۴- آشنایی به اینکه رفتار هر فرد تابع تمامیت وجود اوست

۵- شناسایی احتیاجات و محرکهایی که سبب ایجاد رفتار و اعمال

گردد.

از آنجا که بهداشت روانی اجتماع را هم بطور انفرادی و هم بطور دسته جمعی در بر می گیرد لذا اصل کلی در بهداشت روانی سالم سازی محیط فردی و اجتماعی است و اصول فوق برای نیل بدین منظور بکار می رود.

احساس یاس و یا ناامیدی از خود یکی از بارزترین علائم غیر عادی و عدم تعادل و روانی بوده و بنابراین لازمه برخورداری از سلامت روانی این است که شخص به خود احترام گذارده و اعتماد به نفس درانجام کارها و در ورابط بین فردی و برخورد با دیگر افراد جامعه را داشته و خود را دوست بدارد. شخص سالم احساس می کند افراد اجتماع او را دوست دارند و به او احترام می گذارند و او نیز متقابلاً به آنها احترام گذاشته و آنها را دوست دارد. عدم اعتماد به نفس باعث می شود که فرد مبتلا اظهار کند که به کسی اعتماد ندارد. اجتماع برای او ارزش قائل نیست و بنابراین از برخی از وظایف اجتماعی خود صرف نظر کرده و از قبول هر گونه مسئولیت شانه خالی می کند. بر عکس حالت فوق نیز ممکن است بوجود بیاید یعنی فرد با تصور غیر عادی از خود و برای جبران نقصیه خود نیروی خود را بیش از حد تصور مصرف کرده و دست به کارهای خطرناک بزند.

شخصی که از سلامت روانی برخوردار هست همچنین بایستی خود را همانطور که هست بشناسد و قبول کند یعنی علاوه بر استفاده از خصوصیات مثبت و بر جسته به محدودیت و نواقص فرد نیز آشنایی کامل داشته باشد. پی بردن به شخصیت قابلیت‌ها و تواناییها یا به عبارت دیگر خود پنداری از مهمترین مسائل بهداشت روانی است و چون خود پنداری در اثر یادگیری وجود می‌آید لذا تجارب گذشته و نقش اولیاء در تربیت فرزند اهمیت یافته و باعث می‌شود کودک به قضاوت دیگران در مورد خود پی برده و از خود ارزیابی به عمل آورد. خود پنداری همیشه قابل تغییر است و رابطه مستقیم با محیط و اطرافیان و طرز برخورد و رفتار آنان دارد. صمیمیت و محبت، استوار بودن خانواده و روابط صحیح بین اعضای خانواده باعث ثبات و پایداری شده و بالعکس از هم گسسته شدن خانواده و یا روابط نامطلوب اعضای آن باعث عدم ثبات خود پنداری و از دست دادن اعتماد به نفس شده و شخص در مقابله با مشکلات دچار نگرانی - اضطراب شده - و رفتارهای نامناسب از خود نشان می دهد.

بیان مساله

بخش عمده‌ای زندگی آدمی به عنوان موجودی اجتماعی در مناسبات و روابط متقابل او با دیگران خلاصه می‌شود اما این مناسبت متقابل نیز مانند سایر رفتارهای آدمی بدون حساب و کتاب و بدون نظم و قانون نیست. مثلاً نقشهای مختلفی که مادر در زندگی خود به عنوان فرزند

یک خانواده پدر یا مادر معلم یا دانشجو و بالاخره عضوی از اعضای جامعه برعهده می‌گیریم در نظر بگیرید طبیعی است که رفتارهای ما تناسب هر یک از نقش‌هایی که بر عهده داریم متناوب است (کریمی ۱۳۶۸)

از آنجایی که معلمان نا متعادل و به ویژه در مقطع ابتدایی در زمینه رفتارهای چون بی ثباتی - اضطراب - تنفر و احساس حقارت می‌توانند تأثیرات مخربی بر روی دانش آموزان داشته باشند یا بلعکس در ابعاد مثبت، معلمان با ثبات و متعادل و سازگار نه تنها موجبات سلامتی روانی و بهداشت روانی دانش آموزان را در کلاسهای خود فراهم می‌سازند بلکه در کمک به سلامت روانی دانش آموزان بسیاری که دارای اختلالات روانی هستند نیز می‌توانند نقش کمکی و درمانی چشمگیری ایفا کنند از این جهت بررسی نقش متغیرهایی که بر روی سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم پایه و علوم تربیتی و روانشناسی که اکثراً در آینده‌ای نزدیک به وظیفه خطیر تعلیم و تربیت دانش آموزان و دانشجویان اشتغال خواهند ورزید - اثر می‌گذارند از اهمیت خاصی برخوردار است (ترابی نژاد ۱۳۷۱)

در جامعه‌ای که در آن افراد از احساس مسئولیت برخوردار باشند در مقابل انواع فشارهای روانی و تهدیدهای خارجی مقاومت و پایداری خواهند بود و این موضوع در بین دانشجویان مراکز دانشکده های علوم تربیتی و علوم پایه شکوفایی استعداد ها - بروز خلاقیتها و پیشرفت‌های اجتماعی و فرهنگی را در پی خواهد داشت.

نتایج تحقیقات انجام شده در مورد ارتباط سلامت روانی احساس مسئولیت نشان می‌دهد که بین این دو متغیر رابطه وجود دارد لیکن در کشور ما تحقیقی که قابلیت تعمیم داشته باشد انجام نشده است.

سلامت روانی در توزیع و تشریح عملکرد رفتار افراد متغیرهای مهمی تلقی می‌گردد زیرا این متغیر می‌تواند به عنوان عوامل تسهیل کننده پیشرفت یا یک عامل بازدارنده پیشرفت و کسب مهارت‌های جدید عمل کند. وقتی که فرد متقاعد شود که پیروزی و شکست در فعالیت‌هایش به خودش وابسته است با انگیزه‌های بهتری دست به فعالیت می‌زند و از طرف دیگر با افزایش موفقیت‌ها نگرش مثبت فرد نسبت به خود و ارزشی که برای خودش قائل است نیز افزایش می‌یابد که در نتیجه باعث افزایش عزت نفس و اعتماد فرد نسبت به خود خواهد شد.

20MIKHAM.COM

از سوی دیگر چون عزت نفس زمینه اساسی ادراک فرد از تجارب زندگی را فراهم می‌کند در صورت مثبت بودن می‌تواند به عنوان سپری در مشکلات عاطفی و اجتماعی خود را محافظت کند و راهبردهای موثری برای افزایش بهداشت روانی و عملکرد دانش جو در اختیار او قرار دهد. با توجه به اینکه سلامت روانی یکی از مفاهیم مهم و مطرح می‌باشد و از طرفی نتیجه تحقیقات متعدد رابطه آن را با برخی متغیرهای بسیار نشان داده اند لذا لازم است تا تحقیقی در بین دانشجویان مراکز دانشکده های علوم پایه و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی انجام گیرد تا با کاربرد علمی مفهوم فوق

دانشجو از نظر کنترل کیفیت درونی و بیرونی بهتر شناسایی شده و سپس به او کمک شود تا سلامت روانی اش را تقویت نماید.

سوالات تحقیق:

۱- آیا بین سلامت روانی دانشجویان علوم تربیتی و علوم پایه تفاوت معنا داری وجود دارد؟

۲- آیا بین سلامت روانی دانشجویان پسر مراکز دانشکده های علوم تربیتی و علوم پایه تفاوت معناداری وجود دارد؟

۳- آیا بین سلامت روانی دانشجویان دختر مراکز دانشکده های علوم تربیتی و علوم پایه دانشگاه تفاوت معناداری وجود دارد؟

۴- آیا بین سلامت روانی دختران با سلامت روانی پسران دو دانشکده تفاوت معناداری وجود دارد؟

اهداف پژوهش:

بطور کلی اهداف این پژوهش می تواند از جنبه نظری زمینه ای را برای گسترش آگاهی و افزایش دانش در حوزه سلامت روانی فراهم کند و از نظر کاربردی نیز زمینه ای را فراهم کند تا درمورد بهداشت روانی و سلامت روانی دانشجویان مراکز اقدامات موثری صورت بگیرد و در همین راستا اهداف پژوهش به شرح زیر مطرح می گردد:

۱- تعیین تفاوت سلامت روانی دانشجویان دانشکده های علوم پایه

و علوم تربیتی

۲- تعیین میزان تفاوت سلامتی در دانشجویان دختر و پسر

دانشکده های فوق

۳- ارائه راهکارهای مناسب جهت ارتقاء سلامت روانی دانشجویان

دانشکده های ذکر شده

اهمیت و ضرورت پژوهش:

تحقیق حاضر از این نظر حائز اهمیت است که دست اندرکاران نظام آموزشی و از جمله معلمان و استادان با قشر عظیمی از کودکان نوجوانان و دانشجویان سروکار دارند و نوع رفتار و عملکرد آنها در کلاس درس بر رفتار عملکرد دانش آموزان و دانش جویان تاثیر می گذارد و چنانچه معلم و استاد و همچنین دانشجو از سلامت روانی بیشتر برخوردار باشند باعث شکوفایی استعدادهای دانش آموزان و دانشجویان می گردند و در مجموع شخصی که در راستای سیستم آموزشی قرار می گیرد باید فردی شایسته باشد و از سلامت روانی بیشتری تا بتواند به عنوان فردی مؤثر در جامعه عمل نماید.

بنابراین اگر نتیجه تحقیق معنی دار باشد می توان به دست اندرکاران علوم پایه و علوم تربیتی و روانشناسی پیشنهاد کرد که در کنار برنامه های آموزشی و تربیتی موجود برای ارتقای سلامت روانی دانشجویان این مراکز برنامه ریزی نمایند بدیهی است که این مورد در وهله اول باعث ارتقای سلامتی دانشجویان دانشکده های علوم تربیتی و روانشناسی و همچنین علوم پایه و بعد از آن به طور غیر مستقیم

باعث سلامت روانی دانش آموزان و دانشجویانی که توسط این افراد تحت آموزش قرار خواهند گرفت خواهد شد.

متغیرها و تعاریف مفهومی و عملیاتی آنها:

الف) تعریف مفهومی؛

(الف - ۱) سلامت روانی؛ سلامت روانی توانایی های افراد در بروز واکنش های مناسب - پیشگیرانه و سازگار در چهار چوب حوزه رفتار اجتماعی هیجانی، موضوعات مرتبط با سلامتی و موضوعات مرتبط با شغل می باشد (ابرت ۱۹۸۲ به نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۴ ص ۳۵) و همچنین هوگان (۱۹۷۶) سلامت روانی را سازش با فشارهای مکرر و روزمره زندگی هر فرد به طوری که بتواند خود را با محیط سازگار نماید و به حل تعارضات و کشمکش های درونی و پذیرش یا مسیری را از سرنوشت و تقدیر بپردازد تعریف می کند (مهرابی زاده ۱۳۸۰ ص ۱۹۱)

تعریف عملیاتی: در این پژوهش مجموع نمراتی که فرد در چهار مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی بدست می آورد و در دامنه حداقل ۰ تا حداکثر ۸۴ می تواند قرار بگیرد و نمره پایین تر از ۲۳ و نمره بالاتر از آن نشانه عدم سلامت روانی است (هومن ۱۳۷۶)

تعریف مفهومی دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و علوم پایه:

در این پژوهش منظور از دانشجویان افرادی هستند که بر طبق ضوابط با برگزاری آزمون سراسری انتخاب و به دانشگاه راه یافته اند

و در رشته های مربوط به دانشکده علوم تربیتی که شامل رشته های (روانشناسی - مشاوره - علوم تربیتی) و همچنین دانشکده علوم پایه شامل رشته های (شیمی- ریاضی - زیست - آمار) و مشغول به تحصیل می باشند.

اجتماع و نه فقط فقدان بیماری، (کاپلان و سادرک، ترجمه پورافکاری، ۱۹۹۴، به نقل از بایبوری ۱۳۷۸) شفیع آبدی و ناصری (۱۳۸۱) سلامت روانی را به داشتن هدف انسانی در زندگی، سعی در حل عادلانه مشکلات زندگی، سازگاری با محیط اجتماعی براساس موازین علمی و اخلاقی، ایمان به کار و مسئولیت و پیروی از اصل نیکوکاری و اصل خیرخواهی مربوط می دانند. روش زندگی؟؟

از نظر آنان سلات روانی عبارت است از سازگاری درست با خود و محیط اجتماعی است.

تعریف عملیاتی مجموع نمراتی که فرد در چهار مقیاس پرشنامه سلامت عمومی بدست می آورد و در دامنه حداقل ۰ تا حداکثر ۸۴ می تواند قرار بگیرد و نمره پاییت از ۲۳ و نمره بالاتر از آن نشانه عدم سلامت روانی است (هرمن ۱۳۷۶)

۳-۶ دانشجویان، افرادی هستند که بر طبق ضوابط با برگزاری آزمون سراسری انتخاب و به دانشگاه راه یافته و در رشته های مربوط به دانشکده علوم پایه و همچنین در رشته های دانشکده علوم تربیتی مشغول به تحصیل هستند.

خلاصه: در این فصل ابتدا مساله پژوهش بطور اجمال در زمینه سلامت عمومی دانشجویان مطرح شده سپس سوالات و اهداف پژوهش مطرح شده و در ادامه در مورد اهمیت و ضرورت و سوالهای پژوهش توضیحاتی داده و در پایان توضیحاتی درباره تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای موضوع مورد بررسی ارائه گردید.

دوست داری درس پروژه رو چند بگیری؟؟
۲۰ میخوام
20MIKHAM.COM

فصل دوم

پیشینه تحقیق

دوست داری درس پروژه رو چند بگیری؟؟

۲۰ میخوام

20MIKHAM.COM

تاریخچه:

اگر چه وجود بیماری های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته است اما در طی قرن حاضر که روشهای آماری برای برآورد نمودن حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت.

در قرن ۱۹ علوم و تکنولوژی پیشرفت قابل توجهی کرد و انقلابات اجتماعی زیادی بوجود آمده و بعّلت تحوّلات اجتماعی، علم پزشکی جزو علوم انسانی و روان شناسی و مسایل روانی بعّلت پیدایش دانشگاهها مسئله روز شد و مکاتبات مختلف علمی در زمینه روانپزشکی و روان شناسی بوجود آمد که به علّت گستردگی آنها از ذکرشان صرف نظر می شود. ولی نتیجه کلی آنها پیدایش روانپزشکی به شکل امروزی است.

به منظور انجام این تحولات در سال ۱۹۳۰ اولین کنگره بین المللی بهداشت روان با شرکت نمایندگان ۵۰ کشور در آمریکا تشکیل شد و بعّلت بروز جنگ جهانی دوم تشکیل کنگره های بعدی به تعویق افتاد و نهایتاً در سال ۱۹۴۸ سومین کنگره بین المللی بهداشت روان در لندن تشکیل و اساس فدراسیون جهانی بهداشت روانی بینانگذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان جهانی درآمد. (میلانی فر، بهروز، بهداشت روانی، انتشارات رشد سال ۱۳۷۲)

در قرن بیستم با امروزی شدن رشته های مختلف علمی دانش همه گیر شناسی نیز تحول پیدا کرده و شیوه هایی جهت بررسی و تحقیق

بیماریها ابداع شد که با گذشت زمان این شیوه ها نیز تکامل یافته و کاملتر شد.

بر همین منوال نتایج مختلفی که در طی دوره های زمانی مختلف و یا در مکانهای مختلف بدست آمده با همدیگر مغایرت دارند و در این زمینه تحقیقات دیگری جهت جمع بندی و نتیجه گیریهای کلی بر روی تحقیقات قبلی آمده صورت گرفته که از آن جمله می توان کاردورنوند (Dohrenwend) اشاره کرد.

وی در مروری که بر مطالعات همه گیر شناسی اختلالات روانی، این مطالعات را به سه گروه تقسیم می کند:

گروه اول؛ اکثراً در نیمه اول قرن ۲۰ و قبل از وقوع جنگ جهانی دوم صورت گرفته است محققین این دوره در زمینه یابی در جامعه بیشتر به گزارشهای مراکز درمانی، پرونده های بیماران و اطلاع دهندگان کلیدی متکی بوده اند.

گروه دوم؛ به دنبال جنگ جهانی انجام گردیده و همانند بیشتر مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی و آسیا یک روانپزشک و یا تیم تحقیق با تمام افراد مصاحبه کرده و تشخیص موارد بر اساس مصاحبه داده شده است دورنوند در مقایسه مطالعات انجام شده قبل و بعد جنگ جهانی دوم مطرح نمود که میانگین شیوع انواع اختلالات روانی در ۱۶ بررسی دوره اول برابر ۳/۶٪ و در ۶۰ تحقیق دومین دوره ۲۰٪ بوده است.

سومین گروه شامل مطالعات همه گیر شناسی در طی دو دهه گذشته بوده که از اواخر سالهای دهه ۱۹۷۰ شروع شد و محققین سعی نمودند او از وسایل و ابزارهای معتبر و استاندارد و مصاحبه های بالینی بر اساس ملاکهای تشخیص طبقه بندی ها استفاده نمایند.

در مطالعات بدست آمده از مرور مطالعات همه گیر شناسی اختلافات روانی در کشورهای مختلف جهان که در آنها از آزمونها و ارزیابی بالینی استفاده شده - میزان شیوع اختلالات بین ۴۰ - ۱۰٪ در نوسان بوده است (باقریو عباسی و همکاران، بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار سال اول شماره یک ۱۳۷۳ ص ۴۲-۳۲) بخشی از تفاوت های موجود به روش شناسایی بیماران مربوط می شود. بهره گیری از روش های پژوهشی یکسان و آزمون های غربالگری معتبر و پایا روش کاملاً مناسبی برای از میان برداشتن تفاوت های یاد شده به نظر می رسد.

به کاربردن این آزمونها دارای برتری هایی به شرح زیر است:

- ۱- به تعداد بیشتری از آزمودنی ها می توان دست یافت.
- ۲- روش نسبتاً ارزانی است و وقت گیر نیست.
- ۳- این آزمونها عینی هستند و نمره گذاری بر قضاوت ذهنی آنها متکی نمی باشد.
- ۴- مشکلات مربوط به بهره گیری از ملاک های متفاوت بین مصاحبه گران وجود ندارد.

قبل از آنکه در مورد اطلاعات اخیر که با استفاده از شیوه های روش شناختی جدید استاندارد شده صورت گرفته پردازیم لازم است توضیح مختصری نسبت به ابزارهای تحقیق طراحی شده جدید و ویژگیهایی که بایستی داشته باشند و مسایل و موانع خاصی که در جهت طرح اینگونه ابزارها در رابطه با بیماریهای روانی وجود دارند ارائه گردد.

برای اندازه گیری و تعیین ویژگی پدیده های هر شاخه علمی روشهایی بوجود آمده است. در مقایسه با سایر رشته های طب بعلت آنکه بیماریهای روانی را نمی توان با پارامترهای زیست شناسی و فیزیولوژیکی مانند فشار خون و آنالیز ادراری مورد ارزیابی قرار داد و روانپزشکی در وضعیت نامساعدی بسر می برد در نتیجه پژوهشها بسمت استفاده از معیارهای بنام مقیاس مدرج (RatingScale) که به منظور تبدیل علایم بالینی یک شخص در یک مقطع زمانی و یا تکمیل اطلاعات بیماری معاینه فیزیکی شده است بکار می رود. چنین کاربردهایی هم برای مراقبتهای بالینی و هم مقاصد پژوهش می تواند مهم باشند اگر چه بیشتر برای مقاصد پژوهش کاربرد یافته اند.

از بین هزاران ابزار مختلف طراحی شده که هر کدام مزایا و معایبی را برای خود دارا هستند پژوهشگران مجبورند یکی را برای خود انتخاب کنند برای آنکه ابزار انتخاب شده برای مقاصد تحقیق کامل باشد وجود بعضی از ویژگیها در آن را بایستی در نظر داشت .

میزان توانایی انتقال اطلاعات ثابت و قابل تجدید یک ابزار را پایایی (riability) آن تست می‌گویند که می‌تواند به طرق مختلف مشخص شود. وقتی یک ابزار یک بعد خاصی مثلاً ضریب هوشی با شدت افسردگی باشد پایایی آن به صورت ضریب همبستگی یا (r) که عددی از صفر تا یک است نشان داده می‌شود.

که نمره صفر به معنای آن است که ابزار در افتراق آن یک مورد از دیگری ناتوان است و نمره ۱ به معنای آن است که نمرات بدست آمده توسط پایا ثابت است.

آزمونهای دیگر مانند ابزارهای تشخیصی سعی دارند که فرد موردآزمون را در یک گروه تشخیص خاص قرار دهند و برای نشان دادن پایایی این گونه ابزارهای قیاسی بیشترین ضریب کاپا (k) استفاده می‌شود و این ضریب بیانگر این واقعیت است که میزان زیادی از توافق بواسطه شانس حاصل می‌شود. ضرایب بالای ۸۰ درصد برای آزمونها ضرایب خوبی محسوب می‌شوند. ضریب کاپای بالای ۷۵٪ بعنوان عالی و زیر ۴۰٪ به عنوان ضعیف تلقی می‌شود.

اعتبار یا Validitty یک تست شاخص کارایی آن است که در رابطه با قدرت نسبی آزمونی که برای اندازه گیری خاصی طرح شده است داده می‌شود.

ارزش یک آزمون برای یک محقق توسط اعتبار آن مشخص می‌شود اگر چه یک آزمون بدون پایایی نمی‌تواند معتبر باشد ولی واقعیت امر آن است که پایا نمی‌تواند گویای اعتبار آزمون باشد.

به عنوان مثال یک آزمون ممکن است دارای سیستم نمره بندی که حاوی قواعد نسبتاً ساده‌ای است مانند بخش پدیده های بالینی که به منظور اندازه گیری آن طراحی شده ناتوان خواهد بود.

آزمونهای روانپزشکی دارای شباهتهای مهمی با آزمونهای روانشناسی می‌باشند. اختلاف این دو چندان روشن نبودند و اغلب نیز نیازی به افتراق نیست. بعلاوه آزمونهایی مانند Sc190, MMPI برای هر دو منظور به کار می‌رود آزمونهای خود ارزیاب (Selfrating) نقش مهمی در ارزیابی آسیب های روانی دارند. اولاً آنها از نظر آنکه به زمان و نیروی انسانی کمتری نیاز دارند اقتصادی بوده و به همین جهت برای مطالعات غربالگری پژوهشهای همه گیر شناسی قابل استفاده هستند. بعلاوه آنها نسبت به آزمونهایی که توسط مصاحبه گر تکمیل می‌شوند دارای سوالات بیشتری بوده و همچنین برای موضوعاتی که ممکن است نسبتاً کمتر رخ بدهند می‌توانند غربالگری کنند.

آزمونهای خود ارزیابی همچنین در سنجش مسائلی که مربوط به وضعیتهای درونی خود هست نیز سودمند هستند این آزمونها دارای معایبی می‌باشند برای مثال ارزیابی پایایی آنها مشکل است. بیمارانی که از وضعیتهای پاتولوژیک شدید رنج می‌برند نیز ممکن است فقط آنها را تکمیل کنند برخی از مطالعات انجام شده به منظور مقایسه آزمونهای خود ارزیابی با آزمونهای که توسط مصاحبه گر تکمیل میشوند نیز نسبت به توافق پایین را گزارش کرده اند وجود و یا عدم وجود علایم

را بیمار ممکن است منصفانه و دقیق پاسخ دهد ولی برای دادن نمره به شدت علایم ممکن است مشکل داشته باشد.

بعلاوه بیماران که بینش ضعیفی نسبت به بیماری خود دارند ممکن است از نشانه های وجود بیماری در خود غافل باشند.

scl-90

این پرسشنامه در ارزیابی طیف وسیعی از سایکوپاتولوژی ها در افراد به بیماری های مختلف استفاده شده است این آزمون شامل ۹۰ سوال است که می تواند در کمتر از نیم ساعت تکمیل شود. انواع کوتاه تر آن نیز طراحی شده است که شامل ۷۱ با ۶۴ یا ۵۸ سوال است.

سیستم نمره بندی در scl-90 شامل نه گروه علایم است که شامل:

جسمی سازی - وسواس اجبار - حساسیت بین فردی - افسردگی - اضطراب - پرخاشگری - ترسهای مرضی - افکار پارانویید و وران پریشی می باشد و همچنین سه اندکس کلی دارد.

تمرکز بر وضعیت جاری فرد است هر سوال بسته به شدت آن از ۱-۴ نمره ندی می شود. آزمون فوق در مطالعات درمانی مختلف بکار برده می شود که معمولاً اسکینز و فرنی و افسردگی بوده است و اعتبار آن به خوبی ثابت شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ:

این ابزار به طور وسیعی به منظور نحوه اندازه گیری با الگوی بیماریهای روانی در جمعیتها بکارگرفته شده است. اشکال مختلف آن وجود دارد و برای تکمیل نوع ۶۰ آن نیاز به ۱۰-۱۲ دقیقه وقت است

در هر سوال از جهت داشتن علامت خاصی در چند طی هفته اخیر مورد سوال. اقع می شود و پاسخ های مثبت نمره کلی GHQ را تعیین میکند. تحقیقات چندی در جهت ارزیابی اعتبار آن صورت گرفته و حاکی از آنست که در مجموع و به حقایق پرسشنامه دارای حالت و ویژگی در تعیین وجود سایکو پاتولوژی است.

(POMS):

این پرسشنامه اساساً برای پژوهش در بیماران نوروتیک طراحی شده است و گاهی در پیگیری افسردگی و اضطراب طیف وسیعی از اقدامات بکاررفته است. فرد موضوع سوالات را از نظر شدت به صورت چهار نمره ای پاسخ می دهد و این آزمون در زمینه تنش - خشم - افسردگی - توان و خستگی نمره بندی شده است. در مروری بر مقالات که در طی سه دهه گذشته انجام شده نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در کشورها و فرهنگ های مختلف به علت تفاوت در روشهای نمونه گیری - متنوع بودن ابزارهای مورد استفاده تکنیکهای مختلف مصاحبه و نوع نظامهای طبقه بندی متفاوت گزارش گردیده است.

مطالعات متعددی تا کنون در کشورهای مختلف جهان در زمینه عوامل موثر بر سلامت روانی دانشجویان، نحوه سازگاری با محیط دانشگاه و بیماریهای روانی در آنها انجام گرفته است از جمله در زمینه جدایی از والدین و سازگاری با محیط دانشگاه و نحوه برخورد با

استرسهای محیطی (رتکا ۱۹۹۰) ولج موس وبترا (۱۹۹۱) کنی و دونالدسون (۱۹۹۱) پسی لی (۱۹۹۰) افسردگی و اضطراب دانشجویان (ابراهیم ۱۹۹۰ - اهدی ۱۳۶۸ - سلیمان پور ۱۳۶۹ - فلاحی (۱۳۷۰) و در مورد سلامت روانی (چان و همکاران ۱۹۸۳) گراتتز ۱۹۹۱، باهار و همکاران ۱۹۹۲) مطالعات مختلفی در دسترس می باشد.

همچنین کافی. بوالهری و پیروزی (۱۳۷۳) در بررسی وضع تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۲-۷۳ چهار دانشکده علوم فنی - هنر - ادبیات دانشگاه تهران که با استفاده از آزمون scl-90-R انجم گرفت نشان دادند که در بدو شروع تحصیل از نقطه نظر سلامت روانی بین دانشجویان تهرانی و شهرستانی، دانشجویان دختر و پسر، دانشکده ها سهمیه قبولی پذیرفته شدگان تفاوت مهنی داری وجود ندارد. دراین بررسی میانگین نمره دانشجویان شهرستانی در تمام ابعاد آزمون به استثنای پرخاشگری بیش از دانشجویان تهرانی بود. نمره کل آزمون دانشجویان پسر بالاتر از دانشجویان دختر بوده اما تفاوت معنی داری بین آنها مشاهده نگردیده است (کافی و همکاران بررسی وضع تحصیلی و سلامت روانی گروهی از دانشجویان ورودی ۷۲-۷۳ دانشگاه تهران انتشارات واحد پژوهش دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران)

در تحقیقی که توسط باقری و همکاران در سال ۱۳۷۳ به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی دانشگاه تهران صورت گرفته از فرم ۱۲ سوالی که این پرسشنامه استفاده شده است

که میزان اختلالات روانی ۱۶/۵٪ گزارش شده است دراین تحقیق ۲۳۲۱ نفر از دانشجویان پذیرفته شده بطور تصادفی از بین ۴۱۰۰ دانشجو انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج حاصله تحقیق حاکی از آن بوده است که ۳۰٪ پذیرفته شدگان از احساس غمگینی و افسردگی و ۲۶/۸٪ از تحت استرس بودن ر رنج بونده اند ۴/۳٪ آنها سابقه بیماریهای عصبی روانی را در گذشته خود ذکر و همچنین پذیرفته شدگان که با اولین بار و بیش از سه بار حضور در کنکور سراسرس به دانشگاه راه یافته اند از نقطه نظر سلامت روانی تفاوت معنی داری مشاهده می شود.

عمده ایراد وارده به تحقیق فوق آن است که چون مطالعه ای در زمینه ارزیابی اعتبار روانی آزمون G11Q12 صورت نگرفته لذا نتایج بررسی فوق از اعتبار چندانی برخوردار نبوده و همچنین نمی توان آن را به جوامع دیگر تعمیم داد (باقری عباسی - همکاران، بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۳-۷۴ دانشگاه تهران.

فصلنامه اندیشه و رفتار سال اول شماره چهار، ۳۷۴ صفحه ۳۹-۲۰

بالاهنگ و همکاران د مطالعه ای که با استفاده از GHQ در شهر کاشان در سال ۷۴ داشته اند میزان شیوع اختلال روانی را ۲۳/۷۵٪ گزارش کرده اند.

آنها بعد از غربالگری استفاده از سیاهه مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-3-R تنظیم می شود افراد مشکوک را مورد بررسی قرار می دهند و در نتیجه اعتبار و پایایی پرشنامه فوق نیز

تعیین می‌شود. براساس تحقیق فوق میزان شیوع اختلالات خلقی ۱۱/۷۵٪ و اختلال اضطراب ۸/۰۸٪ برآورد شده. همچنین ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن و جنس - تحصیلات - وضعیت تاهل - وضعیت اشتغال و سابقه بیماری روانی در خانواده فرد مورد بررسی یا میزان ابتلای ایشان به بیماری روانی گزارش کرد و در بررسی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی با روش بازآزمایی معنی داری را بالاتر از ۰/۰۰۱ نشان دادند. حساسیت ۸۸٪ و ویژگی ۷۸٪ برای مردان با نقطه برش ۲۲ و حساسیت ۸۸٪ و ویژگی ۷۹٪ برای زنان با نقطه برش ۲۱ عنوان شد. همچنین شیوع اختلالات ۳۱/۵٪ و برای مردان ۱۵/۲٪ گزارش نمودند (بالاهنگ - و همکاران، بررسی همه گیر شناسی اختلال روانی در شهر کاشان - فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴- ۱۳۷۵ ص ۲۷-۱۹ صدقاتی (۱۳۷۶) نیز به منظور بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۷۷-۱۳۷۶ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۹۹۸ نفر از کلیه رشته های پذیرفته شده را با آزمون GHQ ۲۸ سوالی و بررسی مشخصات دموگرافیک مورد آزمون قرار داد. نتایج حاصله ازاین تحقیق حاکی از شیوع اختلالات در بین این دانشجویان ۱۲/۷۵٪ می‌باشد که دراین بین بیشترین شیوع مربوط به دانشجویان پرستاری و مامایی با ۲۰/۷۴٪ و کمترین آن مربوط به دانشکده پزشکی با شیوع ۷/۵۶ درصد بود. همچنین میزان اختلالات با متاهل و علاقمندی دانشجویان به رشته تحصیلی خود رابطه معنی دار آماری داشت

(صداقتی - احمد، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ورودی سال ۱۳۷۶-۷۷، پایان نامه دکتری تخصصی در روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۷۷).

در تعریف سلامت روانی که هدف بهداشت روانی می باشد بین متخصصان اختلاف نظر است و حتی روانشناسان و جامعه شناسان نیز گاهی در تعریف آن اختلاف نظر پیدا می کنند. می توان گفت منظور از «سلامت روانی» سازگاری درست با خود و محیط اجتماعی است شخصی را دارای «رفتار سالم» یا دارای رفتار شخصیت سالم خواهیم گفت که هم تکنون از نقطه نظر خویش و هم از نقطه نظر دیگران با محیط اجتماعی سازگار باشد و بتواند با دوستان - اطرافیانش بدون احساس فشار و تعرض های غیر ضروری زندگی می کند (شعاری نژاد ۱۳۵۴)

شخص سالم رفتار غالباً زندگی را رضایت بخش و خوشایند در می یابد. روش و شیوه زندگی او چنان است که زندگی را برای دیگران نیز رضایت بخش و خوشایند می نماید و در واقع سلامت روانی یک حالت تعادل بین خود و محیط اجتماعی است (همان منبع) با توجه به، تعریف سلامت روانی می توان گفت که فردی دارای حالت «عادی» یا «بهنجار» است که استعدادهای او از رشد و تکامل متناسب و هماهنگ برخوردار باشد و او نیازهای خود را با روش و شیوه ای ارضاء کند که

مورد قبول خودش و اشخاص دیگری باشد که با او هم محیط هستند (همان منبع).

سلامتی روانی «حالتی از بهزیستی و این احساس است در فرد که می‌تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیتهای شخص و ویژگی های اجتماعی برای او رضایتبخش است» (کاپلان و همکاران ۱۹۹۴)

از یک فروم معیارهای رفاه فردی و احتمائی را در تعریف سلامت روانی جای می‌دهد و معتقد است که از دیدگاه اجتماعی فرد سالم با پذیرش نقش فعال اجتماعی با زندگی سازگاری می‌یابد و از دیدگاه فردی رشد مطلوب همراه با نشاط به مفهوم سلامت روانی است. سلامت روانی شامل رفتار موزون و هماهنگ با جامعه شناخت و پذیرش واقعیتهای اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها ارضای نیازهای خود به طور متعادل و شکوفای استعدادهای فطری خویش است (میلانی ۱۳۷۲)

سایشین و آیفر (۱۹۸۴) چهار ملاک اساسی سلامت روانی را تحت عنوان فقدان اختلال یا نشانه های مرضی کار کرد مطلوب، برخورداری از ویژگیهای اکثریت افراد جامعه و داشتن رفتار متناسب با فرهنگ هر جامعه بر شمرده اند (به نقل از پاورز و همکاران ۱۹۸۹) البته در هر یک از این ملاکها اشکالاتی وجود دارد مثلاً در ارتباط با ملاک فقدان اختلال یا نشانه های مرضی، با توجه به اینکه در فرایند شکل گیری از بیماریها، نشانه های مرضی دیده نمی‌شود، این فقدان نمی‌تواند دلیلی بر بهنجاری باشد یا برعکس وجود نشانه های مرضی دال بر ناهنجاری

نیست. افراد تحت شرایط تنیدگی واجد نشانه‌ای مرضی هستند بدون اینکه نابهنجار باشند (نقل از موسی کافی ۱۳۷۵)

در فرهنگ پزشکی کمپل چنین تعریف شده: احساس رضایت و بهبود روانی و تطابق کافی اجتماعی با موزاین مورد قبول هر جامعه است (پورافکاری ۱۳۸۰) در فرهنگ روانشناسی سلامت روانی به دو صورت تعریف شده:

الف) سلامت روانی از زمانی بکار می‌رود که شخص دارای سطح بالایی از عملکرد سازگاری و تطابق عاطفی رفتاری باشد بطوریکه این واژه مقابل واژه بیماری روانی و در حالتهای پزشکی، منطقی و بالینی بکار می‌رود.

ب) بهداشت روانی: هنر پرورش و نگهداری از سلامت روانی لونسون و همکاران ۱۹۶۲ سلامت روانی را این طور تعریف کرده اند که « سلامت روانی عبارتست از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود و دنیای اطراف محل زندگی و اطرافیان مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد و همچنین چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت زمانی و مکانی خویش (میلان فر ۱۳۷۸)

بهداشت روانی معنای این واژه را باید بیشتر از طریق مفهوم متضاد آن یعنی اختلال روانی درک کرد. واژه سلامت روانی برای توصیف اشخاصی بکار می‌رود که در بالا ترین سطح کنش وری رفتاری و ارزش پذیری هیجانی و سازش یافتگی هستند و فقط مفهوم اینکه

شخص دچار بیماری نباشد نمی‌تواند بکار رود. (نقل از اصغر نژاد ۱۳۷۷)

کارشناسان سازمان بهداشت روانی سلامت فکر و روان را این طور تعریف می‌کنند « سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران تفسیر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی عادلانه و مناسب (میلامی‌فر ۱۳۷۸)

کارل منتجر می‌گوید: سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش به حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و موثر به طور کامل شود (همان منابع)؟؟
تعریف گینزبرگ درمورد بهداشت روانی عبارتست از تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به حضور در سه فضای مهم زندگی عشق - کار - تفریح، این شخص و همکاری‌هایش برای توضیح بیشتر می‌گویند: استعداد یافتن و ادامه کار داشتن خانواده ایجاد محیط خانوادگی خرسند. فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد. لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها، ملاک تعادل و سلامت روانی است.

اکثریت روانپزشکان توانایی سازش با محیط، انعطاف پذیری، قضاوت عادلانه و منطقی در مواجهه با محدودیتها و فشارهای روانی را ملاک سلامت و تعادل روان می‌دانند و هدف اصلی از درمان بیماران

روانی نیز قادر کردن آنها به زندگی خانوداگی اجتماعی و به اصطلاح سازش بامحیط است (همان منبع)

بهداشت روانی یا بهداشت رفتار عبارتست از کشف و کاربرد اصول و قواعد پیشگیری درمان اختلالهای روانی، کلاین در کتاب بهداشت روانی می‌گوید: بهداشت روانی علمی است که می‌کوشد مردم را در مواجهه با مسایل و مشکلاتی که معمولاً پیش می‌آیند یاری کند می‌توان به مسایل مربوط به بیماری - دین - مال - امور جنسی - موقعیت اجتماعی امنیت اقتصادی به دوری از حوادث و آتش سوزی و مسکن نامناسب اشاره کرد.

روزانوف^۱ بهداشت روانی را علم و تجربه‌ای می‌داند که برای حفظ سلامتی روانی و شایستگی شخصیتی به کار می‌رود و سه هدف را دنبال می‌کند:

الف) تسلط بر امر وراثت تانسلی سالمی بوجود آید.

ب) کمک به خود در سازگاری عنصری - آموزشی - شغلی - اجتماعی - جنسی و... که به او امکان دهد استعدادها و تواناییهایش را برای بدست آوردن بیشترین موفقیت و خوشبختی به کار اندازد.

ج) نگهداری و حمایت فرد از دچار شدن به اضطراب و تنش

والین نیز می‌گوید: بهداشت روانی عبارتست از بکار بستن معلومات بهداشتی و روشهای حفظ سلامتی روانی که بوسیله روانشناسی، پزشکی و زیست شناسی تعیین می‌شوند و هدفش عبارتست از:

الف - حفظ و بهبود سلامتی روانی فرد و جامعه

ب - پیشگیری از بیماریهای روانی ساده و درمان آنها و نیز پیشگیری اختلالهای روانی یا رفتار است و میکوشد فرد را در سازگاری سالم و مثبت با خود و محیط مادی اجتماعی کمک کند (شعاری نژاد ۱۳۵۴)

بهداشت روانی نه تنها نبود بیماری روانی را در نظر دارد بلکه به سطحی از عملکرد معتقد است که فرد با خود و سبک زندگی اش، آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع تصور براین است که ما باید بر زندگی مان مسلط باشیم و فقط در چنین حالتی است که می توانیم آن قسمت هایی را که درباره خودمان یا زندگیمان مسأله ساز است تغییر دهیم. مسئولیت بهداشت روانی در وجه اول متوجه خود فرد است و چنین مسئولیتی به هیچ وجه به صورت انحصاری به فراهم آورندگان خدمات بهداشت روانی و یا حتی جامعه به منزله یک کل، مربوط نمی شود. این دیدگاه توجهش به تواناییها و نقاط قوت فرد است نه نقاط ضعف و کاستی های او برای سازگاری و تغییر دادن واکنش های ناسازگار باید منابعی در اختیار قرار گیرد مشکلات بهداشت روانی که نشانگر ناتوانی فرد در کنار آمدن با آنهاست. ممکن است ناشی از بروز واکنش های ناسازگار در هر یک از چهار حوزه گسترده عملکرد بشری باشند این چهار حوزه عبارتند از:

- ۱- رفتار اجتماعی: مانند مهارتها یا روابط اجتماعی نادرست، مشکلات مربوط به پرخاشگری و خشونت یا مشکلات مرتبط با نهادها و توقعات اجتماعی.
 - ۲- رفتار هیجانی: این رفتارها عبارتند از: افسردگی - اضطراب - هراس و اختلالات مبنی ناشی از هیجان.
 - ۳- موضوعات مرتبط با سلامتی: بی خوابی - کنترل درد - کنترل وزن و رفتارهای آسیب رساننده به خود مانند مصرف سیگار - نوشیدن الکل و مصرف مواد مخدر.
 - ۴- موضوعات مرتبط با شغل: اضطراب شغل - کار کسالت آور - غیبت از محل کار - بیگانگی با کار - نبود انگیزه کاری بی تصمیمی در مورد شغل - بیکاری - تحرک شغلی کم - پرمشغلی و مسایلی از این قبیل.
- چنین مشکلاتی در واقع پاسخی است به ادارک در حال تغییر اجتماعی از عامل ماهیت آنها (جی و همکاران ۱۳۷۴) برعکس باید دانست که خصوصاً در خلال دهه ۱۹۵۰ تعدادی از متخصصان کوششهایی انجام دادند تا فهرستی از ملاکهای بهداشت روانی تهیه کنند. (این کار در مقابل دیدگاه منفی و متداولتر ارائه فهرست حوزه های فاقد بهداشت روانی انجام گرفت) برای مثال در سال ۱۹۵۹ یاهودا^۱ در مورد بهداشت روانی مثبت فهرست طبقه بندی شده، زیرا ارائه داد الف) نگرش مثبت به خود ب) میزان رشد، نمو یا خود

شکوفایی، (ج) ترکیب اصلی یا عملکرد یکپارچه روانی (د) خود مختاری یا استقلال شخصی (ه) درک صحیح از واقعیت (و) و تسلط بر محیط. (همان منابع)

همچنین آلپورت (۱۹۹۵) و راجرز (۱۹۵۹) و تعداد دیگری از متخصصان بالینی نظریه پردازان شخصیت نیز فهرستهای دیگری تهیه کردند اما سرانجام اسمیت (۱۹۶۱) با این دیدگاه به مقابله برخاست. او بی فایدگی این گونه فهرست ها را متذکر شد و گفت که در واقع تمام این فهرست ها با وجود نامهای مختلف، مفاهیم اصلی یکسانی دارند. اسمیت پیشنهاد کرد به جای تهیه این گونه فهرستها بهتر است ابعاد بهداشت روانی را بر اساس اصول زیر انتخاب شود:

(الف) نشان دادن ارزشهای مثبت بیشتر (ب) داشتن قابلیت اندازه گیری و تشخیص (ج) داشتن ارتباط با نظریه شخصیت (د) مرتبط بودن با بافت اجتماعی که برای آن تعریف و مشخص شده اند. به این ترتیب متخصصان بعدی از قبیل آفر به جای تهیه فهرست کارشان را روی مفاهیمی از قبیل هنجار بودن یا سلامت روانی متمرکز کردند امروزه مفهوم کنار آمدن، به منزله ملاک بهداشت روانی مثبت، به نوشته های رشته های تخصصی گوناگون بهداشت روانی راه یافته است (مثلاً هامبورگ و آدامز در سال ۱۹۶۷ در روانپزشکی، و بریکمان و دیگران در سال ۱۹۸۲ در روانشناسی از این اصطلاح استفاده کرده اند) بطور اشاره باید گفت که این موضوع نیز به تهیه فهرستهای جدید و جستجو

برای تعیین حوزه هایی که شخص بهنجار باید قادر به کنار آمدن با مشکلات در آن ها باشد منجر شد بطور مثال می توان از فهرست آدلر (۱۹۸۲) نام برد که شامل این موارد است: الف) نمایش نقش های اصلی اجتماعی (ب) خود پنداری (ج) تعامل با دیگران (د) مهار عواطف (ه) گذر موفقیت آمیز از مراحل مختلف رشد (و) اداره حوادث اضطراب آور (ز) دسترسی به منابع موجود (ح) داشتن کارکرد شناختی (همان منبع)

از سوی دیگر لوئیس فهرست زیر را پیشنهاد کردند (الف) ایجاد روابط رضایتبخش با دیگران (ب) رشد مهارت های موثر شناختی حل مساله (ج) کنترل اضطراب شخصی (د) دسترسی به منابع قابل استفاده برای کمک در مواقع نیاز (ه) مشارکت در فعالیتهای مؤلد (و) پذیرش مسئولیت در قبال رفتار فردی خویش (ز) حفظ خود پنداری مثبت واقع گرایانه (همان منبع)

نظر نویسندگان چنین است که انتقادهای اسمیت (۱۹۶۱) از فهرست های ملاک های بهداشتی روانی مثبت به همان اندازه در فهرست کنار آمدن صادق است، بنابراین مفهوم کنار آمدن به معنی توانایی فرد برای کسب هدف مناسبی است که بتواند به طور موثر و کارا در بافت مخصوصی که در حال عمل است به کاربرده شود و به این ترتیب کنار عبارتست از:

- ۱- مهارتی که خاص موقعیت بخصوصی است، اما مستلزم به کارگیری شیوه هایی است که فرد در موقعیتهای قبلی را فراگرفته است.

۲- مهارتی که مستلزم به کاربردن محاسن و منابع فردی است و به طور گسترده به این مسئله مرتبط می شود « به آنچه بدست آورده ای چه می کنی؟ »

۳- مهارتی که می تواند با عوامل محیطی، تقویت متوقف شود. بنابراین ناکامی در کنار آمدن، الزاماً نشانگر نبود بهداشت روانی نخواهد بود.

در سلامت روانی انسان عواملی موثرند که می توان آنها را به دو گروه تقسیم کرد: عوامل فردی و عوامل اجتماعی.

۱- عوامل فردی: فرد پیوسته در حال تغییر است و مایلین تغییرات مداوم تدریجی را به اصطلاح "عمل رشد و تکامل" تعبیر می نمائیم. این تغییرات هم بدنی است و هم رفتاری و همچنین شکل های عمومی رشد و تکامل فطری و همگانی هستند و این عمل یا فرایند رشد تکاملیرا "بضح" گویند. پس می توان گفت که بهداشت روانی همواره با مفهوم وضع کردن همراه است. در هر مرحله خاصی از زندگی یک شخص، وجود یک حالت تعادل بین او و محیطش به وضع و میزان رشد و تکامل او بستگی دارد. برای اینکه شخص بزرگسال از سلامت روانی کامل بهره مند باشد این نیازهای او به موقع ارضاء شده باشد و او توانسته باشد احساسات و عواطف و افکارش را بیان نماید. به عبارت دیگر، فرد باید در هر مرحله ای رشد و تکاملش از زندگی لذت ببرد و از ناکمی ها و تعارض های شدید در امان باشد. مفهوم کلی بضح

نیافتگی این است که فرد رفتار کودکی یا نوجوانی را در بزرگ سالی هم نگاهداشته باشد یعنی در بزرگسالی هم مثل کودکان و نوجوانان رفتار کند (شعاری نژاد ۱۳۵۴)

۲- عوامل اجتماعی: بارها به اینک اشاره شد که انسان نمی تواند انفرادی زندگی کند و خود را از تأثیر دیگران دو نگاه دارد به همین سبب سلامت بهداشت روانی فرد از عوامل اجتماعی متأثر می شود و موفقیت و ناکامی او را در سازگاری اجتماعی و اینکه زندگی گروهی یا زندگی با دیگران چقدر برایش لذت بخش خواهد بود یا برعکس وی از مردم گریزان خواهد شد به عوامل اجتماعی محیط وابستگی دارد. زیرا همانطور که قبلاً گفتیم زندگی در صورتی رضایتبخش و فرد زمانی از سلامت روانی بهره مند خواهد شد که احتیاجات او به موقع ارضاء شوند و او احساسات و عواطف مربوط به هر دوره از مراحل رشد و تکاملش را آزادانه بیان نماید و این نیز تنها به خود فرد ارتباط ندارد بلکه محیط اجتماعی یا عوامل اجتماعی که بر او تسلط دارند برای این منظور مساعد باشند (همان منبع)

بهداشت روانی علمی است برای بهزیستی و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از خانه گرفته تا مدرسه - دانشگاه محیط کار و نظایر آن را در می گیرد و در بهداشت روانی آنچه بیش از همه مورد نظر است « احترام به شخصیت و حیثت انسانی است،

و تا هنگامیکه حیثیت و شخصیت فرد برقرار نشود سلامت فکر و تعادل روان و بهبود روابط انسانی معنی و مفهومی نخواهد داشت

روی این اصل بهداشت روانی را دانش یا هنری می دانند که به افراد کمک می کند که با ایجاد روش های صحیح روانی و عاطفی بتواند با محیط خود سازگاری حاصل نموده و برای حل مشکلات از راه حل های مطلوب اقدام نماید (میلانی فر ۱۳۷۸)

هدف بهداشت روانی تغییراتی است که در جامعه و نزد مردم برای تامین سلامت فکر باید داده شود. تغییراتی که در جامعه داده می شود تابع مقررات قضایی و تحولات اجتماعی است تا بدان وسیله مقتضیات و شرایط نامساعد محیط عوض شود اما تغییراتی که نزد افراد باید داده شود مشتمل بر وضع و رفتار اشخاص می باشد. از تلفیق این اقدام بهداشت روانی ایجاد می شود که در انجام آن موسسات و مقررات و افراد سهیم خواهند بود (جهرازی ۱۳۵۰)

هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری است و این منظور به وسیله ایجاد محیط فردی و اجتماعی مناسب حاصل می گردد. اصول اساسی بهداشت روانی عبارتست از: ۱- احترام فرد به شخصیت خود و دیگران. ۲- شناختن محدودیت ها در خود و افراد دیگر. ۳- دانستن این حقیقت که رفتار انسان معلول عواملی است. ۴- آشنایی با اینکه رفتار هر فرد تابع تمامیت وجود اوست. ۵- شناسایی احتیاجات و محرکهایی که سبب ایجاد رفتار و اعمال انسان می گردد (شاملو ۱۳۶۹)

بررسی سلامت روانی از دیدگاه نظریه های روانشناختی:

الف) دیدگاه تحلیل روانی: طبق نظریه صاحب نظران این دیدگاه که در رأس آنها زیگموند فروید قرار دارد میانجیگری مناسب بین ساختهای سه گانه شخصیت یعنی نهاد - خود و فراخود مهمترین عامل جهت رسیدن به سلامت روانی و سازگاری روانشناختی قلمداد می شود. بنابراین بر اساس دیدگاه روانی تحلیل روانی زمانی می توان از شخصت سالم حرف زد که بین تمایل برای ارضای نیازهای زیستی (مشکل نیاز به غذا، نیاز جنسی و غیره، بانهاد فرد. پیروی از واقعیت های بیرونی (من فرد) و داور درونی خود و یا وجدان (فرامن) هماهنگی وجود داشته باشد. شخصی که از من ضعیفی به معنای روان تحلیل گری برخوردار است نمی تواند به راحتی تضادهای خود را با ارضای سریع نیازهای حیوانی اش حل نماید و از سوی دیگر ناتوانی شخص برای هماهنگ کردن نیروی اصل واقعیت (مثل داشتن مدرک تحصیلی معتبر) و فرامن یا وجدان (مثلاً رسیدگی کردن به اعضای خانواده) در وی ایجاد تنش و اضطراب می کند و درآینده سلامت روانی وی به مخاطره خواهد افتاد (نقل از ده بزرگی ۱۳۸۰)

در جای دیگر انسان متعارف و دارای شخصیت سالم را از دیدگاه روان تحلیلی چنین تعریف می شود:

از نظر فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روانی - جنسی را با موفقیت گذرانده و در هیچ یک از مراحل بیش از تثبیت نشده باشد و به طور کلی فروید انسان های متعارف و دارای شخصیت سالم را خیلی کم می داند در نظریه روان تحلیلی آنچه که بیش از

همه عامل سلامت روانی و رشد شخصیت محسوب می شود توانایی فرد برای کاهش تنش های روانی است بنابراین در دیدگاه فروید از شخصیت رشد یافته یا سلامت روانی در انسان هر چه شخصیت توانایی بیشتر برای روبرو شدن با واقعیت و پیروی از اصل واقعیت داشته باشد بهتر می تواند خودش را با شرایط زندگی و خودش هماهنگ سازد و اجزای شخصیت وی (نهاد - خود و فرا خود) یکپارچگی و انسجام بیشتری می یابند (شوتز ۱۳۷۸)

ب) دیدگاه انسانگرایی: در این دیدگاه لزوم داشتن سلامت روانی برگرفته از اعتقاد این نظریه پردازان به اراده انسان رشد انگیزش و توانایی او برای شکل دادن به شخصیت فردی می باشد (نقل از ده بزرگی ۱۳۸۰)

یکی از مهمترین نظریه پردازان این مکتب کارل راجرز است و یکی از پایه گذاران و شاید پرنفوذترین روان شناسان انسان نگر در مان معاصر داشت.

مزلا مکاتب موجود و مهم روانشناسی مانند روانکاوی و رفتارگرایی را در توجیه شخصیت انسان، نارسا، محدود، بدبینانه منحصر به توضیح ضعف های انسان و در مجموع بیش از حد مکانیکی و غیر انسانی می دانست او معتقد بود که مکاتب قبلی روانشناسی به جنبه های مثبت - خلاق و متوالی انسان توجه کافی مبذول نداشته اند و بیشتر بر روی قسمت های تاریک و شیطانی روانی انسان مطالعه کرده اند نظریات مزلا را درباره انسان می توان به شکل زیر خلاصه کرد:

۱- طبیعت انسان ساختمان روانی دارد شبیه به ساختمان جسم او
بنابراین روان نیز دارای احتیاجات - تمایلات - تکانه ها استعدادها و
گرایش هایی است که بر اساس وراثت تعیین می شوند بعضی از آنها
مختص نوع بشر هستند و به فرهنگ خاصی مربوط نمی شوند اما
بعضی از آنها به فرد اختصاص دارند. این احتیاجات در اصل « خوب »
یا حداقل خنثی هستند و نه اینکه شیطانی و ضد اجتماعی باشند.

۲- رشد سالم و طبیعی انسان زمانی حاصل می شود که این فطرت
و طبیعت خوب و مثبت در او شکوفا می شود و استعدادها و گنجایش
هایش به حد نصاب فعالیت خود برسند و هنگام بزرگسالی این طبیعت
انسانی توسط قدرتهای فرد از درون و نه از بیرون برانگیخته و فعال
شود.

۳- بیمار روانی یا هر نوع نابهنجاری رفتار انسان نتیجه انکار -
محرومیت یا مسخ کردن طبیعت اصیل و فطرت بشری است بنابراین
آنچه که در جهت تقویت - شکوفایی و تکامل فطرت طبیعی انسان عمل
می کند سالم و خوب است ؛ و آنچه که در جهت جلوگیری از شکوفا
شدن طبیعت و فطرت درونی انسان عمل می کند ناسالم و بد است.

مزلا در نظریه خود درباره انگیزش رفتار انسان معتقد است که
نیازهای بشر بر دو گونه هستند یکی احتیاجات اساسی مانند گرسنگی
- محبت - امنیت و از این قبیل و دسته دیگر احتیاجات جسمی (متعالی)
هستند که عبارتند از عدالت، خوبی، زیبایی، نظم، وحدت، امثال آن ها.

علکرد احتیاجات اولیه جبران کردن کمبودهاست در حالیکه احتیاجات متعالی هستند که عبارتند از عدالت - خوبی - زیبایی - نظم - وحدت و امثال آن ها.

عملکرد احتیاجات اولیه جبران کردن کمبودهاست در حالیکه احتیاجات متعالی باعث رشد و تکامل آدمی می‌شوند احتیاجات متعالی هم به اندازه احتیاجات اولیه غریزی فطری هستند و هنگامیکه ارضا نشوند انسان بیمار است و در سلامت روانی او می‌تواند مشکل ایجاد نماید و انسان بیمار می‌شود. عوارض این بیماری عبارتند از احساس بیگانگی - عذاب - بی تفاوتی و عیب جویی (مکتب ها و نظریه های شخصیت دکتر سعید شاملو) (روشن بکری؟؟)

به طور خلاصه می‌توان گفت که تاکید نظریه انسانگرایی مازلا بر کل وجود و ویژه بودن شخصیت هر فرد ارزش و معیارهای انسانی و ظرفیت او برای خودشکوفایی - رشد و خلاقیت و گرایش او به سالم بودن و سلامت روانی است او چنین می‌نویسد «هیچگاه نمی‌توانم زندگی بشر را به درستی بشناسیم مگر اینکه والاترین آرزوهایش را بشناسیم و آگاه باشیم که رشد و خودشکوفایی، کوشش برای دستیابی به سلامت نفس تلاش برای شناخت هویت و موجودیت خود - قبول مسئولیت و خودکفایی و میل به تعالی و انسان شدن را باید انگیزه های بشری بسیار متداول و حتی جهانشمول محسوب کنیم.

مازلا خصوصیات انسانی را که به خودشکوفایی و تحقق خود دست یافته است و در کل به سلامت نفس رسیده است را چنین عنوان می‌کند.

۱- درک صحیح از واقعیت ها ۲ - پذیرش خود، دیگران و طبیعت ۳-
سادگی و طبیعی بودن رفتار ۴- متعهد و مسئول بودن در مورد وظایف
و مسایل زندگی ۵- خودکفایی و اتکا نداشتن شدید به دیگران ۶ -
گرایش به خلوت کردن با خود ۷ - همواره لذت بردن از موضوعات
ساده و پیچیده زندگی، و تازه بودن مسائل زندگی ۸ - رسیدن به نوعی
تمرکز و جذب درونی و نگرستن به فراسوی موضوعات مبتذل و حتی
معمولی زندگی ۹ - داشتن علایق اجتماعی ۱۰- داشتن روابط بین فردی
و اجتماعی ۱۱- داشتن آزاد منشی و عدالت خواهی و با انصاف بودن
۱۲- تشخیص هدف و وسیله، مثلاً فهمیدن این مطلب که ثروت خود
هدف نیست بلکه وسیله ای است برای رسیدن به هدف بهتر زیستن ۱۳ -
دست یافتن به نوعی طنز فلسفی و از آن دیدگاه به جهان نگرستن
یعنی در عین حال شوخی تلقی کردن مشکلات زندگی، آن ها را جدی
گرفتن ۱۴ - داشتن خلاقیت ۱۵- مقاومت در برابر «همرنگ جماعت
شدن و مستحیل نشدن در مقررات آداب و رسوم اجتماعی - فرهنگی).

به طور کلی نظریه انسانگرایی بر نظریه های مربوط به انسان در
قرن معاصر نفوذ و تاثیر زیادی گذاشته است. کارل را جز که با
نفوذترین و پرکارترین روانشناسان زمان ما است. روش او پدیدار
شناسی و دیدگاهش انسانگرایی است البته نظریه او درباره شخصیت،
دیدگاهی جدید و ابتکاری نیست در حقیقت راجرز از روان درمانی به
نظریه شخصیت دست یافت. نظریه روانکاوی - غرایز- کنش های
جسمی- ناخودآگاه - لذت طبیعی - کاستن تنش و تعامل شخصیت را در

چند سال اول زندگی تعیین می‌کند. در حالی که روش پدیدار شناسی راجرز بر ادراک و احساس خود شکوفائی - مفهوم خویشتن - تکامل در دوره های بالاتر از دوران کودکی و تغییرات مداوم شخصیت تکیه میکند مفهوم خویشتن مهم ترین پدیده و عنصر اساسی در نظریه راجرز است به نظر راجرز انسان عوامل محیط خود را درک می‌کند و در ذهن خود به آنها معنی می‌دهد. مجموعه این سیستم ادراکی و معنایی، میدان پدیداری روانی فرد را می‌سازد. خویشتن عبارت است از «الگوی سازمان یافته‌ای» از ادراکات انسان، خویشتن شامل آن قسمت میدان پدیداری می‌شود که فرد آن را با مفاهیم «خویشتن» من «خود» را بیان می‌کند. خودایده آل که شامل تمام ادراکات و معانی می‌شود که فرد برای آنها ارزش زیادی قایل است و با بالقوه خویشتن او هماهنگ و مرتبط است. اگر چه «خویشتن» همیشه در هر فرد، نوعی سازمان - هماهنگی - ثبات - تجانس و شکل یافتگی خاص خود را دارد، خود پنداره شخص جویای آگاهانه - مداوم و نسبتاً ثابت است.

خودشکوفایی: که در دیدگاه راجرز بر عکس فروید که به ساختمان شخصیت اهمیت زیادی می‌داد. راجرز بیشتر برای روند کنش و پویایی شخصیت ارزش قایل بود فروید به انسان مانند موجودی گرفتار گذشته می‌نگریست. اما راجرز انسان را علاقه مند به آینده می‌دانست که در نتیجه این علاقه از سویی همواره درصدد لذت طلبی و کاستن کنش است و از سوی دیگر در جستجوی تکامل و پیشرفت و در نهایت رسیدن به خود شکوفایی است.

راجرز به انگیزه های جداگانه و انفرادی مانند میل جنسی یا برتری طلبی و نیاز به ایمنی که در نظریه های روانشناسان دیگر اهمیت دارد توجهی نمی کند زیرا او گرایش و انگیزه اصلی انسان را « خود شکوفایی » می داند. او می گوید « ارگانیسم فقط یک گرایش اساسی دارد و آن هم عبارت است از تحقق بخشیدن به خویشتن و حفظ تداوم و تقویت آن و این تنها انگیزه ای است که من در نظریه خود مطرح می کنم » (راجرز ۱۹۵۹ و ۱۹۷۹ روانشناسی شخصیت تالیف سعید شاملو - چاپ هفتم. ص ۱۴۳-۱۴۲)

خود شکوفایی عبارت است از گرایش ارگانیسم به رشد و تکامل یافتن از یک وضع ساده به یک سازمان پیچیده، از اتکا به استقلال - از قالبی بودن به انعطاف پذیری - تغییر و تحول - آزادی بیان و عمل - نظریه خود شکوفایی برعکس پسیکو آنالیزها تنها به ارضا و کاهش تمایلات درونی توجه ندارد. بلکه به خلاقیت - شناخت - تقویت و رشد فردی خلاق نیز اهمیت بسیاری می دهد.

و به طور کلی این افراد خود شکوفا دارای ویژگی هایی هستند به آنها شخصیت سالم می دهد ۱- اشخاص کامل نسبت به تمام تجربیاتی که با آنها روبرو می شود آگاهی نشان می دهند ۲- اشخاص کامل در هر لحظه به طور کامل پر بار زندگی می کنند ۳- اشخاص کامل به ارگانیزم خود از لحاظ روانی و جسمانی اعتماد می کنند ۴- اشخاص کامل احساس مس کنند که بدون قید و بندها و ممانعت در تصمیم گیری آزادند ۵- اشخاص کامل خلاق هستند و زمانی که شرایط محیطی

تغییر می‌کند به صورت سرزننده و سازگارانه زندگی می‌کنند ۶ -
اشخاص کامل ممکن است با مشکلات باشند به طور کلی این افراد خود
شکوفا بوده و تحت تاثیر نیروهای اجتماعی قرار دارند تا زیستی.
نظریه پرداز دیگری که در عقاید خود اعتقاد به خوب بودن ذاتی انسان
و دیدگاه انسانگرایی دارد آبراهام مازلومی باشد و او نیز انسانرا
موجودی می‌داندست که ذاتاً به دنبال تحقق بخشیدن به خود و نایل
شدن به خود انگیزش می‌داند در اینجا منظور از خود انگیزش ها یعنی
حالتی که در آن شخص به دنبال غنی ساختن و وسعت بخشیدن به
زندگی اش هست و می‌خواهد از طریق تجربه های چالش انگیز تا حد
متعالی به افزایش تنش در وجود خودش بپردازد.

الگوی شخصیت سالم از دیدگاه رفتارگرایی:

واتسون موسس مکتب رفتارگرایی معتقد است که در شرایطی
می‌توان از سلامت روانی به عنوان وضعیتی که امکان زندگی سالم و
بی عیب و نقص انسان را تضمین کند صحبت کرد یعنی رفتار عادی که
حائز وضعیت ذیل باشد (رفتار عادی نمودار شخصیت سالم انسان
عادی که موجب سازگاری او با محیط و بالتجیه رفع نیازهای اصلی و
ضروری او می‌شود) (نقل از ده بزرگی، ۱۳۸۰)

در رفتار گرایی هر رفتار قابل مشاهده‌ای با ارائه محرک به
خصوصی روی می‌دهد و در مجموع این محیط است که نوع رفتار را
شکل می‌دهد. بنابراین شخصیت سالم یعنی کسی که علایم بیماری

روانی مثل اضطراب در او نیست در محیطی قرار داشته که محرکهای آزار دهنده نبوده اند و چنانچه کشمکشهای روانزندی به وسیله والدین آموزش داده نشود هیچگاه رفتار نورتنیک بروز نمی کند.

الگوی شخصیت سالم از دیدگاه پرلز:

فرتیز پرلز معتقد است که هر موجود انسانی به تمامیت و کمالگرایی تمایل دارد ازاین رو، روش درمانی خود را گشتالت درمانی نامیده است ازاین جهت که زمانی انسان از شخصیت سالم و سلامت روانی برخوردار است که این تمامیت و گشتالت و کمال گرائیدن برقرار باشد به نوعی که برای داشتن سلامت روانی بایستی ارگانیزم دائماً در حال برقراری توازن باشد. پرلز سائق یا نیروی بر انگیزاننده انسان را وضعیت های ناتمام، البته با اولویت بندی و میزان اهمیت آنها به تنظیم رفتار خود می پردازد و افراد سالم کسانی هستند که بدون توجه به فشارهای محیطی و نیروی بیرونی و اعم از خواسته ها و توقعات دیگران به تنظیم خود می پردازند و به عقیده پرلز آگاهی از خود تنها راه رسیدن به شخصیت سالم است چرا که با آگاهی از خود رفتارمان را تنظیم کرده و می توانیم ارگانیزم (جسم و ذهن خود را) تعادل و توازن ببخشیم. بنابراین توجه به زمان حال و ملزومات آن مهمترین روش زندگی توام با آرامش رسیدن به سلامت روانی است فهرست پرلز از خصوصیات سالم عبارتند از:

۱- انسان سالم: این مکانی و این زمانی با احساس ایمنی در لحظه

هستی زندگی کند.

- ۲- انسان سالم به آنکه و آنچه که هست آگاهی کامل داشته و آن را می پذیرد.
- ۳- اشخاص سالم مسئولیت زندگی خود را به عهده میگیرند و بالعکس مسئولیت زندگی هیچ کس دیگر را نمی پذیرند.
- ۴- اشخاص با خود جهان ارتباط کاملی دارند.
- ۵- انسانهای این مکانی و این زمانی قادر هستند که بدون ترس، خشم خود را ابراز نمایند.
- ۶- افراد سالم علیرغم اینکه با جهان بیرون در ارتباط هستند، خودشان را از قید تنظیم های محیطی آزاد می کنند.
- ۷- اشخاص سالم نسبت به شرایط زمانی که در آن زندگی می کنند پاسخ می دهند.
- ۸- افراد سالم دارای مرزهای من گسترده ای هستند به گونه ای که انعطاف پذیر بوده و هیچ تغییری با دیگران ندارند (شوتز (۱۳۶۲)
- در دیدگاه پرلز به اشخاص سالم و سلامت روان آنچه که بیش از همه اهمیت دارد. نظر وی راجع به زندگی کردن در حال و نداشتن آرزوهای بزرگ و نقش آفرین است اما بایستی به این نکته نیز اذعان داشت که پرلز راجع به بی تفاوتی و نداشتن احساس مسئولیت نسبت به دیگران کمی اغراق می کند و هیچ گاه نمی توان نسبت به پیامدهای منفی نگرش در حد افراطی بی تفاوت بود که همانا تنهایی - افکار منفی و افسردگی را در پی خواهد داشت (همان منبع)

ه) نظریه عقلانی - هیجانی الیس:

الیس معتقد است که انسانها تا حدود زیادی خود موجد اختلافات و ناراحتی های روانی خودشان هستند: الیس معتقد است که انسان با استعداد و آمادگی مشخص برای مضطرب شدن به دنیا می آید و تحت تأثیر عوامل فرهنگی و شرطی شدن اجتماعی این آمادگی را تقویت می کند. در عین حال انسان این توانایی قابل ملاحظه را هم دارد که به کمک تفکر و اندیشه، از اضطراب و آشفتگی خود، جلوگیری کند.

اشخاص (شخصیت های سالم) کسانی هستند که بطور طبیعی برای انسانهای دیگر یار و یاروند و بدانها عشق می روزند مشروط بر آنکه در دام تفکر غیر عقلانی خود گرفتار نشوند. چرا که این نوع تفکر به تنفر از خویش و رفتار مخرب نفس منجر می شود و سرانجام به تنفر از دیگران خاتمه می یابد و علاقه اجتماعی او را مختل می کند (شفیع آبادی ئ ناصری ۱۳۷۸)

الیس اضطراب و اختلالات رفتاری را زاده طرز تفکر خیالی و بی معنی انسان می داند به همین دلیل وجود چند اعتقاد را در ذهن غیر منطقی می داند که اهم آنها را بر می شماریم (پاترسن ۱۹۹۶ - الیس ۱۹۷۳)، بانی ۱۹۶۴. (همان منبع)

۱- اعتقاد به اینکه لازمه احساس ارزشمندی وجود حداکثر لیاقت، کمال و فعالیت شدید است.

- ۲- عقیده خود مبنی براینکه برخی از مردم بد، و شرور و بد ذات هستند و باید به شدت تنبیه شوند.
- ۳- اعتقاد داشتن به ضرورت برای تأیید و احترام گذاشتن دیگران به فرد و تعظیم و تکریم کردن وی.
- ۴- اعتقاد براینکه اگر وقایع رویدادها به همان صورت نباشد که فردی می‌خواهد، فاجعه آمیز است.
- ۵- اعتقاد براینکه بدبختی و عدم خوشنودی او توسط عوامل بیرونی بوجود آمده اند.
- ۶- اعتقاد شخص براین باور غلط که چیزهای خطرناک و ترس آور موجب نهایت نگرانی می‌شوند و فرد همواره باید کوشا باشد تا که احتمال رخ دادن آنها را تأخیر بیندازد.
- ۷- اعتقاد به اینکه اجتناب و دوری از برخی از مشکلات زندگی، مسئولیتهای فردی آسان تر از مواجه شدن با آنهاست.
- ۸- باور فرد به اینکه وقایع و حوادث گذشته عاطفی شکل دهنده رفتارهای کنونی هستند و اثر آنها را به هیچ وجه نمی‌توان نادیده گرفت.
- ۹- اعتقاد و باور فرد به اینکه باید به دیگران وابسته باشد تا آسیبی به وی نرسد.
- ۱۰- اعتقاد فرد به این باور غلط که انسان بایستی در برابر مشکلات و اختلالات رفتاری دیگران کاملاً برآشفته و محزون شود

سلامت روانی، توانایی ما را درک واقعیت همان گونه که هست، پاسخ دادن به چالشهای آن و در پیش گرفتن تدابیر خردمند برای زندگی، افزایش می دهد، وی ویژگی های شخصیت سالم را به شرح ذیل بر می شمارد. ۱- توانایی انجام دادن وظیفه و اجرای مسئولیت های شخص. ۲- قابلیت برقرار کردن روابط انسانی با دیگران. ۳- داشتن برداشتهای واقع بینانه از انگیزه های دیگران. ۴- برخورداری از فرایندهای تفکر و اندیشه های خردمندانه و منطقی (دایان ۱۳۷۶)

اریکسون نظریه پرداز روانی - اجتماعی:

، مشخصات اشخاص سالم را اینگونه بیان می کند:

- دارای اعتماد به خود و دیگران می باشند.
- توانایی کنترل خود و احساس خود کنترلی دارند.
- توانایی پذیرش مسئولیت و همچنین شایستگی و مهارت را در امور زندگی دارا هستند.
- دارای هویت واحد و توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران هستند.
- توانایی راهنمایی دیگران بر خلاق بودن و پذیرش خویشتن به عنوان شخصی واحد آنچنان که هست را دارند. (احدی و بنی جمالی ۱۳۶۹)

انسان های دارای شخصیت سالم از نظر الکساندر:

دارای معیارهای سلامتی روانی زیر هستند.

۱) دارای فعالیت ذهنی مثبت هستند از بررسی های به عمل آمده، چنین نتیجه گیری شده که افراد نروتیک و شخصیت های ناسالم فاقد این خصوصیت هستند و فعالیت مفید ذهنی می تواند برای ارزیابی سلامت روانی مورد استفاده قرار گیرد.

۲) دارای کنترل و وحدت فکر و عمل هستند و کنترل موثر یکی از مطمئن ترین نشانه های شخصیت سالم است و ویژگی و وحدت فکر و عمل که معمولاً از آن به عنوان وحدت شخصیت یاد می شود معمولاً در بیماران روانی به چشم نمی خورد.

۳) احساسات و عواطف سالم و مثبت دارند. احساس مانند عدم امنیت، شایستگی، خشم، حسادت، حقارت و گناه نشانه بی نظمی عاطفی است و می تواند منجر بیماری روانی گردد. برخلاف احساسات، پذیرش، عشق، تعلق و شایستگی فردی، نشانه های ثبات عاطفی و بهداشت روانی محسوب می شوند و سلامت عاطفی بخش اصلی بهداشت روانی است.

۴) انسانهای دارای شخصیت سالم، از آسایش و آرامش خاطر زیادی بهره مندند متقابلاً در بحث از سلامت روان این معیار مورد اشاره قرار می گیرد و سایر معیارهای سازگاری و سلامت روانی به آرامش فکر مربوط می شود.

۵) نگرش سالم مثبت به رویدادهای زندگی یکی دیگر از ویژگی های انسانی دارای شخصیت سالم است. بهداشت روانی در حالت دشمنی - تعصب و ناامیدی غیر ممکن است.

۶) تصور خویشتن، به عنوان فردی سالم، داشتن هویت فردی و رابطه کافی با واقعیت، از یکدیگر مشخصات شخصیت های سالم از نظر روانی است. (میلانی فر ۱۳۷۸)

دیدگاههای انجمن ملی بهداشت جهانی:

افراد دارای سلامت ذهنی و روانی را دارای خصوصیات ذیل

می دانند: **روانشناسی دس پروژه رو چند بکری؟؟**
۱- افراد سالم از نظر روانی و ذهنی، احساس راحتی میکنند. آنها از نظر روانی خود را آنگونه که هستند می پذیرند.

۲- افراد دارای سلامت روانی و ذهنی، احساس خوبی نسبت به دیگران دارند. آنها می گوشتند تا دیگران را دوست بدارند. به آنان اعتماد بکنند.

۳- آنها قدرت روبروشدن با نیازمندیهای زندگی را دارند. افراد دارای سلامت روانی، معمولاً نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند و با مشکلات به شیوه مناسب برخورد می کنند (احدی - بنی جمالی، ۱۳۶۹)

دیدگاهی نظری درباره سلامت روانی:

در مباحث سلامت و بیماری دیدگاههایی مختلفی در زمینه سلامت روانی مطرح شده اند. در این بخش سه دیدگاه اساسی نظریه سیستم - رویکرد اکولوژیکی و مفهوم تعادل حیاتی به اختصار توضیح داده می شوند:

۱- نظریه سیستم ها

بر طبق این مدل انسان و مجموعه اعمال و رفتارش به عنوان یک سیستم تلقی می شود که دارای ابعاد گوناگونی زیستی روانی و اجتماعی است. این سیستم شامل سیستم های فرعی دیگری است که رفتار را حاصل تاثیر و تاثر درون داد و برون داد محرکها، سیستم پردازشی اطلاعات، فرایند باز خورد زیستی و سیستم خود تنظیم کننده درون او می داند طبق این مدل هر یک از عوامل، روانی و اجتماعی بر یکدیگر تاثیر گذاشته و از یکدیگر تاثیر می پذیرند و به همین ترتیب سیستم های مختلف شناختی، رفتاری و اجتماعی در ارتباط با هم و در یک ارتباط متقابل با یکدیگر مورد بررسی او مطالعه قرار می گیرد. همچنین جامعه از دیدگاه نظریه سیستم ها اهمیت خاصی داشته و مرکب از سیستم های فرعی بسیاری از قبیل خانواده - گروهها و محیط است. در این دیدگاه جامعه به عنوان یک سیستم در تعادل دائمی با سیستم های فرعی دیگری است. و تغییر در یک قسمت از آن تاثیر مستقیم و مهمی را بر بخش های دیگر جامعه بر جای می گذارد و هرگاه جنبه ای از آن تغییر کند، اجزاء دیگر در صدد اصلاح و جبران آن بر

می آیند. براین اساس تغییر در کارکرد جامعه می تواند از طریق ملاحظات مستقیم یا غیر مستقیم انجام شده و مستقیم های فرعی دیگر را تحت تاثیر قرار دهد (بک و همکاران ۱۹۸۸ به نقل از ویسی، ۱۳۷۸)

و همچنین مدلی که لوی و همکارانش در سال ۱۹۷۲ در زمینه تاثیر استرس روی بیمار از لحاظ جنبه های زیستی روای - اجتماعی مطرح نموده اند مبتنی بر نظریه سیستم هاست طبق این مدل هرگونه تغییر روانی و اجتماعی می تواند به عنوان یک عامل استرس یا یک مدرک، پاسخ های زیستی غیر اختصاصی را فراخواند. مدرک یا عامل استرس را می تواند بر الگوی زیستی - روانی از پیش تهیه شده فرد، نحوه واکنش غدد درون ریز (مطابق با الگوهای خاص خود) و نیز بر عملکرد ژنتیکی و محیطی تاثیر بگذارد. این گرایش ذاتی برای ابزار و واکنش موجود زنده را در بسیاری از موقعیت های زندگی برای پرداختن به برخی از فعالیتهای فیزیکی (مانند جنگ و گریز) یاری می دهد و همچنین در بعضی از موارد این واکنش می تواند ناسازگارانه باشد مثلاً پاسخهای غیر اختصاصی به استرس می تواند بر پیشرفت بیماری یابد کارکردی سیستم های فیزیولوژیک یا روان شناختی تاثیر بگذارد. اگر محرک ادامه یابد سبب بیماری شده و سیستم های روان شناختی یا بدنی فرد را دچار اختلال نموده و مانع از انجام وظیفه اساسی آن می شود. دراین مدل فرض براین است که متغیرها با یکدیگر تعامل دارند (متغیرهای بیرونی و درونی فیزیولوژیکی یا روان شناختی) و تعامل آنها تأثیر عواملی را که در پیشرفت یا ظهور بیماری نقش

دارند تعدیل می‌کند و همچنین تمایل متغیرها می‌تواند فرایند بیماری را تسهیل کند (فریدشتاین و همکاران ۱۹۸۷، نقل از ویسی ۱۳۷۸)

۲- رویکرد اکولوژیکی:

رویکرد اکولوژیکی بر اساس تئوری سیستم ها به مطالعه رفتار انسان می‌پردازد. اصطلاح اکولوژی برای اولین بار در سال ۱۸۶۹ توسط ارنست هگل زیست شناس آلمانی به منظور مطالعه روابط بین موجود زنده و محیط پیرامونش مطرح شد و بدین معناست که مردم در جامعه و محیط شان با هم تاثیر متقابل دارند. به گونه‌ای که یک تغییر در محیط درونی و بیرونی، و تعادل حیاتی خود را تحت تاثیر قرار می‌دهد (جک و همکاران ۱۹۸۸، نقل از ویسی ۱۳۷۸) بتدریج مفهوم اکولوژی بطور گسترده‌ای در علوم زیست شناسی و رفتاری پذیرفته شد و به عنوان رویکردی جهت مطالعه تأثیرات کلی محیط روی موجودات زنده مورد استفاده قرار گرفت.

در اکولوژی انسانی، که وابستگی و تاثیر و تأثر متقابل مردم با محیط مورد مطالعه قرار می‌گیرد. مردم به عنوان موجودات زنده دارای بعد معنوی تلقی می‌شوند که مدام بر محیط پیرامونشان تاثیر می‌گذارند و از آن تاثیر می‌پذیرند. از دیدگاه اکولوژیکی، محیط بیرونی و درونی است و هر گونه تغییری که در محیط ایجاد شود تعادل فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد طبق این مدل عقیده براین است که سلامتی (روانی) و بیماری (روانی) تنها در چارچوب روابط متقابل بین فرد و محیط و تاثیر و تأثر متقابل بین آنها رخ می‌دهد.

بنابراین همه مشکلات اساسی انسان به نحوه روابط او با موقعیت منحصر بفردش بستگی پیدا می‌کند.

رویکرد اکولوژیکی بین پیچیدگی او و نیز نحوه زندگی انسانها با یکدیگر را در چارچوب محیط زندگی شان تبیین و توضیح می‌دهد. براساس این رویکرد انسان برای حفظ ثبات سیستم می‌کوشد بنحو مطلوب با محرکهای محیطی سازگار شود. بنابراین رفتار انسان بستگی به نحوه ارتباط بین عوامل استرس زای سیستم و توانایی سازگاری با این عوامل دارد. شرایط اکولوژیکی مطلوب، انسان را به سمت حالت سلامتی یا سازگاری مثبت می‌کشاند در حالیکه تاثیر نامطلوب محیطی یا عوامل استرس زا مستقیماً شخص را به سمت بیماری یا ناسازگاری سوق می‌دهد. با اینکه هر شخص پاسخ های سازگانه مشخصی دارد اما درجه و تنوع عوامل استرس زا و نحوه پایه های سازگانه فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد لذا هم تغییرات و هم سرعت زیاد و می‌تواند ثبات و تعادل سیستم را بر هم زند.

در رویکرد اکولوژیکی بر مسائل معنوی اساسی انسان تاکید می‌شود و سلامتی را فراتر از سلامت مجموعه اجزاء بدن انسان تصور می‌نماید و به همین صورت هم سلامت جامعه را فراتر از سلامت مجموعه اجزاء بدن تصور می‌نماید و به همین صورت هم سلامت جامعه را فراتر از سالم بدون همه مجموعه افراد و جمعیت های سیستم در آن می‌پندارد.

۳- مفهوم تعادل حیاتی:

اولین بار والتر کانن در سال ۱۹۳۲ اصطلاح " تعادل حیاتی " را وضع کرد که منظور از آن حفظ حالت ثابت پایدار در درون موجود زنده است. تعادل حیاتی، تمایل به اعاده یا نگهداری حالت پایدار ترکیب مواد بدن یا حفظ ثابت نسبی آن دارد. مکانیزم های دست اندرکار حفظ متعادل حیاتی بدن ممکن است زیست شیمیایی فیزیولوژی باشند (تعادل حیاتی ایستا) یا ممکن است به صورت رفتارهای آموخته شده بعنوان باشند که به آنها تعادل حیاتی پویا گفته می شود (ریس ۱۳۶۴، ازویسی ۱۳۷۸)

بعدها پارل وان رایت (۱۹۹۱) مدلی را بنام مدل کاری استرس مطرح نمودند که شباهت زیادی به مفهوم تعادلی حیاتی کانن دارد. این مدل دقیقاً حالتی را توصیف می کند که وقتی یک فرد یا سیستم در حالت عدم تعادل باشد می کوشد از طریق مکانیزم های مجدداً حیاتی خود را برقرار کند. این مدل چهارچوب جامع و یکپارچه ای را به منظور فهم مشکلات مربوط به استرس عرضه می کند (پاول وان رایت ۱۹۹۱ نقل از ویسی ۱۳۷۸)

بر اساس این مدل در یک فرد سالم تعادل بین نیروهای درونی و بیرونی برقرار است و هرگاه عوامل درونی و بیرونی و روابط متقابل آنها تعادل موجود زنده را بر هم زند نشانه های بیماری در فرد یا سیستم بروز می کند یعنی در این شرایط استرس مانند محرکی درونی و بیرونی موجود زنده را دستخوش تغییر و دگرگونی نموده و تعادل

حیاتی را از بین می‌برد و زمینه پیدایش بیماری را مهیا می‌سازد و محرک یا عامل استرس می‌تواند میکروب، ویروس اختلال ژنتیکی، یک حادثه و یا یک مشکل عاطفی باشد باشد و پاسخی که فرد به محرک یا عامل استرس می‌دهد می‌تواند به شکل پاسخ های جسمی- فکری - عاطفی و غیره بروز کند که حاصل تاثیر و متقابل بین سیستم های سرشتی و محیطی و اجتماعی است.

مطابق این مدل، خواست یا نیازی که به فرد یا سیستم تحمیل می‌شود یک حالت موقتی از عدم تعادل یا توازن را بوجود می‌آورد. این خواست ها کاملاً نتیجه نیروی های بیرونی که بر فرد یا سیستم وارد می‌شود نیست بلکه بیشترین خواست ها یا نیازها نتیجه تعامل بین نیروهای بیرونی و عوامل درونی است که بر سیستم یا فرد تحمیل می‌شود این عوامل بیرونی و درونی متعاقباً می‌توانند به مقوله های متعددی تقسیم شوند. هر یک از این مقوله ها می‌تواند نقش مهمی در فرایند استرس ایفا نماید. بنابراین یک چرخش یا ارتباط تعاملی و تاثیر متقابل بین فرد و محیط پیرامونش وجود دارد. غیر از این ارتباط متقابل، حالت های متفاوتی از تعادل یا عدم تعادل و توازن برقرار می‌شود. البته این فرایند بدون توجه به برخی از اشکال هوشیاری یا ناهشیاری یا قضاوت تحقق و دوام نمی‌یابد. قضاوت یا درک از تهدید بطور کلی توسط عواملی تعیین می‌شود که بر فرد تحمیل می‌گردند مانند تفکر - نگرش - تجارب گذشته - مزاج - وضع ظاهری - بدن و عواملی از این قبیل. این درک از تهدید حالت های منتج از استرس را تحت تاثیر قرار

داده و در حیطه های مختلف، نشانه‌ای فیزیکی - شناختی و رفتاری خودش را ظاهر می‌سازد، در نتیجه فرد با سیستم نسبت به این حالت از استرس به منظور حفظ تعادل واکنش نشان می‌دهد.

ابراز واکنش آنقدر اهمیت دارد که شخصیت فرد و قابلیت های او را در آینده تحت تاثیر قرار می‌دهد برخی از این واکنش ها چون فرد یا سیستم را به سمت تعادل سوق می‌دهند پاسخ های سازگارانه تلقی می‌شوند. زیرا از شدت خواسته های نیازها می‌کاهند اما برخی دیگر از واکنش ها چون در آینده مشکلات ثانوی پدید می‌آورد و تاثیرات سویی را بر فرد یا سیستم می‌گذارند، پاسخ های ناسازگاردانه محسوب می‌شوند (همان منبع).

پروژه رو چند بکری؟؟
۲۰ میخوام
20MIKHAM.COM

فصل سوم

دوست داری درس پروژو رو یادگیری؟
روشن کن تحقیق
۲۰ میخوام
20MIKHAM.COM

طرح تحقیق:

این پژوهش یک مطالعه پس رویدادی از نوع مقایسه‌ای است اصطلاح پس رویدادی به امری اطلاق می‌شود که یک پیشامد که قبلاً روی داده است اثر پس گستر داشته باشد. در مطالعات پس رویدادی پژوهشگر مایل است روابط بین عوامل و شرایط معینی را که قبلاً روی داده است از طریق مطالعه آثار و نتایج کنونی آنها کشف و بررسی نماید. پژوهشگر تلاش می‌کند نوعی کاربندی پس از رویداد را به یک پیامد یا اندازه وابسته مربوط سازد و بسیاری از مسایل پژوهشی در علوم رفتاری مانند مطالعاتی که هدف آنها بررسی و علل خودکشی - سرطان و طلاق و مانند اینها است که از نوع پس رویدادی است زیرا در آنها دستکاری انجام نمی‌شود و اگذاری بالسطویه آزمودنی ها به گروهها به گونه تصادفی صورت نمی‌گیرد و در آنها پژوهشگر ناگزیر است از گروههای دست نخورده موجود استفاده کند بنابراین در طرحهای پس رویدادی معمولاً گروه بندی آزمایشی و در برابر آن گروه مقایسه یا گواه وجود دارد. عاملی که معمولاً با اصطلاح گروه کنترل اشتباه می‌شود می‌تواند پژوهش را با سایر روشهای آزمایشی نیز مشتبه سازد (هومن ۱۳۷۴) البته به این نوع پژوهشها طرح های شبه تجربی یا غیر آزمایشی نیز می‌گویند به همین دلیل در مطالعات پس رویدادی هرگز ممکن نیست بتوانیم بین متغیرهای مستقل و وابسته یک رابطه ساده علی را بپذیریم اگر بین متغیرهای مورد مطالعه رابطه معناداری به دست نیاید در این صورت این احتمال وجود دارد که رابطه علی نیز

در کار نباشد و اگر بین متغیرها رابطه پیش بینی شده معنادار هم به دست آید باز معنای این مطلب لزوماً این نیست که متغیرهای مورد مطالعه به گونه علی با یکدیگر رابطه دارند (هومن ۱۳۷۴)

در این پژوهش در گروه آزمایشی که از دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی و دانشجویان دانشکده علوم پایه دانشگاه شهید بهشتی از لحاظ متغیر وابسته یعنی سلامت روانی با هم مقایسه می شوند.

انتخاب نمونه یا نمونه گیری:

الف) جامعه و نمونه آماری:

پژوهشگران غالباً توانایی اجرای پژوهش بر کل اعضای جامعه را ندارند به همین دلیل پژوهش خود را به نمونه کوچکی محدود می سازند یکی از تصمیمات مهمی که در پیش روی پژوهشگران قرار دارد انتخاب نمونه است نمونه ای که باید نماینده جامعه ای باشد که پژوهشگر قصد تعمیم یافته های تحقیق را به آن دارد (دلاور ۱۳۸۰) جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی و دانشکده علوم پایه دانشگاه شهید بهشتی که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۴-۸۵ در دانشکده های فوق مشغول به تحصیل می باشند.

ب) نمونه آماری:

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی که ۵۰ نفر آنها دختر و ۵۰ نفر آنها پسر بودند

و همچنین ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم پایه دانشگاه که ۵۰ نفر آنها دانشجوی پسر بودند و ۵۰ نفر از آنها دختر بودند که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند که با اجرای پرسشنامه (scl-90-R) انجام شد.

ج) روش نمونه گیری:

روش نمونه گیری استفاده شده در این پژوهش تصادفی است.

معرفی ابزار پژوهش و پایایی آن:

در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه «آزمون

SCL-90-R» استفاده شده است.

آزمون SCL-90-R جهت سنجش سلامت روانی که شامل ۹۰ سوال

می باشد و نخستین بار توسط «دراگویتس» و «کروی» (۱۹۷۳)

معرفی شد و بعدها براساس تجربیات بالینی و تجربه تحلیل های

روانشناختی مورد تجدید نظر قرار گرفت و نسخه تجدید نظر شده

نهایی آن توسط «دراگویتس» و همکاران «۱۹۸۳» انتشار یافت.

پاسخ های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵

درجه ای از میزان ناراحتی «هیچ» تا «به شدت» مشخص می گردد.

۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایت های جسمانی - روانی -

اجباری «حساسیت در روابط فردی - افسردگی - اضطراب -

پرخاشگری ترس مرضی - افکار پارانویایی و روان گسستگی را در

می گیرد.

«ناناسی» (۱۹۷۰) در تحقیقی بر روی ۹۴ بیمار روانی ضرایب پایایی نمره های سلامت روانی کلی و هر یک از اختلالات ۹ گانه SCL-90-R را با روش باز آزمایی پس از یک هفته محاسبه نمود که دامنه ضریب پایایی همگی آنها از ۷۸٪ تا ۹۰٪ گزارش گردیده به علاوه در پژوهش حاضر ضرایب پایایی کلی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کورنباخ برابر با ۸۴٪ به دست آمد (نقل از مهرابی زاده، و همکاران، ۱۳۷۹)

روش جمع آوری اطلاعات:

آزمونهای سلامت روانی درخصوص آزمونها در روزهای مختلف، گروههای یک و یا دوفره و باهمراهی محقق اجرا گردید. برای اجرای پرسشنامه از SCL-90-R توضیح مختصر داده شد سپس پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت - در تمام مراحل از افراد خواسته شد که با مطالعه دقیق دستورالعمل پرسشنامه به سوالات پاسخ دهند. حتی الامکان هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارند. در ضمن به آزمونها اطمینان داده شده است که پاسخ های ایشان کاملاً محرمانه خواهد بود.

روش های آماری:

- ۱- آمار توصیفی: به دلیل اینکه داده ها از نوع کیفی ترتیبی هستند از فراوانی داده ها در بخش بخش آمار توصیفی استفاده شده است.
- ۲- آمار استنباطی: برای بررسی سوالات تحقیق از آزمون استفاده شده است که در نمونه مستقل به کار رفته است البته به دلیل اینکه جمع نمونه ها از ۳۰ بزرگتر است بایستی از آزمون ۲ استفاده کرده و در

SPSS وجود دارد به دلیل اینکه با افزایش حجم نمونه توزیع - خودبخود
و به توزیع ۲ نرمال تبدیل می‌گردد و بنابراین در اینجا از آزمون
استفاده شده است.

دوست داری درس پروژه رو چند بگیری؟؟
۲۰ میخوام
20MIKHAM.COM

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل آماری

۲۰ میخوام

20MIKHAM.COM

بهداشت روانی چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است بعد مثبت بهداشت روان که سازمان بهداشت جهانی روی آن تکیه دارد در تعریف سلامتی لحاظ شده است «سلامتی یک حالت فیزیکی - روانی و اجتماعی است که نه فقط فقدان بیماری و یا ناتوانی»

مفهوم بهداشت روان شامل رفاه ذهنی - احساس خود توانمندی - خودمختاری - کفایت درک هم بستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود است بگونه‌ای دیگر می‌توان گفت: بهداشت روانی حالتی از رفاه است که در آن فرد تواناییهایش را می‌شناسد و قادر است با استرس های معمولی زندگی تطابق حاصل کرده از نظر شغلی مفید و همکاری داشته باشد و بعنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. بهداشت روان به همه ما مربوط است نه فقط به کسانی که از بیماریهای روانی رنج می‌برند هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست البته باید اذعان داشت که در افراد بی خانمان - تهیدستان - افراد بیکار و با سطح تحصیلات پایین کسانی که قربانی خشونت بوده اند. مهاجرین و پناهندگان - کودکان و نوجوانان - زنانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته اند و در افراد مسن که مورد تحقیقات و بی توجهی واقع شده اند بیشتر دیده می‌شود.

متأسفانه در بخش عظیمی از دنیا بهداشت روان و بیماری روانی با اندازه سلامت جسمانی بیماری جسمی اهمیت ندارد و مورد بی توجهی و غفلت قرار گرفته است.

عظمت با بیمار روانی : امروزه حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روان یا رفتاری رنج می‌برند بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱، ۳۳ درصد از عمر سپری شده با توانی (YLD) بدلیل بیماری های عصبی - روانپزشکی است. بیماری افسردگی تک قطبی. علت ۱۲/۱۵ درصد از سالهای سپری شده با ناتوانی است و سومین رتبه را بین علل نسبت داده شده به بار کلی بیماریها دارد. ۴ مورد از ۶ علت اصلی سالهای سپری شده عمر با ناتوانی بدلیل بیماریهای عصبی - روانپزشکی را بیماریهای روانی چون افسردگی بیماریهای وابسته به مصرف الکل - اسکیزوفرنی و بیماری دو قطبی به خود اختصاص داده است بیش از ۱۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از خوردگی یخ می‌برند حدود یک میلیون خودکشی موفق هر سال در جهان داریم و حدود ۲۵ میلیون نفر از مردم جهان از اسکیزوفرنی از صرع و بیش از ۹۰ میلیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یا سایر مواد رنج می‌برند.^۲

کاملاً روشن است که عملکرد روانی به طور بنیادی با عملکرد فیزیکی - اجتماعی و بین آگهی سلامتی در ارتباط است به طور مثال افسردگی عامل خطری برای بیماریهای مثل سرطان ها و بیماریهای قلبی است و از طرفی بیماریهای روانی مانند افسردگی و اضطراب - وابستگی به مواد در افرادی که از بیماریهای جسمی رنج می‌برند موجب عدم پذیرش و شکست در برنامه های درمانی بعلت رعایت نکردن اصول درمان

۱ - اختلالات روانی و بیماریهای طبی با هم در ارتباطند

توسط درمان می‌شود. رفتارهای مخاطره آمیزی چون کشیدن سیگار - فعالیت جنسی غیرایمن. با بیماریهایی مثل سرطان وایدز مرتبط هستند. در بین ۱۰ عامل خطر برای بارکلی بیماری که در DALY محاسبه شده و در گزارش بهداشت جهانی ۲۰۰۲ آورده شده است ۳ مورد آن روانی - رفتاری بوده (روابط جنسی غیرایمن - مصرف تنباکو و الکل) و ۳ تای دیگر تحت تاثیر فاکتورهای روانی - رفتاری قرار می‌گیرد (چاقی - فشار خون و کلسترول بالا). شیوع افسردگی در جمعیت به طور کل بین ۳ تا ۱۰٪ است ولی در افرادی که دچار بیماری مزمن هستند این میزان بیشتر است. افراد افسرده مبتلا به بیماریهای عفونی ممکن است برنامه های درمانی خود را نپذیرند و رژیم درمانی مربوطه را رعایت نکنند و این مسئله باعث مقاومت دارویی شده و روی سلامت عمومی جامعه عوارض جدی میگذارد و از طرفی این افراد بیشتر مصرف کننده بیشتر مراقبتهای بهداشتی و درمانی هستند و هزینه مضاعفی را برای جامعه وارد می‌کنند تا ۲۹ درصد از افراد مبتلا به فشار خون افسردگی اساسی دارند تا ۲۲ درصد از افراد مبتلا به انفارکتوس قلبی) ۳۰ درصد افراد مبتلا به صرع ۲۷۰ درصد افراد مبتلا به دیابت. (۳ درصد افراد مبتلا به سکته مغزی، ۳۳ درصد از افراد مبتلا به سکته مغزی، ۳۳ درصد از افراد مبتلا به سرطان، ۴۴ درصد افراد مبتلا به ایدز و ۴۶ درصد از افراد مبتلا به سل از افسردگی اساسی رنج می‌برند.

«از باری که بر خانواده ها تحمیل می‌شود نباید غفلت کرد»

افراد خانواده این بیماران اغلب اولین مراقبین آنها هستند و از حمایت های فیزیکی و عاطفی گرفته تا بار سنگین هزینه های درمان و مراقبت از بیماران نشان دهنده آنهاست تخمین زده می شود در ۱ خانواده از هر ۴ نفر حداقل یک فرد مبتلا به اختلال روانی یا رفتاری وجود دارد. خانواده ها علاوه بر فشار و استرس بالای ناشی از مشاهده بیماری در یکی از اعضای مورد علاقه و عزیزشان، در معرض انگ اجتماعی و تبعیضی هستند که بیماری روانی در اجتماع به روی آنها می گذارد. طرد شدن از طرف دوستان - بستگان و همسایگان، احساس منفک بودن و محدودیت در فعالیتهای اجتماعی را با خود به همراه دارد در اغلب موارد خانواده ها هزینه درمان بیماران روانی را متحمل می شوند و سهم دولت و سازمان های بیمه گر عمدتاً ناچیز است.

20MIKHAM.COM
« بار اقتصادی بیماری روانی »

در ایالات متحده آمریکا سالانه ۱۴۸ میلیون دلار صرف هزینه کلیه بیماریهای روانی می شود در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ انگلستان هزینه بیماریهای روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ۴۵ درصد آن به دلیل از دست دادن کارایی و توانایی سازندگی بود

بیماری اسکیزوفرنی و آلزایمر از بیماری های چون آرتریت - اسم - کانسرونا رسایی ا قتمانی قلب و ناهنجاری های مادرزادی قلب - دیابت - فشار خون و سکته مغزی، هزینه درمانی متوسط برای هر بیمار بیشتری دارد.

» بیماری روانی کارآیی - شغل و حفظ شغل را در فرد کاهش

می دهد <<

در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ۴۵ درصد غیبت از محل کار به دلیل مشکلات بهداشت روانی است. به طور متوسط از تعداد روزهای از دست رفته کاری که به بیماریهای روانی نسبت داده می شود ۶ روز در ماه و هر ۱۰۰ کارگر و تعداد روزهای کم کاری ۳۱ روز در ماه در ۱۰۰ کارگر است. در ایالات متحده ۱/۸ تا ۳/۶ درصد از کارگران از افسردگی اساسی رنج می برند و شاغلین با افسردگی دو برابر بیشتر احتمال ناتوانی در کار نسبت به افراد بدون افسردگی دارند.

جدول توزیع فراوانی سوالات پرسشنامه

هیچ	کمی	تاحدی	زیاد	به شدت	سوال
۴۱	۳۵	۱۴	۷	۳	۱
۲۸	۲۹	۲۲	۱۴	۷	۲
۲۰	۳۰	۲۰	۲۰	۱۰	۳
۳۱	۳۴	۲۰	۱۰	۵	۴
۴۴	۱۲	۱۷	۷	۸	۵
۳۷	۳۰	۱۷	۱۲	۴	۶
۵۸	۲۰	۱۴	۷	۱	۷
۲۶	۲۵	۱۷	۲۴	۸	۸
۴۱	۳۱	۱۹	۸	۱	۹
۲۶	۴۴	۱۵	۱۰	۴	۱۰
۱۳	۲۸	۲۸	۲۱	۹	۱۱

۱۲	۴	۵	۱۳	۱۷	۶۱
۱۳	۱	۳	۱۰	۹	۷۷
۱۴	۴	۱۳	۱۰	۲۳	۴۹
۱۵	۵	۵	۶	۹	۷۵
۱۶	۱	۴	۶	۹	۷۹
۱۷	۴	۶	۱۳	۲۱	۵۶
۱۸	۱۲	۱۷	۲۶	۲۷	۱۸
۱۹	۸	۱۰	۵	۲۰	۵۷
۲۰	۱	۱۱	۱۱	۳۱	۴۴
۲۱	۱	۴	۱۷	۲۴	۵۴
۲۲	۱۳	۸	۱۶	۲۵	۳۸
۲۳	۵	۵	۱۱	۲۳	۵۵
۲۴	۸	۷	۱۶	۲۴	۴۳
۲۵	۳	۲	۴	۱۰	۸۰
۲۶	۶	۱۰	۲۲	۴۳	۱۹
۲۷	۲	۷	۸	۲۴	۵۹
۲۸	۶	۹	۲۲	۳۲	۳۱
۲۹	۱۸	۱۶	۱۴	۲۹	۲۳
۳۰	۱۹	۱۸	۲۴	۲۵	۱۴
۳۱	۶	۱۳	۱۸	۳۲	۳۱
۳۲	۸	۱۱	۱۴	۲۹	۳۸
۳۳	۴	۵	۱۰	۲۹	۵۲
۳۴	۶	۱۳	۲۱	۲۹	۳۱
۳۵	۳	۲	۱۵	۲۳	۵۶
۳۶	۵	۱۳	۱۲	۲۹	۳۰
۳۷	۰	۵	۱۷	۳۰	۴۷
۳۸	۴	۱۰	۲۲	۲۸	۳۵
۳۹	۴	۹	۱۵	۲۱	۴۰
۴۰	۴	۶	۸	۲۳	۵۹
۴۱	۳	۸	۱۴	۲۳	۵۲

۴۲	۷	۵	۱۵	۴۳	۳۰
۴۳	۵	۱۰	۱۸	۲۶	۴۱
۴۴	۶	۸	۱۴	۲۴	۴۸
۴۵	۶	۱۷	۲۱	۱	۵۵
۴۶	۴	۱۲	۱۹	۳۱	۳۴
۴۷	-	۹	۶	۸	۸۵
۴۸	۲	۸	۵	۱۶	۶۹
۴۹	۴	۴	۱۳	۲۵	۵۳
۵۰	۵	۶	۱۷	۲۴	۵۸
۵۱	۵	۱۴	۱۵	۲۷	۳۹
۵۲	۲	۸	۹	۳۲	۴۹
۵۳	۳	۵	۹	۲۰	۶۳
۵۴	۱۰	۱۲	۱۳	۲۱	۴۳
۵۵	۸	۱۱	۲۱	۳۶	۲۴
۵۶	۲	۷	۲۰	۳۴	۳۷
۵۷	۱۳	۱۲	۱۶	۲۶	۲۸
۵۸	۱	۸	۱۶	۱۹	۵۶
۵۹	۱۱	۹	۷	۲۴	۴۹
۶۰	۶	۳	۱۴	۲۶	۵۱
۶۱	-	۶	۱۶	۲۰	۵۸
۶۲	۳	۳	۱۶	۳۰	۴۸
۶۳	۱	۴	۹	۱۶	۷۰
۶۴	۳	۸	۱۱	۳۵	۴۳
۶۵	-	۳	۱۰	۲۴	۶۳
۶۶	۶	۸	۱۴	۲۰	۵۲
۶۷	۱	۴	۷	۱۸	۷۰
۶۸	۱۰	۱۶	۲۰	۲۷	۲۷
۶۹	۴	۱۲	۱۸	۳۱	۳۵
۷۰	۴	۶	۱۳	۳۱	۴۵
۷۱	۳	۳	۱۲	۲۵	۵۶

۷۲	۲	۷	۱۵	۲۳	۵۳
۷۳	۲	۳	۶	۱۷	۷۲
۷۴	۴	۳	۱۳	۳۳	۴۷
۷۵	۳	۴	۷	۱۱	۷۴
۷۶	۴	۷	۱۱	۳۲	۴۶
۷۷	۱۰	۹	۱۴	۳۰	۳۷
۷۸	۸	۱۳	۱۸	۲۷	۳۴
۷۹	۳	۱۴	۱۰	۱۵	۵۸
۸۰	۹	۴	۱۱	۲۰	۵۹
۸۱	۱	۴	۶	۱۸	۱۸
۸۲	۲	۲	۴	۱۱	۸۰
۸۳	۸	۱۲	۲۲	۲۸	۳۰
۸۴	۲	۴	۱۸	۳۰	۴۴
۸۵	۸	۱۱	۱۴	۳۴	۳۳
۸۶	۴	۴	۱۱	۲۵	۵۶
۸۷	۱	۴	۸	۲۶	۶۱
۸۸	۴	۱۳	۸	۱۹	۵۴
۸۹	۴	۱۲	۱۵	۳۶	۳۲
۹۰	۵	۸	۹	۲۷	۵۰

روش آزمون سوالات با سوالات تحقیق:

پس از اینکه پاسخ های داده شده به پرسشنامه وارد برنامه SPSS شد (هیچ ۵ - کمی ۴ - تاحدی ۳ - زیاد ۲ و بشدت ۱) با استفاده از دستور Compute (محاسبه) در SPSS باهم جمع زده شد و آزمون سوالات بر اساس این نمرات انجام شد و برای این کار از آزمون T مستقل (Analyze/comparmeans/Independent-samptest...ispss) استفاده شده است.

بررسی سوالات اول تحقیق: ۱) آیا بین سلامت روانی دانشجویان علوم پایه و علوم تربیتی تفاوت معنی داری وجود دارد؟ میانگین سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم تربیتی برابر ۳۶۶/۲۴ و میانگین سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم پایه ۳۵۹/۰۶ می باشد. این تفاوت بنابر آزمون t تستودنت معنادار نمی باشد و به دلیل اینکه مقدار Sig در جدول SPSS بیشتر از ۰.۰۵ (سطح معناداری) می باشد و یا عدد صفر بین سطح بالا و سطح پایین فاصله اطمینان ۹۵٪ قرار گرفته است. این نشان می دهد که بین سلامت روانی دو نمونه (دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و دانشکده علوم پایه) تفاوت معنی داری وجود ندارد.

$$H_0 : M_1 = M_2$$

$$H_1 : M_1 \neq M_2$$

M_1 : سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم تربیتی

M_2 : سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم پایه

$$T = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}} = \frac{366/24 - 359/06}{\sqrt{\frac{58/5559^2}{50} + \frac{53/3339^2}{50}}} = \frac{7/18}{11/20113} = 0/641$$

و با استفاده از این فرمول t سوال مورد تحقیق قرار گرفت.

در ضمن مقدار T بدست آمده از T جدول در سطح ۵٪ کوچکتر می باشد. از این راه نیز می توان نتیجه گرفت بین سلامت روانی

دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و دانشکده علوم پایه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بررسی سوال ۲ تحقیق:

آیا بین سلامت روانی دانشجویان پسر مراکز دانشکده های علوم تربیتی و علوم پایه تفاوت معنی داری وجود دارد؟

میانگین سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده علوم تربیتی برابر ۳۸۱/۸۰ و میانگین سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده علوم پایه ۳۶۹/۰۴ می باشد این تفاوت بنابر آزمون T استودنت معنادار نمی باشد و به دلیل اینکه مقدار Sig در جدول SPSS بیشتر از ۰.۵٪ (سطح معناداری می باشد و عدد صفر بین سطح بالا و سطح پایین فاصله اطمینان ۰.۹۵٪ قرار گرفته است و این نشان می دهد که بین سلامت روانی (دانشجویان پسر دانشکده علوم تربیتی با دانشجویان پسر دانشکده علوم پایه تفاوت معناداری وجود ندارد.

در ضمن مقدار T بدست آمده از T جدول در سطح ۰.۵٪ (۱/۹۶) کوچکتر می باشد و از این راه نیز می توان نتیجه گرفت بین سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده علوم پایه و دانشجویان پسر دانشکده علوم تربیتی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

و سوال دوم نیز مثل سوال اول با استفاده از فرمول T استودنت قید شده در سوال اول مورد آزمون قرار گرفت که نوع کاملتر آن با استفاده از برنامه SPSS بوده است.

بررسی سوال ۳ تحقیق:

آیا بین سلامت روانی دانشجویان دختر مراکز دانشکده علوم تربیتی و علوم پایه تفاوت معنا داری وجود دارد؟

میانگین سلامت روانی دانشجویان دختر دانشکده علوم تربیتی برابر با ۳۵۰/۶۸ و میانگین سلامت روانی دانشجویان دختر دانشکده علوم پایه برابر ۳۴۹/۰۸ می باشد این تفاوت بنابر آزمون T استودنت معنادار نمی باشد و به دلیل اینکه مقدار Sig در جدول SPSS بیشتر از ۵٪ (سطح معناداری) می باشد و عدد صفر بین سطح بالا و سطح پایین اطمینان قرار گرفته است و این نشان می دهد که بین سلامت روانی دانشجویان دختر دانشکده علوم تربیتی سلامت روانی دانشجویان دختر دانشکده علوم پایه تفاوت معناداری وجود ندارد و موارد ذکر شده درباره سوال سوم تحقیق با استفاده از فرمول t قید شده در سوال اول و دوم تحقیق صورت گرفته است. و در ضمن مقدار t بدست آمده از t جدول در سطح ۵٪ (۱/۹۶) کوچکتر می باشد و از این راه نیز می توان نتیجه گرفت بین سلامت روانی دانشجویان دختر مراکز فوق تفاوت چندانی وجود ندارد.

بررسی سوال چهارم تحقیق:

۴) آیا بین سلامت روانی دانشجویان دختر با دانشجویان پسر دو دانشکده تفاوت معنی داری وجود دارد؟

میانگین سلامت روانی دانشجویان پسر ۳۷/۵۴۲ و سلامت روانی دانشجویان دختر ۳۴۹/۸۸ می باشد تفاوت این در مقدار با توجه به نمونه در نظر گرفته شده معنادار است و مقدار t بدست (۲/۳۳۸) از مقدار جدول (۱/۹۶) بزرگتر می باشد و یا به عبارتی مقدار sig یا p -value بدست آمده (۲۱٪) از سطح معناداری در نظر گرفته شده (۵٪) کوچکتر است پس نتیجه می گیریم بین سلامت روانی دانشجویان پسر با دانشجویان دختر تفاوت معناداری وجود دارد به این معنی که سلامت روانی دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر است

20MIKHAM.COM

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

دوست داری درس پروژه رو چند بگیری؟؟

۲۰ میخوام

20MIKHAM.COM

مقدمه:

بهداشت روانی دارای دو تعریف است در تعریف اول منظور از بهداشت روانی رشته‌ای تخصصی از بهداشت عمومی است که در زمینه کاستن بیماریهای روانی و پیش گیری از این بیماریها فعالیت می‌کنند این هدف با مفهوم کلی پیشگیری مطرح می‌شود.

در تعریف دوم بهداشت روانی به معنای سلامت فکر است و منظور آن نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی و راههایی دست یابی به آن است که در تکامل فرد و اجتماع نقش موثری در هر دو بهداشت روانی صد در صد جامعه نیاز دارند تا برای آنها برنامه ریزی و سیاست گذاری شود اختلالات عصبی - روانی - اجتماعی فشار قابل ملاحظه‌ای را برای جوامع بشری به وجود می‌آورند. بنابراین لازم است برنامه های جامعی به منظور کنترل عوامل زیستی و اجتماعی انجام پذیرد و تارنجهای ناشی از آنها را کاهش دهد و مانع از بین رفتن امکانات بالقوه نیروی انسانی و اقتصادی جامعه گردد. در این مورد هم دولت ها و هم واحدهای اجتماعی دست اندرکاران باید همکاری نمایند.

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی براساس ضوابط علمی تخمین می‌زنند که بیش از ۱۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلالات عصبی - روانی - اجتماعی رنج می‌برند که تعداد قابل توجهی از آنها با کاربرد روشهای ساده و عملی قابل اجتناب می‌باشند. در این مورد لازم است وسعت مشکل و طرح لازم برای اقدام مشخص شود و به جنبه های زیر باید توجه شود.

- بیشتر اختلالات عصبی - روانی ناشی از چند عامل می باشند که در این مورد می توان به عوامل زیستی - روان شناختی و اجتماعی - فرهنگی اشاره کرد.

- روش پیشگیری باید هدفهای وسیعی را تحت پوشش قرار دهند.
- اقدام های پیشگیری باید در سطوح بهداشت عمومی متمرکز گردد و از پرداختن به جنبه های صرفاً فردی اقدام نمود.

در پژوهش حاضر بر اساس داده های از آزمون سلامت روانی (SCL-90-R) سوالهای پژوهش به وسیله آزمونهای آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و روش نمونه برداری در این تحقیق روش تصادفی ساده بوده است و حجم نمونه در این پژوهش یکصد دانشجو ار دو دانشکده علوم تربیتی و علوم پایه دانشگاه شهید بهشتی صورت گرفته است و در بررسی سوال اول این پژوهش نتایج مبین آن است که بین سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و علوم پایه تفاوت معنی داری وجود نداشت به این معنی و مفهوم که از نظر سلامت روانی، دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و علوم پایه در وضعیت تقریباً یکسان قرار دارند.

و در بررسی سوال دوم: این نتیجه بدست آمد که بین سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده علوم تربیتی و دانشجویان پسر دانشکده علوم پایه تفاوت معنادار نبود و به این معنی که سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده های علوم تربیتی و علوم پایه در یک سطح

قرار دارد و به عبارت بهتر تفاوتی که نشان دهنده این باشد که سلامت روانی دانشجویان پسر هر یک از دو دانشکده از یکدیگر بهتر باشد در این تحقیق دیده نشد. و در بررسی سوال ۳ تحقیق نیز نتایج حاصله مثل نتایج سوالهای اول و دوم این پژوهش بوده است. ولی سوال چهارم این پژوهش نتایج مبین این بوده است که تفاوت معناداری بین سلامت روانی دانشجویان پسر با دانشجویان دختر دو دانشکده وجود داشت به این معنی که میزان سلامت روانی پسران به مراتب بیشتر از سلامت روانی دانشجویان دختر است.

اینکه چرا در سه سوال اول تفاوت معناداری بین سلامت روانی دو گروه گفته شده تفاوت معناداری وجود ندارد و فقط در سوال آخر یعنی سوال چهارم این تحقیق تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت آیا نتایج نمی توانست غیر از این نتایج بدست آمده باشد با توجه به مطلب گفته شده این نکته به ذهن می رسد که شاید سوالهای پرسشنامه دارای اعتبار و روایی کامل نبوده که نتوانسته نتایج بدست آمده را به گونه ای درست و بهتر تبیین کند و یا اینکه نمونه های انتخاب شده از جامعه آماری که از دانشجویان دختر و پسر دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی و دانشکده علوم پایه بودند نتوانسته اند به سوالهای مطرح شده در پرسشنامه با دقت کامل پاسخ دهند ولی با تحقیقاتی که صورت گرفت این نتیجه به دست آمده که سوالهای بکاررفته در پرسشنامه و همچنین خود پرسشنامه دارای اعتبار و روایی بالایی بوده و از آنجا که محقق در تمام مراحل پاسخ دادن به

پرسشنامه همراه تک تک افراد بوده و به سوالها و نکته های مطرح شده از جانب دانشجویان درباره سوالها و همچنین سایر پرسشهایی که درباره نحوه جواب دادن به پرسشنامه از محقق صورت می گرفت در پاسخ داده شود و در نهایت سعی می شد که به سولات پرسشنامه با دقت کامل از جانب دانشجویان پاسخ داده شود و نتایج تحقیق بیان کننده میزان سلامت روانی گروههای انتخاب شده برای پژوهش حاضر بوده است.

محدودیتهای پژوهشی:

هر محقق با در نظر گرفتن حوزه های قابل تحقیق، محدودیتهایی را بر خود تحمیل می کند محدودیتهایی که موانعی در راه تعمیم نتایج به وجود آورند. در سطور زیر به محدودیتهای پژوهش حاضر اشاره می شود:

۱- طولانی بودن تعداد سولات آزمون سلامت روانی مشکلات متعددی را از جمله عدم مشارکت برخی از دانشجویان در پاسخ دادن به سولات و یا عدم پاسخ دهی به تمامی و یا بخشی از سولات را بدنبال داشته است که با توضیحات لازم از آنها خواسته شد که به تمامی سولات پرسشنامه پاسخ دهند.

۲- در این تحقیق وضعیت فرهنگی - میزان استعداد و انگیزش و طبقه اجتماعی - اقتصادی بصورت مستقیم کنترل نشدند ولی فرض

محقق به این بوده است که با انتخاب تصادفی آزمودنی ها توانسته تا حد زیادی از اثرات آن برای عوامل مذکور بکاهد.

۳- محدودیت دیگر این پژوهش این بود که در برخی اوقات تعبیر و تفسیرهای دانشجویان نسبت به سوالات آزمونها کم و بیش پاسخها را متاثر از برداشتهای شخصی آنان می نمود که در این راستا بر حسب ضرورت جهت نوع ابهام توضیحات لازم داده شد.

پیشنهادهای:

با توجه به نتایجی که در این تحقیق کسب شده است پیشنهادهای برای پژوهشهای آتی به شرح ذیل مطرح می شود:

(A) پیشنهادهای پژوهشی:
۱- با توجه به نتایج متفاوتی که در نمونه های مختلف دانشجویی دیده شده است پیشنهاد می شود که تحقیقی برای مقایسه با دانشجویانی که در دانشکده های دیگر مشغول به تحصیل هستند نیز انجام گیرد.

۲- بررسی میزان سلامت روانی در گروههای شغلی خاص و اقشار دیگر جامعه مانند معلمان - پرستاران - پزشکان - سالمندان و... انجام بگیرد.

۳- برای بررسی میزان سلامت روانی پیشنهاد می شود و تحقیقی بین گروه های دانشجویی و غیر دانشجویی با در نظر گرفتن شرایط مشابه سنی - جنسی - اقتصادی - فرهنگی - اجتماعی و... انجام بگیرد.

(B) پیشنهادهای اجرای:

- ۱- برگزاری کارگاههای آموزشی - شناختی در زمینه چگونگی دست یابی به سلامت روانی و همچنین دروه های آموزشی برای دست یابی به سلامت روانی در دانشکده ها و مراکز آموزشی.

دوست داری درس پروژه رو چند بگیری؟؟
۲۰ میخوام
20MIKHAM.COM

منابع:

- ۲- شاملو، سعید (۱۳۸۲) - بهداشت روانی - تهران: رشد.
- ۲- شاملو، سعید (۱۳۷۷) - مکتب ها و نظریه ها در روانشناسی شخصیت - انتشارات رشد.
- ۳- دوان شولتز و سیدنی الن شولتز - نظریه های شخصیت (ترجمه: یحیی سید محمدی): موسسه نشر ویرایش، ۱۳۸۱
- ۴- گردی، فلور ۱۳۸۲ ارتباط و میزان تفکرات غیر منطقی با سلامت روانی دانشجوی کارشناس و کارشناسی ارشد گروه های مختلف تحصیلی شهید بهشتی، تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی.
- ۵- فرهادی، فرحناز ۱۳۸۲ بررسی رابطه هوش، حافظه و سلامت روانی با کارایی کنترل های مراقبت پرواز شرکت فرودگاه های کشور، پایان نامه کارشناسی ارشد، معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی.
- ۶- مبارکه، محمد در خشان ۱۳۷۶ بررسی رابطه میزان پرداختی به ورزش با سلامت روانی و ویژگی های شخصیتی مدیران میانی سپاه شاغل در رده های تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد - معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی.
- ۷- اعریان، اقدس (۱۳۸۳) - بررسی تاثیر باورهای خودکار آمدی بر سلامت روانی و توفیق تحصیلی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.