

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره سی و پنجم و سی و هشتم - بهار و تابستان ۱۳۸۷

صص ۱۶۴ - ۱۵۳

## رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر (۸۶ - ۱۳۸۵)

علی‌اصغر بیانی<sup>۱</sup> - حسنیه گودرزی<sup>۲</sup> - عاشور محمد کوچکی<sup>۳</sup>

### چکیده

سلامتی یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی‌گیرد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در بین دانشجویان طراحی و اجرا گردید. روش این پژوهش از نوع همبستگی است. تعداد ۱۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر با استفاده از روش تصادفی به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (SPWB). داده‌های حاصل

---

\*- بودجه لازم برای اجرای این طرح از دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر تأمین شده است.

۱- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر

۲- مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر

۳- مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر

با استفاده از نرم افزار SPSS 10 در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بالاتر از سایر عامل‌ها می‌باشد ( $M = 7/3$ ) و افسردگی از کمترین میانگین برخوردار است ( $M = 4/08$ ). نتایج نشان داد که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط) و سلامت عمومی رابطه منفی معنادار وجود دارد ( $P < 0/01$ ). ۳۵ درصد از تغییرات واریانس نمرات سلامت عمومی با نمرات بهزیستی روان‌شناختی قابل پیش‌بینی است.

**کلید واژه‌ها:** سلامت عمومی، بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط.

#### مقدمه

تقریباً ۶۰ سال قبل سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن تعریف کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴). یکدهه بعد جاهودا<sup>۱</sup> (۱۹۵۸) از بیمار روانی نبودن به عنوان معیار سلامت روانی انتقاد و به جای آن معیارهای چندگانه را برای تعیین سلامت روانی ارائه کرد. متأسفانه تا مدتها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در کاربرد این دیدگاهها در قلمروهای علمی و عملی مشاهده نشد. در دنیای غرب هنوز هم شاخص‌های وضعیت سلامت متمرکز بر بیماری و مفاهیم منفی است و مفاهیم اساسی همه‌گیرشناسی (اپیدمولوژی) با میزان مرگ و میر سر و کار دارد، نه میزان عملکرد مثبت افراد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸).

سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی<sup>۲</sup> و بهزیستی<sup>۳</sup> را نیز در برمی‌گیرد (لارسن، ۱۹۹۱). اغلب روانپزشکان، روان‌شناسان و محققان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند (ریف و سینگر، ۱۹۹۶؛ سلیگمن، ۲۰۰۳). تلاش‌هایی که در جهت گذر از الگوهای سنتی سلامتی صورت گرفته، گرچه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از

1 – Jahoda

2 – Happiness

3 – Well- being

بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته، ولی کافی نیست. البته الگوهای جدید سلامت نیز به‌طور عمده بر ویژگیهای منفی تأکید دارند و در آنها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحرك، درد، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سر و کار دارد (ریف، ۱۹۹۸).

در دهه گذشته ریف و همکارانش الگوی بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. براساس الگوی ریف بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود<sup>۲</sup> (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران<sup>۳</sup> (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری<sup>۴</sup> (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند<sup>۵</sup> (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی<sup>۶</sup> (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط<sup>۷</sup> (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، ۱۹۸۹ و ریف و کیز، ۱۹۹۵). الگوی ریف به‌طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است (چانگ و چن، ۲۰۰۵). ریف این الگو را بر اساس مرور متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مؤلفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت<sup>۸</sup> است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد. در تعداد محدودی از پژوهش‌ها رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی بررسی شده است. جورج و لاندرمن (۱۹۸۴) رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی را مثبت و قابل توجه گزارش داده‌اند. آریندل و همکاران (۱۹۹۹) در بررسی رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی به این نتیجه رسیدند که با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی نیز تحت تأثیر قرار گرفته و افزایش می‌یابد. شات و ریف (به نقل از پارادایس و کرنیس، ۲۰۰۲) در مطالعه رابطه بهزیستی روان‌شناختی و شخصیت به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و روان‌رنجوری رابطه

1 – Psychological well- being

2 – Self- acceptance

3 – Positive relation with other

4 – Autonomy

5 – Purpose in life

6 – Personal growth

7 – Environmental mastery

8 – Positive psychological health

منفی و معناداری وجود دارد. رونی و همکاران (۲۰۰۳) دریافته‌اند که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. با توجه به رشد روز افزون مطالعات در زمینه روان‌شناسی مثبت در جهان و وجود سابقه اندک این موضوع در کشور، هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر است.

### روش پژوهش

روش غالب در این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری را کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر در نیمسال اول سال تحصیلی ۸۶ - ۸۵ تشکیل می‌دادند که از میان آنها ۱۴۵ دانشجو با استفاده از فرمول کوکران به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی بود. آزمودنی‌ها ۹۶ زن و ۴۹ مرد بودند. میانگین سنی آنها ۲۸/۷۷ با انحراف معیار ۷/۵۱ بود. از لحاظ وضعیت تأهل ۷۹ نفر آنها متأهل، ۶۴ نفر مجرد و ۲ نفر مطلقه بودند. از آزمودنی‌ها خواسته شد به کتابچه‌ای پاسخ دهند که سه ابزار را در برمی‌گرفت:

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: این پرسشنامه شامل ۸ سؤال بود که اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین، قومیت، و فعالیتهای ترجیحی را اندازه‌گیری می‌کرد.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup>: پرسشنامه سلامت عمومی آزمونی است با ماهیت چندگانه و خوداجرا<sup>۲</sup> که به منظور بررسی اختلالات غیر روان‌گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، تهیه شده است. این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۲ گلدبرگ<sup>۳</sup> طراحی کرد. پرسشنامه اصلی ۶۰ سؤال دارد، اما در پژوهش‌ها فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی استفاده می‌شود. در این تحقیق از فرم کوتاه شده ۲۸

1 - General Health Questionnaire (GHQ)

2 - Self-administered

3 - Goldberg, DP

سؤالی استفاده گردید. پرسشنامه ۲۸ سؤالی مرکب از ۴ خرده‌آزمون است. سؤال ۱ تا ۷ نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات پرسشنامه عمومی ۴ گزینه دارد. برای نمره‌گذاری دو روش وجود دارد. در روش اول گزینه‌ها به صورت ۰، ۱، ۱، ۱ ارزیابی می‌شوند و نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. در روش دوم پاسخ‌ها براساس روش لیکرت<sup>۱</sup> نمره‌گذاری می‌شود (۰، ۱، ۲، ۳) و در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۸۴ در نوسان است. در هر دو شیوه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده بهداشت روانی مطلوب‌تر است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده گردیده است. روایی<sup>۲</sup> و پایایی<sup>۳</sup> این پرسشنامه در مطالعات متعددی مطلوب گزارش شده است. تحلیل عاملی<sup>۴</sup> داده‌های این پرسشنامه که از ۱۵ فرهنگ و زبان مختلف گردآوری شده بود، ثبات<sup>۵</sup> نمره خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی را تأیید کرده است. در این پژوهش البته همپوشی معناداری نیز بین اضطراب و نشانه‌های جسمانی گزارش شده است (گیونز و همکاران، ۲۰۰۴). تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی) را با استفاده از سه روش بازآزمایی<sup>۶</sup>، تنصیفی<sup>۷</sup> و آلفای کرونباخ به ترتیب معادل با ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ یافته است. وی روایی پرسشنامه را نیز رضایت‌بخش گزارش داده است. منتظری و همکاران (۱۳۸۱) ضریب آلفای کرونباخ را در خصوص پایایی پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) ضریب پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش داده‌اند.

۳- مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل می‌شود، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش بنا به پیشنهاد

1 – Likert

2 – Validity

3 – Reliability

4 – Factor - analysis

5 – Stability

6 – Test-retest reliability

7 – Split-half reliability

سازنده به محققان از فرم ۸۴ سؤالی استفاده گردید. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده‌آزمون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل از ۱۴ سؤال تشکیل می‌شود. از آزمودنی درخواست می‌شود سؤالات را خوانده و قضاوت درباره خودش را بر روی یکی از گزینه‌های کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف، خیلی کم مخالف، خیلی کم موافق، تا حدودی موافق و کاملاً موافق مشخص سازد. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش گردیده است. دایرندوک<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) همسانی درونی<sup>۲</sup> خرده‌مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. چمت<sup>۳</sup> و ریف (۱۹۹۷) همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش داده‌اند. در پژوهش دیگری ریف ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ یافته است. در این مطالعه نیز همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ به دست آمد. روایی نسخه فارسی پرسشنامه در مطالعه بیانی و همکاران (۱۳۷۸) مطلوب گزارش شده بود.

### یافته‌های پژوهش

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره آزمودنی‌ها را در پرسشنامه سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی نشان می‌دهد. داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بالاتر از سایر عامل‌ها است ( $M = 7/3$ ) و افسردگی از کمترین میانگین برخوردار است. البته میانگین همه عامل‌ها کمتر از نقطه برشی مرضی قرار دارد.

1 – Dierendonck, D

2 – Internal consistency

3 – Schmutte & Ryff

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن

عامل‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
نشانه‌های جسمانی	۶/۴۵	۵/۰۹	۰	۲۱
اضطراب و بی‌خوابی	۶/۹۹	۵/۱۵	۰	۲۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۳۰	۲/۷۲	۱	۱۹
افسردگی	۴/۰۸	۵/۰۳	۰	۱۹
سلامت عمومی	۲۴/۷۹	۱۴/۷۱	۴	۷۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره آزمودنی‌ها را در بهزیستی روان‌شناختی و مقیاس‌های آن نشان می‌دهد. داده‌ها نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس زندگی هدفمند از بالاترین میانگین ( $M = 64/55$ ) و رشد شخصی از پایین‌ترین میانگین ( $M = 53/8$ ) برخوردار است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی

عامل‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
پذیرش خود	۵۳/۸	۸/۷۹	۲۳	۷۵
رابطه مثبت با دیگران	۶۱/۲۲	۸/۷۶	۳۹	۸۱
خودمختاری	۶۴/۲۸	۸/۴۹	۴۳	۸۱
زندگی هدفمند	۶۴/۵۵	۱۱/۱۹	۳۸	۱۳۹
رشد شخصی	۵۸/۶۳	۱۰/۹۹	۲۷	۷۷
تسلط بر محیط	۶۰/۲۹	۱۰/۳	۲۴	۷۹
بهزیستی روان‌شناختی	۳۵۶/۹۹	۴۵/۹۹	۲۳۰	۵۱۴

جدول ۳ همبستگی بین سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن با بهزیستی روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. داده‌ها نشان می‌دهد که بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ) و ( $r = ۰/۵۸۹$ ) و این بدان معناست که با افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی نمرات سلامت عمومی کاهش پیدا می‌کند که نشانه خوب بودن سلامت عمومی است. طبق اطلاعات گردآوری شده بین رشد شخصی و خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). داده‌ها نشان می‌دهد همبستگی بین زندگی هدفمند و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی منفی و معنادار است ( $P < ۰/۰۱$ ).

جدول ۳- همبستگی بین مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی

سلامت عمومی بهزیستی روان‌شناختی	نشانه‌های جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	اختلال در کارکرد اجتماعی	افسردگی	کل
پذیرش خود	-۰/۰۷۳	-۰/۱۴۵	-۰/۲۱۹*	-۰/۲۱۹*	-۰/۱۹۷*
ارتباط مثبت با دیگران	-۰/۳۱۱**	۰/۵۳۱**	-۰/۳۸**	-۰/۶۱۹**	-۰/۵۸**
خودمختاری	-۰/۱۰۴	-۰/۳۸۵**	-۰/۳۲۲**	-۰/۴۹۱**	-۰/۴۰۲**
تسلط بر محیط	-۰/۲۲۴**	-۰/۵۰۴*	-۰/۲۹**	-۰/۵۱۲**	-۰/۴۸۵**
زندگی هدفمند	-۰/۲۴۶**	-۰/۴۱۴**	-۰/۳۲۴**	-۰/۵۴۱**	-۰/۴۷۶**
رشد شخصی	-۰/۳۷۴**	-۰/۵۱**	-۰/۳۷۳**	-۰/۶۰۱**	-۰/۵۸۷**
کل	-۰/۳۱۵**	-۰/۵۵۸**	-۰/۳۹۳**	-۰/۶۲**	-۰/۵۸۹**

$P^* < ۰/۰۵$

$P^{**} < ۰/۰۱$

همبستگی تسلط بر محیط با نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی منفی و معنادار است ( $P < ۰/۰۱$ ). مقیاس خودمختاری با خرده‌مقیاس‌های اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی منفی و معناداری دارد ( $P < ۰/۰۱$ ) در حالی که با مقیاس نشانه‌های جسمانی رابطه معناداری



ندارد. مقیاس رابطه مثبت با دیگران با همه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی رابطه منفی و معنادار دارد ( $P < 0/01$ ). رابطه منفی و معناداری بین مقیاس پذیرش خود و خرده‌مقیاس‌های اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی وجود دارد ( $P < 0/05$ ), در حالی که رابطه معناداری بین مقیاس پذیرش خود و نشانه‌های جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی وجود ندارد.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل رگرسیون به منظور قدرت پیش‌بینی سلامت عمومی از روی نمرات بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات این جدول تقریباً ۳۵ درصد از تغییرات واریانس نمرات سلامت عمومی با نمرات بهزیستی روان‌شناختی قابل تبیین است، به عبارت دیگر بهزیستی روان‌شناختی سلامت عمومی را در حد کمی پیش‌بینی نماید.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل رگرسیون ساده برای پیش‌بینی سلامت عمومی از طریق بهزیستی روان‌شناختی

T	B	F	ضریب تعیین $R^2$	ضریب همبستگی R	متغیر پیش‌بینی	متغیر ملاک
-۸/۷۲	-۰/۱۹	۷۵/۹۷	۰/۳۵	۰/۵۸۹	بهزیستی روان‌شناختی	سلامت عمومی

$$P = 0/0001$$

### بحث و نتیجه‌گیری

سلامت یک مفهوم چند بعدی است، اما پژوهشگران حوزه بهداشت روانی به‌طور عمده تأکید بر جنبه‌های منفی آن داشته‌اند. امروزه تمایل به مطالعه جنبه‌های مثبت بهداشت روانی به موازات قسمت‌های منفی آن در حال افزایش است. بیشتر این پژوهش‌ها از متون روان‌شناختی بهزیستی ذهنی نشأت می‌گیرد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در بین دانشجویان مقطع کارشناسی طراحی و اجرا گردید.

روان‌شناختی بهزیستی ذهنی الگوی ریف و همکارانش با هدف تأکید بر بهداشت روانی مثبت ارائه گردید. براساس این الگو، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ بعد تشکیل می‌شود که عبارت است از: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط. داده‌ها نشان داد بین مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و پرسشنامه سلامت عمومی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. با افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی در میزان سلامت عمومی نیز بهبود مشاهده شده است. با توجه به همبستگی معناداری که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی به دست آمده می‌توان گفت که این دو سازه با همدیگر مرتبط هستند و تغییر در یکی از اینها معمولاً با تغییر دیگری همراه خواهد بود. این نتیجه با یافته‌های آریندل و همکاران همخوانی دارد (آریندل، ۱۹۹۹). یافته‌ها نشان می‌دهد رابطه بین اضطراب و ابعاد ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی منفی و معنادار است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های رونی و همکاران (۲۰۰۳) سازگار است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد رابطه منفی معنادار بین اضطراب و پذیرش خود وجود ندارد ( $r = -0/145$ ). این یافته با نتایج پژوهش رونی و همکاران متضاد است که براساس آن رابطه بین اضطراب و پذیرش خود منفی و معنادار است ( $r = -0/53$ ). یافته‌ها نشان‌دهنده رابطه منفی و معنی‌دار افسردگی با پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی است. این نتیجه با یافته‌های رونی و همکاران (۲۰۰۳) و ریف و کیز (۱۹۹۵) سازگار است. داده‌ها نشان داد که بین نشانه‌های جسمانی و ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج رونی و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی دارد، ولی رابطه معناداری بین پذیرش خود و نشانه‌های جسمانی مشاهده نشد که مغایر یافته‌های رونی و همکاران است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی از پایایی قابل قبول برخوردار است و می‌توان از آن در پژوهش‌های مربوط به حوزه سلامت و بهداشت روان استفاده کرد. با توجه به محدودیت جامعه آماری و گروه مورد مطالعه (دانشجویان) تکرار این پژوهش با سایر گروهها توصیه می‌گردد.

## منابع

- بیانی، علی‌اصغر. عاشور محمد کوچکی و علی بیانی. (۱۳۸۱)، «روایی و پایایی بهزیستی روان‌شناختی ریف»، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳۸۷، شماره ۱۴.
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰)، «بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی»، *مجله روان‌شناسی*، ۱۳۸۰، سال پنجم، شماره ۴.
- منتظری، علی و همکاران. (۱۳۸۱)، «تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی»، *فصلنامه پایش*، ۱۳۸۱، سال اول، شماره ۳.
- یعقوبی نصرآبادی. محمد و داوود شاه‌محمدی. (۱۳۷۴)، «بررسی همه‌گیرشناسی بیماریهای روانی در مناطق روستایی و شهری شهرستان صومعه‌سرا (استان گیلان)»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۴، شماره ۴.
- Arrindell, A.W., Heesink, J., & Fei, J. (1999). The satisfaction with life scale (SWLs): Appraisal with 1700 healthy young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*. 26, 815–826.
- Cheng, S., & Chan, A. (2005). Measuring Psychological well-being in the Chinese *Personality and Individual Differences*. 38, 1307–1316.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of psychological well-being and its extension with spiritual well – being. *Personality and Individual Differences*. 36, 629 – 643 .
- George, L.K., & Landerman, R. (1984). Health and subjective well- being: A replicated secondary data analysis. *International Journal of Aging and Human Development*. 19, 133–156 .
- Gibbons, P., Arevalo, H., & Monico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the ۲۸ item version of the General Health Questionnaire (GHQ–28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4, 389 – 398 .
- Jahoda, M. (1985). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Lareson, J.S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators*. New York: Green Wood Press.

- Paradise, W.A., Kernis, H.M. (2002). Self esteem and psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 4, 345–361.
- Roini, C., Ottolini, F., Raffanelli., C, Tossani, E., Ryff, CD., & Fave, A.G. (2003). The Relationship of psychological well-being distress and personality. *Psychotherapy Psychosomatics*. 72, 268–375.
- Ryff, CD. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 6, 1069–1081.
- Ryff, CD., & Singer, B. (1996). Psychological well – being: Meaning measurement and implication for psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatics*. 65, 14–23.
- Ryff, CD., & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium. *Psychological Inquiry*. 9, 69–85.
- Ryff, CD., & Singer, B. (1998). The contours of Positive human health. *Psychological Inquiry*. 9, 1–28.
- Ryff, CD., & Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well- being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69, 719–727.
- Schmutte, P.S., & Ryff, CD. (1997). Personality and well – being: Reexamining methods and meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 549–559.
- Seligman, M.P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumption. *The psychologist*. 16, 126–127.
- World Health Organization. (2001). Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence. Summary report a report of the World Health Organization. Department of mental Health and Substance.

تاریخ وصول: ۸۶/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۸