

The Effect of Subjective Well-being Group Training on the Mental Health of Students of Islamic Azad University of Khorasgan (Isfahan)

Roya Fallahian. M.A.

Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (khorasgan)

Asghar Aghaei. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

Hamid Atashpoor. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

Azar Kazemi. M.A.

Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of subjective well-being group training on mental health of students of Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch. The method of this study was quasi-experimental with pre- and post-test, including one experimental and one control group. The statistical population of this study was students of the University in Fall of 2012 (1391s.c.), from among them in which 40 subjects were selected by available sampling method and assigned randomly to the two groups-control and experimental-each one including 20 subjects. The Symptom Check List (SCL-90-R; Derogatis et al., 1973) was used to gather the data. The experimental group received subjective well-being training in 10 sessions (in 5 weeks, 2 sessions per week, each session 90 minutes). The results of multivariable analysis of covariance showed that, except depression, there were significant differences in all other sub-scales of SCL-90-R (Somatization, Obsessive-Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, Psychoticism, Global Severity Index, Positive Symptom Distress Index, Positive Symptom Total) between the two groups. means of the training group were higher than those of the control group ($P < 0.01$). These results suggest that training of subjective well-being can be beneficial for students' mental health.

Keywords: subjective well-being, mental health, Symptom Check List (SCL-90-R).

تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

رویا فلاحیان*

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

اصغر آقایی

عضو هیأت عملی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

سید حمید آتش‌پور

عضو هیأت عملی دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان (خوراسگان)

آذر کاظمی

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان دانشجویان اجرا شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را، کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) در پاییز ۱۳۹۱ تشکیل دادند که از میان آنها ۴۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت روانی SCL-90-R (دراگوتیس و همکاران، ۱۹۷۳) بود. گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه آموزش گروهی بهزیستی روان‌شناختی، (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در طی ۵ هفته و هر هفته ۲ جلسه) قرار گرفتند که شامل آموزش بهزیستی روان‌شناختی مبتنی بر مدل ریف بود و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. نتایج تحلیل چندگانه کواریانس نشان داد که آموزش بهزیستی روان‌شناختی در همه ابعاد سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی، ضریب کلی علایم مرضی، ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی) به استثنای افسردگی مؤثر واقع می‌شود و میانگین‌های نمرات دانشجویان گروه آزمایش نسبت به دانشجویان گروه کنترل به‌طور معناداری بیشتر بود ($P < 0.01$). در نهایت چنین نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند در بهبود سلامت روان دانشجویان تأثیر داشته باشد. **واژه‌های کلیدی:** آموزش بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان، پرسشنامه سلامت روان (SCL-90-R).

مقدمه

شناخت خود و محیط، استقلال فردی، رفتار بهنجار و منطبق با معیارهای جامعه و یکپارچگی شخصیت (گنجی، ۱۳۷۶). ریف^۷ (۱۹۸۹) شش سازه؛ ارتباط مثبت با دیگران^۸، تسلط بر محیط^۹، پذیرش خود^{۱۰}، خودمختاری^{۱۱}، رشد فردی^{۱۲} و زندگی هدفمند^{۱۳} را به‌عنوان عملکرد روان‌شناختی مثبت تعریف کرده است. این شش سازه، بهزیستی روان‌شناختی را هم از لحاظ نظری و هم از نظر عملی تعریف می‌کند و احتمالاً آنچه را که از نظر سازگاری با رویدادهای زندگی، سلامت فیزیکی و هیجانی مؤثر است را تشخیص می‌دهد. ساختار بهزیستی روان‌شناختی نه فقط از سلامت روان حمایت می‌کند، بلکه یک طرح از بهزیستی ارائه می‌کند (گارسیا، آرچر، مرادی، آندرسون^{۱۴}، ۲۰۱۲). مؤلفه پذیرش خود به‌منظور داشتن نگرش مثبت به خود و پذیرش زندگی گذشته خویش است (هوسر، اسپرینگر و پدرسکا^{۱۵}، ۲۰۰۵). مؤلفه خودمختاری به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌گردد. بنابراین فردی که براساس باورهای خود در زندگی تصمیم بگیرد، خودمختار است و توانایی مقابله با فشارهای روانی را دارد (ریف و سینگر^{۱۶}، ۱۹۹۸). مؤلفه داشتن ارتباط مثبت با دیگران به معنی کیفیت رابطه خوب داشتن و رضایت از رابطه است (کی‌یس^{۱۷}، ۲۰۰۲). مؤلفه هدفمندی در زندگی، به معنی داشتن اهداف بلند و کوتاه‌مدت در زندگی و همچنین یافتن معنا برای تلاش‌های خود است. (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). تسلط بر محیط مؤلفه‌ای مبتنی بر توانایی فرد در مدیریت زندگی و تعلقات آن است. بنابراین فردی که بر محیط مسلط است بر ابعاد مختلف زندگی خود احاطه دارد و آن را دستکاری می‌کند و تغییر می‌دهد (کی‌یس، ۲۰۰۲). بدین ترتیب احاطه بر محیط از طریق احساس استقلال و خودکفایی در مدیریت محیط اطراف خود، تسلط بر مجموعه پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به‌وجود آمده مشخص می‌شود (شکری، کدیور، فرزند، دانشورپور، دستجردی و همکاران، ۱۳۸۷). مؤلفه رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجارب دلالت دارد. فردی که این مؤلفه را دارد، درصدد یادگیری و یافتن

آنچه در پیشرفت و توسعه جوامع عامل تعیین‌کننده و مهمی به حساب می‌آید، آموزش عالی و کارکردهایی است که بر عهده دارد. بدیهی است که آموزش عالی با نقش تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد برای جامعه، اهمیت ویژه‌ای در فرایند رشد و توسعه کشور دارد. از عمده‌ترین عوامل در رشد و توسعه، مسأله بهزیستی روانی^۱ افراد مشغول به تحصیل است. موضوع سلامت روان^۲ انسان‌ها نیز به‌خصوص جنبه ذهنی و روانی آن از دیرباز اهمیت زیادی داشته و پیچیدگی‌های خاصی دارد که نسبت به دیگر ابعاد زندگی، بیشترین دگرگونی و تغییر را متحمل شده است (جعفری، صدری و فتحی‌مقدم، ۱۳۸۶). موضوع سلامتی، از بدو پیدایش بشر و تا اعصار متمدنی مطرح بوده است و از آن سخن به میان آمده و عموماً بُعد جسمانی آن، مد نظر قرار گرفته و کمتر کسی به سایر ابعاد آن به‌ویژه بعد روان‌شناختی آن توجه کرده است (کهرزائی، خضری‌مقدم و رفیعی‌پور، ۱۳۸۴). سلامت روان، هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش افراد و یک برنامه واقع‌بینانه برای دستیابی به اهداف و مفاهیم زندگی است و همچنین ظرفیتی برای رشد فردی محسوب می‌شود (شهسواری، ۲۰۱۲). سلامت روانی تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به‌خصوص در سه فضای مهم زندگی شامل عشق، کار و تفریح است (میلانی‌فر، ۱۳۷۴). فرهنگ بزرگ لاروس^۳ سلامت روان را این‌گونه تعریف کرده است: استعداد برای هماهنگی و خوشایندی و مؤثر کار کردن برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و توانایی برای ایجاد تعادل (گنجی، ۱۳۸۲). سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را یک حالت از سلامتی کامل اجتماعی، روانی و جسمی، نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی بیان می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). سلامت روان به‌عنوان درک ما از توانایی‌های خودمان، سازگاری با فشارهای عادی زندگی، بهره‌وری شغلی و سهم بودن در اجتماع تعریف شده است (هیلی و لینک^۴، ۲۰۱۲). از نظر دوویچ و فیشرمن^۵ (۱۹۶۲)، ملاک‌های مهم سلامت روانی عبارت‌اند از:

1. psychological well-being

3. Larous

5. Healy & Link

7. Ryff

9. environmental mastery

11. autonomy

13. purpose in life

15. Hauser, Springer & Pudrovsk

17. Keyes

2. mental health

4. world health organization

6. Deutsh & Fishman

8. positive relation with other

10. self- acceptance

12. personal growth

14. Garcia, Archer, Moradi & Andersson

16. Ryff & Singe

محتوا و جهت‌گیری‌های مورد استفاده در آنها در مواردی همپوشی‌هایی با آموزش بهزیستی روان‌شناختی دارد که برای اولین بار در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. رئیسی، گنجی، شاه‌مرادی، مردان‌پور شهرکردی، شمیمان و همکاران (۱۳۹۱) تأثیر جلسات مشاوره حضوری آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان فرزندان خانواده‌های طلاق را بررسی کردند. نتایج نشان داد که برگزاری جلسات حضوری و گروهی آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سلامت روانی آنها مؤثر است. معروفی و یوسف‌زاده (۱۳۹۱) رابطه بین مهارت‌های تفکر انتقادی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره پیش‌دانشگاهی شهر همدان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که مهارت‌های تفکر انتقادی بر افزایش سلامت روانی تأثیر دارد. همدان - منصور و مارماش^۱ (۲۰۰۷)، در بررسی ارتباط بین سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه اردن نشان دادند که ادراک از بهزیستی روان‌شناختی بخش مهمی از سلامت دانشجویان دانشگاه است. چو، مارتین، مارگرت، مک‌دونالد و پون^۲ (۲۰۱۱)، ارتباط بین سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی را بررسی کردند، نتایج نشان داد که وضعیت و ادراک سلامت یک شاخص اصلی برای بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود. والینت، پرادوس، گومز و فون‌تنبرو^۳ (۲۰۱۲)، باورهای فراشناختی و بهزیستی روان‌شناختی را در افسردگی و پارانویا بررسی کردند، تحلیل مانکوا تفاوت در چهار خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (استقلال، رشد شخصی، پذیرش و تسلط بر محیط) و سه خرده‌مقیاس باورهای فراشناختی (کنترل‌ناپذیری نگرانی، نیاز به مهار افکار و نداشتن اعتماد به‌نفس) را نشان داد. پژوهش دیگری نشان داد که آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی و آموزش تلقیح تنش به بهبود بهزیستی روان‌شناختی جانبازان پسر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کمک می‌کند (اسماعیلی، کلاتری، عسگری، مولوی و مهدوی، ۲۰۱۲). موکولو و والسون^۴ (۲۰۱۲) رابطه بین ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که حس انسجام، خوش‌بینی ذاتی و شایستگی ادراک شده به‌صورت فردی و در شکل ترکیبی، به میزان قابل توجهی با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان

چیزهای جدیدی برای بهبود زندگی خویشتن است (لیندفورس، برنتسون و لاندبرگ^۱، ۲۰۰۶). بهزیستی روان‌شناختی، اصطلاحی ذهنی است که معانی متفاوتی برای افراد مختلف دارد. بهزیستی روان‌شناختی همان سلامت روان است. فردی که سالم است قادر به مقابله و تنظیم فشارهای مکرر زندگی روزمره در یک راه قابل قبول است (ولس^۲، ۲۰۱۰). بهزیستی روان‌شناختی به ادراک فرد از میزان هماهنگی بین خود از یک‌سو و پیامدهای عملکردش از سوی دیگر اشاره دارد، این فرایند بهزیستی است که به یک ارزیابی مداوم و نسبتاً پایدار از رضایت درونی در طول عمر یک فرد منجر می‌شود (بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۹۰). شواهد بسیاری وجود دارد که وقایع ناگوار ممکن است به کاهش بهزیستی منجر گردد و اضطراب و افسردگی را افزایش دهد (سگرستروم و میلر^۳، ۲۰۰۴). بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک عامل درونی اندازه‌گیری‌های مثبت را شامل می‌شود و عزت‌نفس افراد را افزایش می‌دهد (پیترسون^۴، ۲۰۰۰؛ ویلسون^۵، ۱۹۶۷)، به‌طوری که یک فرد با بهزیستی روان‌شناختی بالا می‌تواند به‌صورت فردی جوان، تندرست، خوب، تحصیل‌کرده، با درآمد بالا، خوش‌بین، فارغ از نگرانی، دیندار، متعهد، دارای روحیه کاری بالا، با اشتیاق، متعادل به هر دو جنس مرد و زن و با دامنه وسیع هوش نمایان گردد (ویلسون، ۱۹۶۷). بررسی تأثیر آموزش گروهی بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان نیز در همین راستا انجام گردیده است. در واقع این نوع از آموزش‌های گروهی به افراد کمک می‌کند که کارکردهای روانی مطلوب‌تری داشته باشند و رابطه صمیمانه‌تری با خود، خانواده و اجتماع برقرار سازند و وظایفشان را در قبال آنها به‌درستی انجام دهند. آموزش‌های گروهی بهزیستی روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند که سطوح بالاتری از خودانگیزختگی، رشد شخصی و روابط مثبت با دیگران را تجربه کنند. قدر مسلم توجه به این گروه از آموزش‌های گروهی که بر سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارد، امری مهم و ضروری است. پژوهش‌های اجرا شده هر چند با عنوان تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان به مرحله اجرا در نیامده‌اند و اغلب در قالب پژوهش‌های غیر آزمایشی (اغلب همبستگی) است، با این حال

1. Lindfors, Berntsson & Lundberg
3. Segerstorm, S. & Miller
5. Wilson
7. Cho, Martin, Margrett, MacDonald & Poon
9. Mukolo & Wallston

2. Wells
4. Peterson
6. Hamdan-Mansour, Marmash
8. Valiente, Prados, Gómez & Fuentenebro

آزمایش، طی ۱۰ جلسه آموزش گروهی بهزیستی روان‌شناختی (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در طی ۵ هفته و هر هفته ۲ جلسه) قرار گرفتند که شامل آموزش بهزیستی روان‌شناختی مبتنی بر مدل ریف بود. در آخر و با پایان یافتن جلسه‌های آموزشی، تمام آزمودنی‌ها در هر دو گروه گواه و آزمایش مورد پس‌آزمون (اجرای پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R) در شرایط یکسان قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R؛ این پرسشنامه یکی از رایج‌ترین ابزارهای غربالگری است که ۹۰ سؤال برای ارزیابی نشانه‌های روانی دارد و آزمودنی آن را تکمیل می‌کند. این ابزار برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده است که پاسخ‌دهندگان در روزهای اخیر تجربه کرده‌اند. نسخه اولیه فهرست ۹۰ نشانه‌ای، یعنی SCL-90-R با استفاده از ماده‌های اصلی فهرست نشانه‌های هابکینز^۳ و اضافه کردن ماده‌های جدید به این مقیاس، همچنین ایجاد تغییراتی در شیوه درجه‌بندی و روش اجرا را درآگوتیس، لیپمن و کاوی^۴ (۱۹۷۳) ساختند. براساس تجارب بالینی و نتایج تحلیلی روان‌سنجی که روی SCL-90-R انجام گردید، اصلاحاتی در آن اعمال و SCL-90-RR نامیده شد (نجاریان و ایروانی، ۱۳۸۰). نحوه اجرای این پرسشنامه به صورت خود گزارشی است. بدین معنا که آزمودنی خود سؤالات را مطالعه و سپس یکی از پنج شاخص را انتخاب می‌کند. هر کدام از گزینه‌ها به ترتیب دارای صفر، یک، دو، سه و چهار نمره است. این آزمون ۹ بعد مختلف جسمانی‌سازی، وسواس، اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را مورد سنجش قرار می‌دهد (نجاریان و ایروانی، ۱۳۸۰).

همچنین در این پرسشنامه ۷ سؤال اضافی وجود دارد که در هیچ‌یک از این ابعاد نگاهانه دسته‌بندی نشده است و از نظر بالینی اهمیت دارد و به ارزیابی شاخص کلی آزمون کمک می‌کند (فولادوند، ۱۳۸۶).

سؤال‌های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی را از نمره صفر (هیچ)، یک (کمی)، دو (تا حدی)، سه (زیاد) و چهار (به شدت) می‌سنجد. نمره‌گذاری شامل عملیات ساده ریاضی یعنی جمع زدن و تقسیم تا دو رقم اعشاری است.

ارتباط دارد. با این حال، تغییر در بهزیستی روان‌شناختی ممکن است با شایستگی ادراک شده، بهترین پیش‌بین باشد. در جمع‌بندی پایانی از نظریات و پژوهش‌هایی که اشاره شد می‌توان گفت: تاکنون پژوهشی درباره تأثیر آموزش گروهی بهزیستی روان‌شناختی براساس با مدل ریف، بر شاخص‌های سلامت روان دانشجویان در ایران و خارج از ایران انجام نشده است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان) انجام گرفت تا از این طریق تأثیر احتمالی این شیوه آموزشی در افزایش سلامت روان و ابعاد آن بارز و مستند شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل در این پژوهش آموزش بهزیستی روان‌شناختی و متغیر وابسته شاخص‌های سلامت روان در ابعاد (جسمانی کردن، وسواس و اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانوئید، روان‌پریشی، ضریب کلی علایم مرضی، ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی) در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش همه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) در پاییز ۱۳۹۱ بودند که در یک فراخوان در خوابگاه دانشگاه از افراد داوطلب شرکت در پژوهش ثبت‌نام به عمل آمد و سپس از میان آنها ۴۰ نفر با توجه به ملاک مؤنث بودن انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها از دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه، در هر گروه ۵ نفر دارای امتیازات غیرمعمول بودند که براساس توصیه‌های موجود (کرلینجر و پدهاوزر^۱، ۱۳۶۶) چنین داده‌هایی می‌توانند نتایج را تغییر دهند و لازم است از تحلیل‌ها کنار برونند، بنابراین برای تحلیل‌های نهایی فقط دو گروه ۱۵ نفری مورد تحلیل قرار گرفتند.

پس از انتخاب نمونه‌های مورد نظر و قرار دادن آنها در دو گروه گواه و آزمایش، پیش‌آزمون شامل (پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R) بر روی دو گروه اجرا شد. پس از آن متغیر مستقل (آموزش بهزیستی روان‌شناختی) در مورد گروه آزمایش اعمال شد و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. گروه

1. Kerlinger & Pedhazur

3. Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

2. Symptom Checklist-90-Revised

4. Derogatis, Lipman & Covi

جلسه هفتم: آموزش استقلال و خودمختاری (آموزش مهارت اعتماد کردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرأت‌ورزی، آموزش مهارت نه گفتن و تقویت این مهارت‌ها در آزمودنی‌ها)

جلسه هشتم: آموزش و معرفی مفهوم رشد شخصی و اینکه یادگیری تجارب جدید، رشد شخصی را افزایش می‌دهد.

جلسه نهم: آموزش تسلط بر محیط (چگونگی مدیریت بر زندگی خویش و مدیریت بر شرایط و محیط و توضیح فواید مدیریت بر زمان و نحوه برنامه‌ریزی صحیح)

جلسه دهم: آموزش هدفمندی در زندگی (توانایی پیدا کردن معنا و هدف و جهت‌گیری در زندگی، توضیح فواید هدفمندی و تنظیم اهداف و اولویت‌بندی آنها) داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بررسی شد، در این تحلیل ۱۲ خرده‌مقیاس سلامت روان به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. دو پیش‌فرض عادی بودن توزیع نمرات و تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در تحلیل‌های انجام گرفته مد نظر قرار گرفته‌اند. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرونف پیش‌فرض عادی بودن توزیع نمرات را در سطح بالاتر از ۵ درصد برای همه متغیرها (بجز افکار پارانوئیدی، ضریب کلی علایم مرضی در پیش‌آزمون و افکار پارانوئیدی از نظر بهنجار بودن در پس‌آزمون، پرخاشگری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و روان‌پریشی در پیش‌آزمون از نظر برابری واریانس‌ها) و آزمون لوین پیش‌فرض تساوی واریانس نمرات گروه‌ها را در سطح بالاتر از ۵ درصد برای همه متغیرها تأیید کرد، براساس منابع موجود (گلاس و استنلی، ۱۹۷۰). آزمون‌های پارامتریک در برابر نقض نسبی پیش‌فرض‌هایی نظیر بهنجار بودن توزیع متغیرها و برابری واریانس‌های خطا به‌طور نسبی استحکام دارند.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سلامت روان و ابعاد آن در گروه‌های پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌صورت تعدیل شده (پس از کنترل تأثیرات پیش‌آزمون) ارائه شده است. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شده بر پس‌آزمون سلامت روان و ابعاد آن بعد از بررسی پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

برای نمره‌گذاری ابعاد نه‌گانه نمره به‌دست آمده از هر بعد را محاسبه و بر تعداد سؤال‌های آن بخش تقسیم می‌کنیم. کل آزمون شامل سه شاخص قابل محاسبه و ۹ بعد از علایم اختلالات روانی و ۷ سؤال اضافی است. دراگوتیس، ریکلز و راج^۱ (۱۹۷۶) اعتبار درونی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و کودرریچاردسون بررسی کردند و بیشترین ضریب را برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن را برای روان‌پریشی ۰/۷۷ گزارش کردند. البته در برخی از پژوهش‌ها بیشترین همبستگی درونی برای افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن برای ترس مرضی ۰/۳۶ گزارش شده است (میرزابابایی، ۱۳۸۲). فولادوند (۱۳۸۶) پایایی پرسشنامه را بر پایه روش‌های تنصیف ۰/۹۱، گاتمن ۰/۹۱ و روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه کرده است. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه بدین شرح است: آیا از هفته گذشته تا به امروز سردردهایی داشته‌اید؟

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: خلاصه‌ای از سرفصل جلسه‌های مربوط به آموزش بهزیستی روان‌شناختی مبتنی بر مدل ریف که در این پژوهش به ترتیب شامل موارد ذیل بود:

جلسه اول: آموزش و معرفی بهزیستی روان‌شناختی و اینکه چرا بهزیستی روانی متولد شد؟ و نظرسنجی از دانشجویان که چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی روانی می‌شود.

جلسه دوم: آموزش پذیرش خود (اینکه چگونه خود را با ویژگی‌های مثبت و منفی خویش بپذیریم و چگونه بتوانیم آنچه هستیم را بپذیریم و با گذشته خویش و اشتباه‌هایمان کنار بیاییم و خودمان را دوست بداریم).

جلسه سوم: بخش دوم بحث جلسه قبل: آموزش خودشناسی (چگونه خود را بشناسیم و نگرش صحیح نسبت به خود پیدا کنیم و با ویژگی‌های شخصیتی خود آشنا شویم).

جلسه چهارم: آموزش ارتباط مثبت با دیگران (معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط مؤثر).

جلسه پنجم: بخش دوم بحث جلسه قبل: آموزش خوش‌بینی و تفکر مثبت و اینکه خوش‌بینی و تفکر مثبت در ایجاد ارتباط مثبت با دیگران نقش دارد.

جلسه ششم: بخش سوم مربوط به بحث جلسه چهارم: آموزش اینکه هوش هیجانی چیست؟ چگونه هوش هیجانی خود را افزایش دهیم؟ و چرا افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند در برقراری رابطه با دیگران موفق‌ترند؟

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سلامت روان و ابعاد آن در گروههای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

ردیف	سلامت روان و ابعاد آن	آزمون		گروه آزمایش		گروه گواه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	SD	M	SD	M
۱	شکایت جسمانی	پیش‌آزمون	۱/۲۲	۰/۸۷	۰/۹۷	۰/۶۹	
		پس‌آزمون	۰/۵۴	۰/۴۳	۱/۴۹	۰/۸۴	
۲	وسواس و اجبار	پیش‌آزمون	۱/۳	۱	۱/۰۲	۰/۹۶	
		پس‌آزمون	۰/۶۷	۰/۵۵	۱/۴۸	۱/۰۸	
۳	حساسیت	پیش‌آزمون	۱/۴۶	۰/۹۱	۱/۳۵	۰/۹۲	
		پس‌آزمون	۰/۹۹	۰/۸۴	۱/۷۳	۰/۹۵	
۴	افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۳۳	۰/۹۲	۱/۱۴	۰/۸۱	
		پس‌آزمون	۰/۸۳	۰/۶۱	۱/۷۵	۰/۹۳	
۵	اضطراب	پیش‌آزمون	۱/۴۸	۰/۹۶	۱/۳۲	۰/۶۷	
		پس‌آزمون	۰/۹۵	۰/۵۱	۱/۷	۰/۹۸	
۶	پر خاشگری	پیش‌آزمون	۱/۴	۰/۵۸	۱/۱۵	۰/۸۶	
		پس‌آزمون	۱	۰/۴۶	۱/۶۹	۰/۷۹	
۷	ترس مرضی	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۰/۶۵	۰/۸	۰/۶۲	
		پس‌آزمون	۰/۶۲	۰/۵۷	۱/۲۴	۰/۶۳	
۸	افکار پارانوئیدی	پیش‌آزمون	۴/۲۸	۱۴/۵۵	۱/۱	۰/۸۱	
		پس‌آزمون	۰/۵۸	۰/۶۱	۱/۱۶	۰/۹۱	
۹	روانپریشی	پیش‌آزمون	۱/۰۵	۰/۹۱	۰/۶۹	۰/۵۲	
		پس‌آزمون	۰/۸۱	۰/۸۴	۱/۳۲	۰/۸۹	
۱۰	ضریب کلی علائم مرضی	پیش‌آزمون	۱/۵	۰/۸۶	۱/۰۸	۰/۷	
		پس‌آزمون	۰/۷۸	۰/۵	۱/۵	۰/۷۶	
۱۱	ضریب ناراحتی	پیش‌آزمون	۵۵/۵۵	۲۲/۹۵	۴۹/۳	۲۰/۶۳	
		پس‌آزمون	۴۰/۷۳	۱۹/۲۷	۵۲/۰۶	۱۹/۵۳	
۱۲	جمع علائم مرضی	پیش‌آزمون	۲/۰۵	۰/۶۲	۱/۸۳	۰/۵۱	
		پس‌آزمون	۱/۶۶	۰/۵	۲/۱۱	۰/۵۷	

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر پس‌آزمون سلامت روان و ابعاد آن پس از بررسی پیش‌آزمون

ردیف	سلامت روان و ابعاد آن	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
۱	شکایت جسمانی	۴/۳	۱	۴/۳	۶۵/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
۲	وسواس و اجبار	۲/۶۶	۱	۲/۶۶	۱۰/۳	۰/۰۳	۰/۷۲	۰/۶۷
۳	حساسیت	۳/۹۱	۱	۳/۹۱	۳۶/۹۱	۰/۰۰۴	۰/۹	۰/۹۹
۴	افسردگی	۱/۸۴	۱	۱/۸۴	۶/۳	۰/۰۷		
۵	اضطراب	۳/۱۵	۱	۳/۱۵	۲۲/۴۵	۰/۰۰۹	۰/۸۵	۰/۹۳
۶	پر خاشگری	۲/۹۹	۱	۲/۹۹	۲۹/۰۹	۰/۰۰۶	۰/۸۸	۰/۹۳
۷	ترس مرضی	۲/۵۶	۱	۲/۵۶	۱۱۴/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱
۸	افکار پارانوئیدی	۴/۱۳	۱	۴/۱۳	۹/۳	۰/۰۴	۰/۷	۰/۶۳
۹	روانپریشی	۵/۸۵	۱	۵/۸۵	۳۵/۹۲	۰/۰۰۴	۰/۹	۰/۹۹
۱۰	ضریب کلی علائم مرضی	۳/۳۷	۱	۳/۳۷	۱۵۱/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۰/۷۲
۱۱	ضریب ناراحتی	۲۱۲۱/۲۲	۱	۲۱۲۱/۲۲	۱۷/۲	۰/۰۱	۰/۸۱	۰/۸۷
۱۲	جمع علائم مرضی	۱/۲۲	۱	۱/۲۲	۲۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۸۳	۰/۹۱

برابر با ۰/۸۸ و به این معنی است که ۸۸ درصد تفاوت گروهها در پرخاشگری مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای پرخاشگری برابر با ۰/۹۳ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۹۳ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید نموده است.

ردیف ۷ جدول بیان می‌کند که در ترس مرضی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=114/79$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۹۷ و به این معنی است که ۹۷ درصد تفاوت گروهها در ترس مرضی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای ترس مرضی برابر با ۱ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۱۰۰ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

چنانکه در جدول ۲ ردیف ۸ مشاهده می‌شود، در افکار پارانوئیدی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=9/3$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۷ و به این معنی است که ۷۰ درصد تفاوت گروهها در افکار پارانوئیدی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای افکار پارانوئیدی برابر با ۰/۶۳ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۶۳ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

ردیف ۹ جدول نشان می‌دهد که در روانپریشی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=35/92$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۹ و به این معنی است که ۹ درصد تفاوت گروهها در روانپریشی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای روانپریشی برابر با ۰/۹۹ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۹۹ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

چنانکه در جدول ۲ ردیف ۱۰ مشاهده می‌شود، در ضریب کلی علایم مرضی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=151/38$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۹۷ و به این معنی است که ۹۷ درصد تفاوت گروهها در ضریب کلی علایم مرضی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای ضریب کلی علایم مرضی برابر با ۰/۷۲ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۷۲ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

چنانکه در جدول ۲ ردیف ۱ مشاهده می‌شود، در شکایات جسمانی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=65/54$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۹۴ و به این معنی است که ۹۴ درصد تفاوت گروهها در شکایات جسمانی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای شکایات جسمانی برابر با ۱ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۱۰۰ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید نموده است.

در ردیف ۲ جدول ۲ مشاهده می‌شود که در وسواس و اجبار دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=10/3$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۷۲ و به این معنی است که ۷۲ درصد تفاوت گروهها در وسواس و اجبار مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای وسواس و اجبار برابر با ۰/۶۷ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۶۷ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید نموده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ردیف ۳ مشاهده می‌شود، در شاخص حساسیت دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=36/91$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۹ و به این معنی است که ۹۰ درصد تفاوت گروهها در حساسیت مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای حساسیت برابر با ۰/۹۹ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با ۹۹ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

چنانکه در ردیف ۴ جدول ۲ مشاهده می‌شود، در افسردگی بین دو گروه تفاوت معناداری ($P>0/05$) وجود ندارد.

و نیز در همان جدول ردیف ۵ مشاهده می‌شود که در اضطراب دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=22/45$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۸۵ و به این معنی است که ۸۵ درصد تفاوت گروهها در اضطراب مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای اضطراب برابر با ۰/۹۳ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۹۳ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

چنانکه در جدول ۲ ردیف ۶ مشاهده می‌شود، در پرخاشگری دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=29/01$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا

تاب‌آوری در افزایش بهزیستی و سلامت روان دانشجویان نقش دارد. رئیسی و همکاران (۱۳۹۱)، نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش سلامت روان و معرفی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داده‌اند مهارت‌های تفکر انتقادی بر افزایش سلامت روانی تأثیر دارد. از پژوهش‌های خارجی که می‌توان در همسویی یافته‌های آنها با پژوهش حاضر سخن گفت، پژوهش همدان - منصور و همکاران (۲۰۰۷)، چو و همکاران (۲۰۱۱)، والینت و همکاران (۲۰۱۲)، اسماعیلی و همکاران (۲۰۱۲)، موکولو و همکاران (۲۰۱۲) و شهسواری (۲۰۱۲) است. نکته قابل توجه اینکه اغلب پژوهش‌های خارجی مورد اشاره در قالب پژوهش‌های غیرآزمایشی (اغلب همبستگی) به مرحله اجرا در آمده‌اند، در حالی که پژوهش حاضر در قالب یک پژوهش آزمایشی به مرحله اجرا در آمده است.

در مجموع یافته‌های حاصل از این پژوهش در درجه اول به‌خوبی این ایده و نظر ولس (۲۰۱۰) را تأیید می‌کند، که اظهار داشته بهزیستی روان‌شناختی همان سلامت روان است، فردی که سالم است قادر به مقابله و تنظیم فشارهای مکرر زندگی روزمره در یک راه قابل قبول است. بر همین اساس می‌توان گفت که آموزش بهزیستی روان‌شناختی به افراد راه و روش دستیابی به سلامت روان را از طریق کاهش شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روانپریشی، ضریب کلی علایم مرضی، ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی فراهم می‌آورد. چنین دستاوردی برای آموزش بهزیستی روان‌شناختی دور از انتظار نبود، چرا که محتوا و مضمون آموزش‌های این رویکرد عموماً سلامت روان محور محسوب می‌شوند. در واقع بر پایه نتایج حاصل از این پژوهش اکنون با قاطعیت بیشتری می‌توان گفت که بهزیستی روان‌شناختی در اساس معطوف به سلامتی در قالب سطح پایینی از علایم مشکل‌آفرین در عرصه شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی است.

برای پی بردن به سازوکار تأثیرگذاری آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان، نگاهی به محورهای آموزشی در این رویکرد تا اندازه‌ای آگاهی‌بخش خواهد بود. مهمترین محورهای آموزشی در حوزه آموزش بهزیستی روان‌شناختی در این پژوهش بر پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تأکید بر مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی، تأکید بر هدفمندی در زندگی، تسلط‌یابی محیطی و استقلال‌جویی متمرکز بوده است. این محورها برگرفته از متون معتبر در حوزه بهزیستی روان‌شناختی به‌شمار می‌آیند، که هر یک در مطالعات مختلف

در ردیف ۱۱ جدول ۲ مشاهده می‌شود که ضریب ناراحتی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=17/2$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با $0/81$ و به این معنی است که ۸۱ درصد تفاوت گروهها در ضریب ناراحتی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای ضریب ناراحتی برابر با $0/87$ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۸۷ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

در آخرین ردیف جدول ۲ مشاهده می‌شود که در جمع علایم مرضی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($F=20/29$ و $P<0/01$) با یکدیگر دارند. مجذور سهمی اتا برابر با $0/83$ و به این معنی است که ۸۳ درصد تفاوت گروهها در جمع علایم مرضی مربوط به آموزش بهزیستی روانی بوده است. توان آزمون نیز برای جمع علایم مرضی برابر با $0/91$ و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۹۱ درصد توان تفاوت‌های بین گروهها را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر) تأیید کرده است.

بحث

این پژوهش که با هدف تعیین تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر بهبود سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) انجام شد، نشان داد که آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر بهبود همه ابعاد سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روانپریشی، ضریب کلی علایم مرضی، ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی) بجز افسردگی دانشجویان گروه آزمایش نسبت به دانشجویان گروه گواه نقش داشته است و در نهایت نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش بهزیستی روان‌شناختی در بهبود سلامت روان دانشجویان تأثیر داشته است. همان‌طور که در مقدمه همین مقاله اشاره شد، پژوهش‌های انجام شده در ایران و خارج از ایران هر چند با موضوع تأثیر بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان به مرحله اجرا در نیامده‌اند با وجود این محتوا و جهت‌گیری‌های آموزشی مورد استفاده در آنها در برخی موارد همپوشی‌هایی با آموزش بهزیستی روان‌شناختی که برای اولین بار در این پژوهش استفاده شده است، دارند. از این نظر امکان بیان همسویی و ناهمسویی این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر وجود دارد. نتایج تحقیق بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۰)، نشان‌دهنده این است که امیدواری و

نشان داده شده، عنصری فعال در شکل‌دهی احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد هستند (ریف و سینگر، ۲۰۰۸؛ شکری و همکاران، ۱۳۸۷).

تأکیدات آموزشی در حوزه پذیرش خود (آگاهی و پذیرش نقاط قوت و ضعف خود همراه با نگرش مثبت به خود، شناخت و پذیرش ابعاد چندگانه وجود خود و همچنین نگرش مثبت نسبت به گذشته خود)، روابط مثبت با دیگران (توانایی برقراری روابط گرم، رضایت‌بخش و قابل اعتماد با دیگران، حساسیت نسبت به رفاه دیگران، توانایی همدلی بالا و صمیمیت میان‌فردی)، مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی (احساس رشد مداوم، پذیرش تجارب جدید، تأکید بر تغییر مبتنی بر تجربه، تعلق دوباره خود و اثربخشی شخص)، هدفمندی در زندگی (احساس هدفمندی و جهت‌یابی در زندگی و تجربه معنا و مفهوم در زندگی گذشته و حال)، سلطه‌جویی (احساس استقلال و خودکفایی در مدیریت محیط اطراف خود، تسلط بر مجموعه پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به‌وجود آمده) و استقلال‌جویی (تجربه خودکفایی، توانایی رویارویی با فشارهای اجتماعی و عمل براساس راه‌حل‌های فردی و ارزیابی خود از طریق معیارهای شخصی) همه و همه ماهیتی تعدیل‌کننده برای پریشانی‌ها و ناراحتی‌های روانی در افراد دارند (ریف و سینگر، ۲۰۰۸؛ شکری و همکاران، ۱۳۸۷). بدون تردید فردی که دارای پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی، هدفمندی در زندگی، تسلط‌یابی محیطی و استقلال‌جویی است، نیرو و انرژی مثبت روان‌شناختی قابل توجهی در درون خود دارد که با افکار، عواطف و هیجانات و شناخت‌های منفی اضطراب‌آور، افسرده‌کننده و سوءظن و بدگمانی‌ها، حساسیت‌های نگران‌کننده و برگردان شدن این مشکلات روانی در قالب شکایات جسمانی مقابله‌ای مؤثر و کارآمد را خواهد داشت. چنین مقابله مؤثری بدون تردید سطح سلامت روان فرد را بالا خواهد برد.

اما نکته بعدی در تبیین یافته به این واقعیت باز می‌گردد که بهزیستی روان‌شناختی با طیفی از سازه‌های دیگر نظیر رضایت از زندگی، شادمانی، سازگاری، عزت نفس، عاطفه مثبت، احساسات و بهزیستی اخلاقی و ذهنی ارتباطی تنگاتنگ دارد (ریف، ۱۹۸۹؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۱۲). چنین ارتباطاتی بدون تردید سازوکارهای واسطه‌ای درگیر در اثربخشی آموزش بهزیستی روان‌شناختی را به‌طور مطلوبی نشان می‌دهد. از این منظر می‌توان گفت که آموزش بهزیستی روان‌شناختی پیش از ارتقای سلامت روان در افراد، بستر را برای تقویت رضایت از

زندگی، عزت نفس و بهزیستی اخلاقی و ذهنی فراهم می‌سازد که این عوامل به سلامت روان بالاتر منجر می‌شود. چنین تفسیری در سطح شناختی و روانی بدون تردید موجب تضعیف شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی می‌گردد. به معنای دیگر یک انسان با عزت نفس تقویت شده و رضایت از زندگی و شرایط خوب نمی‌تواند عملاً احساس پریشانی و ناراحتی روانی بکند. بنابراین به نظر می‌رسد که بسترهای پژوهشی آینده لازم است به مستندسازی نقش‌های واسطه‌ای رضایت از زندگی، شادمانی، سازگاری، عزت نفس، عاطفه مثبت، احساسات و بهزیستی اخلاقی و ذهنی در تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان پردازند. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که آموزش بهزیستی روان‌شناختی در قالب برنامه‌های آموزشی تهیه شده در این پژوهش، در پژوهش‌هایی نظیر تأثیر بر سازه‌هایی همچون خوش‌بینی، امیدواری، خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین آموزش بهزیستی روان‌شناختی در مطالعات بعدی با استفاده از گروه‌های بالینی و مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی در میان زنان و مردان دارای افسردگی، اضطراب، افکار وسواسی و مواردی از این دست به مرحله اجرا درآید تا به‌طور اختصاصی مشخص گردد که در جمعیت‌های بالینی میزان تأثیر این روش آموزشی - درمانی چه میزان است. و در آخر توصیه می‌شود که در پژوهش‌های بعدی متغیرهای معطوف به نحوه اثربخشی آموزش بهزیستی روان‌شناختی نظیر خودکارآمدی و توانمندی ادراک شده نیز در کنار متغیر سلامت روان قرار گیرد تا قطعیت سازوکارهای اثربخشی آموزش بهزیستی روان‌شناختی مستند به شواهد علمی گردد. در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه به دلیل شرایط اجرای پژوهش، نمونه انتخابی اولیه برای گمارش در گروه‌های آزمایش (آموزش بهزیستی روان‌شناختی) و گزینش به صورت در دسترس انجام گردید، لذا پژوهش از زمره پژوهش‌های شبه‌آزمایشی در نظر گرفته شده است. محدودیت دیگر در پژوهش حاضر به این واقعیت باز می‌گردد که گروه نمونه پژوهش حاضر را جمعیتی غیربالینی (دانشجویان) تشکیل داده‌اند، لذا در تعمیم نتایج به جمعیت‌های بالینی تا انجام پژوهش با این گروه‌ها باید احتیاط شود و همچنین می‌توان به مؤنث بودن نمونه پژوهشی به‌عنوان محدودیتی دیگر اشاره کرد.

منابع

- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M. and Poon, L.W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults, *Journal of Aging Research*, 2011, Article ID 605041, 8pages.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., Roch, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 129, 280-289.
- Esmaili, M., Kalantari, M., Askari, K., Moulavi, H., Mahdavi, S. (2012). The comparison of the efficacy of social skills group training, stress inoculation training on psychological well-being of post traumatic stress disorder (PTSD) veteran's son, *Tebe-e-Janbaz*, 3(10), 1-11.
- Garcia, D., Archer, T., Moradi, S., Andersson, A. (2012). Exercise Frequency, High Activation Positive Affect, and Psychological Well-Being: Beyond Age, Gender, and Occupation, Göteborgs Universitet, *Psychology*, 3(4), 328-336.
- Glass, G.V. & Stanley, J.C. (1970). *Statistical Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.*
- Hamdan-Mansour, A.M., Marmash, L.R. (2007). Psychological well-being and general health of Jordanian University students, *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service*, 45(10), 31-9.
- Hauser, R.M., Springer, K.W., Pudrovska, T. (2005). Temporal structures of psychological well-being continuing change. Presented at the 2005, *Meetings of the Gerontological Society of America* Orlando, Florida.
- Healy, L.M., Link, R.J. (2012). *Hand book of international social work, Human Rights, Development and The Global Profession*, Oxford University Press, Inc.
- Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Lindfors, P., Berntsson, B, & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's Psychological Well Being Scales in Swedish female and male whitecollar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 121-122.
- Mukolo, A., Wallston, K. (2012). The Relationship Between Positive Psychological Attributes and Psychological Well-Being in Persons with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2374-2381.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- بهادری خسروشاهی ج، هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله اندیشه و رفتار*، ۶(۲۲)، ۴۱-۵۰.
- جعفری ا، صدری ج، فتحی‌مقدم، ق. (۱۳۸۶). رابطه بین کارایی خانواده، دینداری و سلامت روان و مقایسه آن در بین دانشجویان دختر و پسر. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۶(۲۲)، ۱۰۷-۱۱۵.
- رئیس، ر، گنجی، ف، شاه‌مرادی، ر، مردان‌پور شهرکردی، ا، شمیم، آ، نکویی، ا، فانیان، ن، نیک‌فرجام، م. (۱۳۹۱). تأثیر جلسات مشاوره حضوری آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان فرزندان خانواده‌های طلاق. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۴(۴)، ۳۰-۳۷.
- شکری، ا، کدیور، پ، فرزاد، و، دانش‌ورپور، ز، دستجردی، ر، پاییزی، م. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی نسخه‌های فارسی ۳، ۹ و ۱۴ سؤالی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسان بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۱۵۶-۱۵۲.
- فولادوند، خ. (۱۳۸۶). بررسی رابطه جوّ سازمانی با سلامت روانی کارکنان بیمارستان دولتی شهرستان ایلام. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۱(۱)، ۲۸-۳۶.
- کرلینجر، ف، و پدهاوزر، ج. (۱۳۶۶). رگرسیون چندمتغیری در پژوهش رفتاری. ترجمه حسن سرائی، چاپ سوم، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- کهرزائی، ف، خضری‌مقدم، ا، رفیعی‌پور، ا. (۱۳۸۴). بررسی بهداشت روانی دانشجویان دارای افت تحصیلی و مقایسه آن با دانشجویان عادی دانشگاه سیستان و بلوچستان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان*، ۲(۲)، ۷۶-۷۵.
- گنجی، ح. (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*. چاپ اول، تهران: ارسباران.
- گنجی، ح. (۱۳۸۲). *آزمون‌های روانی*. چاپ سوم، تهران: نشر ساوالان.
- معروفی، ی، یوسف‌زاده، م. (۱۳۹۱). رابطه بین مهارت‌های تفکر انتقادی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره پیش‌دانشگاهی شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۹(۱)، ۵۳-۶۱.
- میرزابابائی، ج. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر آموزش گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر سلامت روانی دانش‌آموزان پسر شبانه‌روزی دوره متوسطه شهرستان یزد. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- میلائی‌فر، ب. (۱۳۷۴). *بهداشت روانی*. چاپ سوم، تهران: انتشارات قومس.
- نجاریان، ب، ایروانی، م. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL25 (فرم کوتاه شده SCL-90-R). *مجله روان‌شناسی*، ۲، ۱۳۶-۱۴۱.

- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychology well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 19, 1-28.
- Ryff, C.D., Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic Approach to Psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Segerstrom, S., & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: A metaanalytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 610-630.
- Shahsavari, M. (2012). Investigate the Relationship between Self-Esteem and Mental Health with Psychological Well-Being in Parents' Normal and Borderline Students 12-7 Years Old, Nationalpark-Forschung In Der Schweiz (Switzerland Research *Park Journal*), 101(10).
- Valiente, C., Prados, J.M., Gómez, D., & Fuentenebro, F. (2012). Metacognitive beliefs and psychological well-being in paranoia and depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(6), 527-543.
- Wells, I.E. (2010). *Psychological well-being, Psychology Of Emotions, Motivations And Actions*, Inc. New York: Nova Science Publishers.
- Wilson, W. (1967). Correlates of a vowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report, Mental Health, New Understanding, New Hope*, Geneva, WHO.