* 1. **سلامت روان**
		1. **مفهوم سلامت روان**

ریشه‌ی لغوی واژه انگلیسی‌ «health»، در واژه‌های، «haelp»، haelth»» (به معنای کـل) و «haelen» و(heal) انـگلیسی قدیم، و کلمه‌ی‌ آلمانی قدیم «heilida» و«heilen» (به معنای کل) است. گراهام[[1]](#footnote-1)‌ (1992) این ریشه‌های لغوی را با کلمات انگلیسی‌ «halig» و آلمانی قدیم«heilig»، به‌ معنای مقدس، ارتباط داده است؛ بنابراین، از نظر ریشه‌ی‌ لغوی، سالم‌ بودن‌ به معنای‌ «کلیت داشتن یا مقدس‌ بودن» است‌ و بدین‌ترتیب، ویژگی‌های‌ معنوی و فـیزیکی‌ (و نـه فقط فیزیکی) را شامل می‌شود (لطافتی بریس، 1389).

مفهوم سـلامت روانـى، در واقع جنبه‌اى از مفهوم كلى سلامت است. سازمان بهداشت جهانى سلامت را چنين تعريف‌ مى‌كند‌: حالت‌ سلامتى كامل جسمى، روانى، اجتماعى، معنوى و نه فقط‌ فقدان‌ بيمارى يا ناتوانى، كه در آن فرد به توانايى‌هاى خودش پى مـى‌برد، مـى‌تواند بـا استرس‌هاى معمول زندگى كنار آيد‌، بـه‌ صـورت‌ ثـمربخش و مولد كار كند و قادر به كمك به جامعه باشد ‌(برى[[2]](#footnote-2)و جنكينس[[3]](#footnote-3)،2007).

کارشناسان سازمان بهداشت جهای سلامت فکر و وران را این طور تعریف می کنند: «سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب» (میلانی فر، 1389).

مفهوم سلامت همچنین دربر گیرنده مفاهیمی همچون احساس خوب بودن و اطمینان‌ از‌ خودکارآمدی، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و غیره است و فـقدان بـیماری و عـلایم‌ را‌ نیز شامل می‌شود. سلامت روانی به عنوان یکی از ارکان سـلامتی، لازمه یـک زندگی مفید، موثر و رضایت‌بخش‌ فردی‌ است و مسئولیت سنجش، ارزیابی، کنترل، درمان و بهبود بخشیدن آن قبل از هرکس بر عهده متخصصان علوم‌ رفتاری‌ و اجتماعی می‌باشد (پاکیزه، 1387).

لوینسون[[4]](#footnote-4) و همکارانش در سال 1962 سلامتی روان را این طور تعریف کرده اند: «سلامتی روان عبارت است از این که فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان دارد و مخصوصا با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش حائز اهمیت است» (میلانی فر، 1389).

تودور (1996؛ ترجمه خواجوی، 1382)، سلامت روان را به شرح زیر تعریف می کند:

1. سلامت روان شامل توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره وری و بدون وجود دردسر است.
2. سلامت روان مفهوم انتزاعی وارزیابی نسبی گراست از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش هایش. و نمی توان آن را جدای از سایر پدیدهای چند عاملی فهمید که فرد را به موازاتی که در جامعه به عمل می پردازد، می سازد.
3. سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیا است، انسان هایی که موثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی، رفتار ملاحظه گرانه و گرایش شاد را حفظ می کنند.
4. سلامت روان عنوان و برچسبی است که دیدگاه ها و موضوعات مختلف مانند: عدم وجود علایم ناتوان کننده، یکپارچگی کارکرد روان شناختی، سلوکی موثر در زندگی شخصی و اجتماعی، احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آنرا در بر می گیرد.
5. برای ارائه یک تئوری در مورد سلامت روان، موفقیت برون روانی کافی نیست، باید سلامت درون روانی را به حساب بیاوریم.
6. سلامت روان، ظرفیت رشد و نمو شخصی است.
7. سلامت روان، یک موضوع مربوط به پختگی است.
8. سلامت روان، یعنی هماهنگی بین ارزشها، علاقه ها، و نگرش ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه، برنامه ریزی واقع بینانعه برای زندگی، و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است.
9. سلامت روان، در قیاس با سلامت جسم نیست، بلکه به دیدگاه و سطح روان شناختی ارتباطات فرد-محیط اشاره دارد. بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است، زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی، به وسیله روان انجام می شود.
10. سلامت روان ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه ای است که ما را قادر می سازد، نوعی وحدت بین ما و دیگران بوجود آورد.
11. سلامت روان، توانایی عشق ورزیدن و خلق کردن است، نوعی حس هویت بر تجربه خود به عنوان موضوع و عامل قدرت فرد، که همراه است با درک واقعیت درون و بیرون از خود و رشد واقع بینی و استدلال.

پس از روش شدن مفهوم سلامت روان این ضرورت دیده می شود تا به اختصار مروری به نظریات گوناگون با گرایش ها و زمینه های متفاوت در مورد طبیعت انسان داشته باشیم و با تصورات گوناگون نظریه پردازان از مفهوم سلامت روان و ماهیت انسان بیشتر آشنا شویم.

در تعریف سلامت روان چهار دیدگاه از یکدیگر تفکیک می شوند(پشتکار، 1388):

**الف)** **سلامت روانی به معنای رفتار بهنجار:** در این دیدگاه گفته می شود رفتارهایی که اکثریت مردم از خود نشان می دهند، رفتار های سالم به شمار می آیند و رفتار کسانی که از رفتارهای عمومی جامعه فاصله زیادی می گیرند، به عنوان رفتارهای مرضی به شمار آمده و صاحبان آنها بیمار روانی جامعه نامیده می شوند.

**ب) سلامت روانی به معنای الگوی ایدال:** در این دیدگاه سالم کسی است که از یک سلسله معیارهای مشخصی برای سلامت روانی تبعیت کند این معیارها غالبا به وسیله روان شناسان و رواپزشکان مشخص می شود.

**ج)** **سلامت روانی به معنای یک فرآیند:** در این دیدگاه، سلامت روانی یک پدیده واحد نیست که بتوانیم از آن در تمام مراحل زندگی استفاده کنیم. به عبارت دیگر در هر مرحله از زندگی انسان اعم از کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی سلامت روانی معنایی متفاوت پیدا می کند. به این ترتیب بیماری روانی یک معنای تحولی خواهد داشت، یعنی آنچه را در یک بزرگسال بیماری به شمار می آوریم ممکن است در یک نوجوان سلامتی کامل بدانیم یا بر عکس(پشتکار، 1388).

**د) سلامت روانی به معنای فقدان بیماری**: در این دیدگاه این سلامتی روانی نیست که تعریف و مشخص می شود. به عبارت دیگر به جای این که بگوئیم سلامت روانی چیست؟ می گوییم بیماری چیست؟ و وقتی کسی بیمار نباشد یعنی سالم است (پشتکار، 1388).

* + 1. **دیدگاههای سلامت روانی**
			1. **دیدگاه فروید**

از دیدگاه مکتب روان کاوی، سلامت روانی به معنای سازگاری فرد با خود و با خواسته ها و فشارهای جامعه است (کیمیایی، خادمیان و فرهادی، 1390). در نظر فروید، انسان متعارف و سالم کـسی‌ است‌ کـه‌ مراحل رشد روانی-جنسی را با موفقیت گـذرانده بـاشد‌ و در‌ هیچ‌ یـک‌ از ایـن مـراحل، بیش از‌ حد‌ تثبیت نشده باشد. از نظر او، کم‌تر انـسانی مـتعارف به حساب‌ می‌آید و هر فرد به نحوی غیر متعارف‌ است. هسته‌ی‌ اصلی‌ حالت‌های‌ روان‌نژندی‌ یا نـوروتیک، اضطراب اسـت و اضطراب‌ مرحله‌ی اول نوروز‌ است. هدف‌ از‌ روان‌ درمانی‌ در‌ روان‌کاوی، ایجاد‌ سـلامت روانی‌ است. سلامت روانی دارای دو جنبه اسـت: یکی سـازگاری با محیط بیرونی، و دیگری‌ سازش بـا مـحیط درونی. در نظر فروید، تعامل و تعارض پویای سه ساخت«نهاد»، «من» و «فرامن» تعیین‌کننده‌ی رفتار است و فردی از نظر‌ روانی سالم اسـت کـه‌ بین سه سطح شخصیت وی تعادل برقرار باشد(شفیع آبادی و ناصری، 1389).

یکی از شـاهکارهای فـروید، که مـا را در شناخت رفتار انـسان و در نـتیجه شخصیت‌ او راهنمایی می‌کند مکانیسم های روانی یا دفاعی است. این مکانیسم ها که مکانیسم های سازشی نیز گفته می شوند؛ باعث سازگاری و تطبیق شخص در رویارویی با مشکلات محیطی و اجتماعی می شوند. همیشه برای ارضای تمایلات، امیال و غرایز جنسی بین «نهاد[[5]](#footnote-5) »، «من[[6]](#footnote-6)» و «ابرمن[[7]](#footnote-7)» درگیری و کشمکش وجود دارد و برای اینکه تعادل روانی و شخصیتی در اثر این درگیری محفوظ بماند «من» نقش میانجی داشته و از وسایلی استفاده می کند که از اضطراب که کیفیت نامطلوبی است و تقریبا سرمنشا تمام بیماری های روانی و واکنش های عصبی است نجات یابد. این وسایل عمان مکانیسم های دفاعی هستند و روی این اصل آنها را مکانیسم های دفاعی «من»[[8]](#footnote-8) نیز می گویند (میلانی فر، 1389).

* + - 1. **دیدگاه وجودی**

از نظر این دیدگاه، «دروغ گفتن» اساس آسیب روانی است. دروغ گفتن تنها راهی است که می توانیم از نیستی فرار کنیم، تا به این طریق اجازه ندهیم که اضطراب وجودی[[9]](#footnote-9) وارد تجربه ما شود. دروغ گفتن به اضطراب روان رنجور نیز منجر می شود. در صورتی که اضطراب روان رنجور به عمل کردن طبق اضطراب منجر شود، موجب آسیب روانی می شود (پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی ،1392).

درمانگران وجودگرا به تشخیص و طبقه بندی بیماری های روانی و آسیب شناسی و آزمایشگاه خودشان را محدود نمی سازند و دیدگاهشان را نسبت به درمان به عنوان رنج و ناراحتی ناشی از بیماری تعریف نمی کنند، بلکه آنها به مشکلات و ناراحتی روانی مراجعانشان به عنوان (مشکلی در زندگی) توجه دارند. درمانگران وجودگرا اشاره می کنند که ما اختلالات روان شناختی را یاد نمی گیریم، بلکه "در زندگی" به عنوان عامل اختلال روان شناختی محسوب می شود، به عنوان یک حقیقت بدیهی "وجود بشر" شامل حقایقی مثل تجارب اضطرابی و گناه، زندگی به سوی مرگ، قبول مسئولیت، معنی بخشیدن به زندگی نقش مهم دارد. ما باید همه راههایی که مانع از دادن "وجود" به جهان و اشیا می شود پیدا کنیم، زیرا آنها موجب محدودیت در ما می شود و حرکت در حالت ثابت و غیر جهت دار مانع از به دست آمدن امنیت در انسان می شود و موجب تنش در ما و مشکلاتمان می شود (دیورزین[[10]](#footnote-10) و آرنولدبک[[11]](#footnote-11)، 2005).

چون دروغ‌گویی‌ منبع آسیب‌ روانی است، راه‌حل از‌ بین‌ بردن نشانه‌های‌ بیماری نیز «صداقت» است. با توجه به‌ این که هدف روان‌درمانی اصالت است، افزایش‌دادن هشیاری یکی از فرایندهای‌ حیاتی است که افراد از طریق آن بـه‌ جنبه‌هایی از دنـیا و خودشان که دروغ‌گویی‌ آن را پنـهان کـرده است، پی‌ می‌برند. چون‌ دروغ‌گویی به نوعی به فعل‌پذیرکردن خود هم منجر می‌شود که طی آن، توانایی‌ تصمیم‌گیری‌ها یا انتخاب‌های دیگر، تجربه نمی‌شود. پس، درمان باید شامل‌ فرایندهایی باشد که فرد از طریق آن‌ها بتواند به صداقت برسد (پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی ،1392).

* + - 1. **کارل یونگ[[12]](#footnote-12)**

فرایندی که مـوجب یـکپارچگی شـخصیت انسان می‌شود فردیت یافتن[[13]](#footnote-13) یا تحقق خود اسـت. این‌ فرایند خـود شدن، فرایندی طبیعی‌ است. این‌ کیفیت در واقع، گرایشی چنان نیرومند است که‌ یونگ‌ آن‌ را‌ غریزه[[14]](#footnote-14)‌ می‌داند. در انـسان‌ فـردیت‌ یافته، هیچ یک از وجوه شخصیت‌ مسلط نـیست، نه هـشیار و نه نـاهشیار، نه یـک کـنش یا گرایش‌ خاص و نه‌ هیچ‌ یک‌ از سـنخهای کـهن[[15]](#footnote-15)، بلکه همهء آنها به توازنی‌ هماهنگ‌ رسیده‌اند(نجات و ایروانی، 1378؛ شولتز، شولتز، 2005؛ ترجمه سید محمدی، 1386).

اشخاص فردیت‌ یافته، باید‌ از‌ همه نیروهای سایه‌[[16]](#footnote-16) -چه ویرانگر و چـه سـازنده-آگاه شوند. باید وجه‌ تاریک طبیعت جوششهای حیوانی و ابـتدایی خود از قبیل میل‌ به ویـرانگری یـا خودخواهی را دریابند و بپذیرند. این‌ به مـعنای‌ تسلیم شـدن یا رفتن زیر سلطهء آنها نیست، بلکه صرفا پذیرش‌ وجود آنها است(نجات و ایروانی، 1378).

گام بعدی فرایند فردیت یـافتن، ضرورت سـازش با دوگانگی جنسی روانی است. مرد بـاید آنـیما[[17]](#footnote-17) (خـصائص زنانه) و زن آنیموس[[18]](#footnote-18) (خـصایص‌ مردانه اش) ‌ را بـیان کند. ویژگی دیگر، یکپارچگی خود[[19]](#footnote-19) اسـت. همه جـنبه‌های شخصیت یکپارچگی و هماهنگی می‌یابند به‌ گونه‌ای که همه آنها بتوانند بیان شوند. پذیرش ناشناخته و مرموز، ویژگی دیگر ایـن افـراد است (نجات و ایروانی، 1378؛ شولتز، شولتز، 2005؛ ترجمه سید محمدی، 1386).

اشخاص سالم‌ از‌ شخصیتی برخوردارند که یونگ آن را شـخصیت مـشترک خوانده اسـت. چون دیـگر هـیچ جنبه شخصیت به تنهایی حـاکم نیست، یکتایی فرد ناپدید می‌شود، دیگر چنین اشخاصی را نمی‌توان‌ متعلق‌ به یک سنخ رونی‌ خاص دانست (نجات و ایروانی، 1378؛ شولتز، شولتز، 2005؛ ترجمه سید محمدی، 1386).

* + - 1. **دیدگاه الیس و بک**

در این دیدگاه، روش درمان مبتنی‌ بر شناخت‌ است‌ و بر اهمیت نظام‌های‌ فکری و اعتقادی در تعیین رفتار و احساسات تأکید مـی‌کند. این شیوهء درمانی بـر این اصل نظری تکیه دارد که شیوه تعبیر و ارزیابی و بازآفرینی‌ فرد‌ از جهان، در رفتار و عاطفه او تأثیر می‌گذارد. شناخت بر اساس‌ نگرش‌ها و پیش فرض‌های برخاسته از تجارب قبلی (طرح‌واره‌ها) شکل می‌گیرد و هدف اصلی این شیوه، زمینه یابی و رشد دادن الگوهای فکری و نگرش‌های مـنطقی‌ و سـازگار در فرد‌ بیمار‌ است (لطافتی بریس، 1389 و 1390).

الیس، اصول سیزده گانه‌ای را به‌ مثابه معیارهایی برای سلامت روان در نظر گرفته است؛ این اصول عبارت‌اند از: نفع‌ شخصی، رغبت اجتماعی، خودفرمانی، انعطاف‌پذیری، پذیرش عدم اطمینان، تعهد و تعلق نسبت به چیزی خارج‌ از‌ وجود خود، تفکر علمی، پذیرش خـود، خطرکردن، و لذت‌گرایی بـلند مدت پایا(لطافتی بریس، 1389 و 1390).

به نظر الیس، انسان‌های سالم‌ فاقد این باورهای غیر منطقی هستند(پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی ،1392):

1. امیال اساسی انسان، مثل امیال شهوانی‌ و جنسی به این دلیل نیاز تلقی می‌شوند که ما آن‌ها‌ را‌ نیاز‌ تعریف می‌کنیم(در حالی که آنها تـرجیحات‌ ما‌ هستند).
2. ما نمی‌توانیم‌ برخی رویدادها را تحمل کنیم؛ خواه این رویدادها، اجبار به انتظار کشیدن‌ در صف باشد یا موجه شدن با انتقاد، یا طرد (در حالی که این رویدادها‌ را‌ می‌توان‌ تحمل‌ کرد).
3. موفقیت‌ها و شکست‌های‌ ما با ویژگی‌های خاصی مـانند هـوش، ارزش‌ ما‌ را‌ بـه عنوان انسان مشخص می‌کنند.
4. دنیا بـاید بـا مـا عادلانه برخورد کند؛ گویی‌ که دنیا می‌تواند از امیال ما پیروی کند؛
5. ما باید‌ رضایت‌ دیگران‌ را جلب کنیم؛ گویی هستی ما به آن‌ها بستگی دارد.
6. برخی افـراد، رذل‌ یـا شـرورند و باید به خاطر شرارتشان تنبیه شوند؛گویی ما می‌توانیم‌ بی‌ارزش بـودن انـسان را ارزیابی کنیم.
7. وقتی اوضاع آن‌گونه که‌ ما‌ دوست‌ داریم‌ نیست،گویی مفهوم وحشت‌ناک بودن را می‌توان به صورت تجربی تعریف کرد.
8. اگر فکر‌ نـمی‌کردیم‌ کـه اوضـاع وحشت‌ناک‌ است یا اگر به دلیل خشم یا اضطراب‌ ناراحت نبودیم،نمی‌توانستیم عـمل کنیم.
9. چیزهای زیان‌بخشی مانند سیگار‌ یا مواد‌ مخدر،خوشی‌ زندگی را بیش‌تر می‌کنند یا مصرف این مواد زیان‌آور،صرفا به این دلیل ضرورت دارد‌ که‌ گـذراندن‌ زندگی‌ بـدون آنـ‌ها ممکن است برای‌ مدتی ناخوشایند باشد.
10. عامل بیرونی‌ موجب شادی آنان می‌شود و ما نـمی‌توانیم‌ احساساتمان‌ را‌ کـنترل‌ کنیم.
11. سابقه و گذشتهء فرد تنها عامل تعیین‌کنندهء مهم‌ رفتار فعلی اوست؛گویی چیزی که زمانی‌ زندگی فرد را‌ به‌ شدت تـحت تـأثیر قـرار داده است،برای همیشه بر آن تأثیر دارد.
12. عقایدی که در کودکی‌ آموخته‌ایم‌ -خواه‌ عقاید‌ مذهبی،خواه اخلاقی،یا سیاسی-می‌توانند راهـنمای خـوبی بـرای‌ بزرگ‌سالی باشند؛ حتی اگر تعصب‌آمیز یا افسانه‌ای باشند.

به نظر بک علت ناسازگاری‌های‌ انسان، عمدتا‌ افکار‌ اتوماتیک‌ او هستند که به صورت خـطاهای شـناختی‌، عواطف و رفـتارهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهند‌ و مهم‌ترین‌ ویژگی شخصیت‌های‌ سالم این است که می‌توانند این افکار ناکارآمد را شناسایی کـنند و بـا آن‌ها به‌ مقابله‌ برخیزند. استفاده‌ ازاین‌روش‌ها در درمان بسیاری از مشکلات و اختلالات‌ روانی مؤثر بوده است(لطافتی بریس، 1389 و 1390).

به طور خـلاصه، این‌ خـطاهای‌ شـناختی‌ از دیدگاه شناخت‌ درمان‌گران مختلف عبارت‌اند از:1.تفکر دوبخشی[[20]](#footnote-20)‌؛2. تعمیم مبالغه‌آمیز[[21]](#footnote-21)؛ 3. شخصی‌سازی[[22]](#footnote-22)؛ ‌4. استدلال هیجانی[[23]](#footnote-23)؛ 5. بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی[[24]](#footnote-24)‌؛ 6. برچسب‌ منفی زدن‌[[25]](#footnote-25)؛ 7. بی‌توجهی به امر مثبت؛ 8. فاجعه‌سازی‌[[26]](#footnote-26)؛ 9. انتزاع انتخابی[[27]](#footnote-27)‌؛ 10. استنباط‌ اخـتیاری[[28]](#footnote-28): الف)ذهن‌(فکر)خوانی[[29]](#footnote-29)‌، ب)پیش‌بینی‌ مـنفی؛ 11. عبارت‌های«باید» دار[[30]](#footnote-30)؛ 12. تفکر‌ تساوی‌گونه‌ (پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی ،1392؛ لطافتی بریس، 1389 و 1390).

* + - 1. **آلفرد آدلر[[31]](#footnote-31)**

آلفرد آدلر می گوید «شایستگی فرد در رشد روابط اجتماعی و احساس مفید بودن، قدرت انجام کار، اعتماد به نفس در حد عالی و تطبیق با محیط و ... است» (میلانی فر، 1389). زندگی به عـقیدهء آدلر، بـودن نیست بلکه شدن است. آدلر به‌ انتخاب مـسئوولیت و مـعناداری مـفاهیم در شـیوه زنـدگی[[32]](#footnote-32)‌ اعتقاد‌ دارد‌ و شیوه زنـدگی افـراد‌ را‌ متفاوت‌ می‌داند. محرک اصلی رفتار بشر هدفها و انتظار او از آینده‌ است. هدف انسان نیاز به سازگاری با محیط و پاسخ‌گویی به آن است. فرد سـالم بـه عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش‌ آگاهی دارد‌ و عمل کرد او مـبتنی بـر نـیرنگ و بـهانه نـیست، او جذاب و شـاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد (نجات و ایروانی، 1378).

فرد دارای سلامت روان به نظر آدلر، روابط خانوادگی‌ صمیمی و مطلوبی دارد‌ و جایگاه خودش‌ را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می‌شناسد. همچنین فرد سالم در زندگی هدف‌مند و غایت‌مدار است و اعـمال‌ او مبتنی بر تعقیب‌ این اهداف است. غایی‌ترین هدف شخصیت سالم، تحقق‌ خویشتن است. از ویژگیهای‌ دیگر‌ سلامت‌ روان شناختی این‌ است که فرد سالم مرتبا به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات‌ خودش می‌پردازد و اشتباههایش را ‌‌برطرف‌ می‌کند. چنین‌ فردی خالق عواطف خـودش اسـت نه قربانی آنها، آفرینش‌گری‌ و ابتکار فیزیکی، از ویژگی‌های دیگر این‌ افراد‌ است. فرد سالم‌ از اشتباه‌های اساسی پرهیز می‌کند. اشتباه‌های اساسی‌ شامل تعمیم مطلق، اهداف نادرست و محال، درک نادرست و توقع بی‌مورد از‌ زندگی، تقلیل یا انکار ارزش‌مندی خود، و ارزش‌ها و باورهای غـلط مـی‌باشد (نجات و ایروانی، 1378).

* + - 1. **دیدگاه کارل راجرز**

راجرز، رشد انسان را یک حرکت‌ مثبت یا نوعی کمال می‌داند. مفهوم‌ شخص شکوفا نیز‌ با «توجه‌ مثبت» دیگران‌ ایجاد می‌شود .چنین فردی به‌ خود توجه مثبت می‌کند. او می‌تواند کارایی روان‌شناختی بهینه‌ای داشته باشد. از‌ نـظر‌ راجـرز، هم‌خوانی‌ و پختگی روانـی‌ عبارت‌اند از: سعه‌ی صدر، خلاقیت، و مسئولیت‌پذیری. از دیدگاه او، محور ناسازگاری روان شناختی عبارت است از ناهمخوانی بین تجربه کلی فرد و آنچه دقیقا مظهر بخشی از خودپنداره اوست. ناهمخوانی بین خود و تجربه، احساس بیگانگی بنیادی در انسان هاست. خود تهدید شده است. فرد دیگر نمی تواند به صورت کل یکپارچه که حق طبیعی هر انسانی است زندگی کند. ناسازگاری روان شناختی حاصل این احساس یگانگی بنیادی انسان هاست(پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی،1392).

راجرز(1969) معتقد است که انسان خودشکوفا و سالم، تدافعی‌ عمل نمی‌کند بلکه به استقبال‌ تجربه‌های‌ جدید‌ می‌رود. این‌ ظرفیت برقراری روابط هم‌خوان با دیـگران و خود، به شخص‌ اجازه می‌دهد با وضعیت‌های جدید و قدیمی برخوردی‌ خلاق‌ داشته بـاشد. وی‌ تحت تـأثیر چـنین انطباق‌پذیری زیادی‌ به آزادی درونی می‌رسد و می‌تواند برای‌ زندگی خویش‌ تصمیم‌ بگیرد‌ و در قبال‌ آن مسئولیت‌پذیر شود. انسان‌های خود شکوفا متوجه مسئولیت‌های اجتماعی خـود هستند ‌ ‌و روابـط هم‌خوانی با‌ دیگران‌ برقرار می‌کنند. آن‌ها به جای آن‌که مجذوب خود باشند، ارتباط هم‌دلانه‌ای با دیگران بـرقرار می‌کنند و درسـت و غـلط‌ را‌ بر مبنای درکی‌ که از نیازهای دیگران و خود دارند، مشخص‌ می‌کنند. به نظر راجرز خودشکوفایی، یک‌ آرمان دست‌یافتنی است و انسان‌ها‌ با برقراری رابـطه‌ی مؤثر به این سوی هدف‌ حرکت می‌کنند. هدف راجرز به عنوان یک‌ عضو‌ خانواده، رهبر‌ گروه‌ و درمـان‌گر این‌ بود که شخص هـم‌خوان،پذیرنده و فـهیمی‌ شود و به دیگران کمک کند (شارف، 2000؛ به نقل از لطافتی بریس، 1389 و 1390).

به عقیده‌ی راجرز، آفرینندگی‌ مهم‌ترین‌ میل‌ ذاتی انـسان سـالم است. ارضای«توجه مثبت غیر مشروط» و دریافت غیر مشروط محبت و تأیید دیگران‌ برای‌ رشد‌ و تکامل سلامت روانی فرد‌ با اهمیت‌ است. افرادی که‌ به‌ این‌ توجه‌ مثبت غیر مشروط دست می‌یابد، نقاب و ماسک‌ ندارند‌ و با خود روراست هـستند. چنین افـرادی آمادگی تجربه را دارند؛ بنابراین، وابسته نیستند، انعطاف‌پذیرند، حالت تدافعی‌ ندارند‌ و از بقیه‌ی انسان‌ها عاطفی‌ترند؛ زیرا عواطف مثبت‌ و منفی‌ وسیعی را در‌ مقایسه‌ با انسان‌های تدافعی‌ تجربه می‌کنند. انسان سالم‌ به‌ ارگانیزم‌ خود اعتماد می‌کند، آمادگی کسب تجربه، زندگی هستی‌مدار و احساس آزادی، از دیگر ویژگی‌های اوست (خدا رحیمی، 1374).

* + - 1. **دیدگاه اریک فروم**

فروم تصویر روشنی از شخصیت‌ سالم‌ به‌ دست می‌دهد چنین انسانی عمیقا عشق مـی‌ورزد، آفریننده ‌ ‌اسـت، قوهء تعقلش‌ را کاملا پروردانده است، جهان‌ و خود را به طور عینی ادراک‌ می‌کند، حس هویت پایداری دارد، با جـهان در پیـوند اسـت و در آن ریشه‌ دارد، حاکم‌ و عامل خود و سرنوشت خویش است‌ و از تمایل جنسی نسبت به محارم، آزاد‌ است. فروم‌ شخصیت‌ سالم‌ را دارای جـهت‌گیری بارور می‌داند. فروم با کاربرد واژه جهت‌گیری این نکته را می‌گوید که جهت‌گیری‌ گرایش‌ یا نگرش‌ کـلی است که همهء جـنبه‌های زنـدگی، یعنی پاسخ‌های‌ فکری، عاطفی و حسی به مردم، و موضوع‌ها و رویدادها‌ را، خواه‌ در جهان و خواه در خود، دربرمی‌گیرد. بارور بودن یعنی‌ به کار بستن همهء قدرت‌ها و استعدادهای‌ بالقوهء‌ خویش. چهار جنبهء شخصیت سالم، در روشن ساختن مراد فروم از جهت‌گیری بارور مؤثر است. این چهار جـنبه عبارتند‌ از: عشق‌بارور [[33]](#footnote-33)، تفکر بارور[[34]](#footnote-34) ،خوش‌بختی و وجدان اخلاقی[[35]](#footnote-35)‌ (گنجی، 1392).

عشق بارور، لازمه‌اش‌ رابطهء‌ آزاد و برابر بشری است. طرفین رابطه می‌توانند فردیتشان را حفظ کنند. عشق بارور از 4 ویژگی مهم‌ برخوردار‌ است: توجه، احساس مسئولیت، احترام و شناخت. تفکر بارور مستلزم هوش،عقل و عینیت است. خوش‌بختی بخشی جدایی‌ناپذیر‌ و پیامد‌ زیستن مـوافق‌ جهت‌گیری بـارور و همراه همهء فعالیت‌های زایا است (گنجی، 1392).

فروم معتقد بود که ما گرایش فطری برای رشد کردن و تحقق بخشیدن با استعداد مان برخورداریم. این تکلیف اساسی ما در زندگی و هدف نهایی و ضروری ماست. ناکامی در دستیابی به جهت گیری ثمر بخش و تبدیل شدن به آنچه استعداد شدن ان را داریم، به ناخشنودی و حتی بیماری روانی منجر می شود (شولتز و شولتز، 2005؛ ترجمه سید محمدی، 1386).

* + - 1. **دیدگاه فریتز پرلز**

از نظر این دیدگاه، در یک وجود سالم و طبیعی، چرخه زندگی روزمره ما فرایند باز و جاری نیازهای ارگانیزمی خواهد بود که در اگاهی نمایان می شود. این فرایند با وسایلی همراه خواهد شد که از طریق آنها نیازهای لحظه ای اضطراری را می بندیم که به دنبال آن هدف نهایی دیگری در اگاهی نمایان می شود. تا زمانی که روی آنچه که هم اکنون درون ما می گذرد متمرکز بمانیم، می توانیم به عقل خودد به عنوان ارگانیزم اعتماد کرده و بهترین وسیله را انتخاب کنیم تا از طریق ۀن اضطراری ترین نیاز لحظه ای خود را به نحو شایسته ای بسته یا کامل کنیم (پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی،1392).

در یک وجود سالم، کل چرخه زندگی ما فرایند طبیعی رسش را شامل می شود که به موجب آن از کودکان وابسته به حمایت محیط، به بزرگسالانی تبدیل می ویم که می توانیم برای وجود خودمان به حمایت خویش متکی باشیم. بنابراین از این دیدگاه آدم بیمار کسی است که در فرآیند رشد یا رسش گیر کرده است(پروچاسکا و نورکراس،2007؛ ترجمه سید محمدی،1392).

به‌طورخلاصه، آسیب در گشتالت درمانی‌ عبارت‌ است‌ از: تأکید بر حمایت اجتماعی و وابستگی بـه‌ دیـگران، عدم‌ مسئولیت‌پذیری، خودواقعی‌ نبودن‌ و ایفای نقش با‌ خـود‌ و دیگران. درمان نیز افزایش خـود مـختاری، تعامل سازنده با دیگران و تححق بـخشیدن‌ به خـود، و از همه مهم‌تر، به حداکثر‌ رساندن‌ آگاهی‌ به‌ خود است (رحیمیان، 1382).

* + - 1. **دیدگاه اسکینر**

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسـکینر مـعادل بـا رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است، و‌ چنین‌ انسانی‌ وقتی با مشکل روبه‌رو شود تا هـنگامی کـه از طریق جامعه به‌ هنجار تلقی شود، از طریق شیوهء اصلاح رفتار [[36]](#footnote-36)برای بهبودی و به هـنجار کـردن رفـتار خود‌ و اطرافیانش‌ به طور متناوب استفاده می‌جوید. به علاوه انسان‌ سالم باید آزاد بودن خودش را نوعی تـوهم بـپندارد، و بداند که‌ رفتار او تابعی از محیط است و هر‌ رفتار توسط معدودی از عوامل محیطی‌ مشخص‌ مـی‌گردد. انسان سـالم کـسی است که‌ تأیید اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب، از محیط و اطرافیانش دریافت می‌کند. شاید معیار تلویحی دیـگر در مـورد خصوصیات انسان سالم از دیدگاه‌ اسکینر‌ این باشد که‌ انسان باید‌ از‌ علم، نه برای پیـش‌بینی، بلکه بـرای تـسلط بر محیط خویش استفاده کند. در این معنا فرد سالم کسی است که‌ بتواند برای انجام هر روش، بیشتر از اصـول عـلمی استفاده کند و به نتایج سودمندتری برسد و مفاهیم‌ ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت‌نگری و مانند آن را کـنار بـگذارد (خدا رحیمی، 1374).

* + 1. **ابعاد سلامت روان**

چهار بعد از سلامت روانی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرا می گیرد عبارتند از: نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی. در ادامه توضیح مختصری از هریک از این ابعاد ارائه می دهیم.

* + - 1. **شکایت جسمانی**

افراد مبتلا به اختلال نشانه های جسمانی معمولا نشانه های جسمانی متعدد، جاری دارند که ناراحت کننده هستند یا به ناراحتی قابل ملاحظه ای در زندگی روزانه منجر می شوند. هرچند گاهی فقط یک نشانه شدیدف عمدتا درد، وجود دارد. نشانه ها ممکن است مشخص (مثل درد موضعی) یا نسبتا نا مشخص باشند (مثل خستگی). نشانه ها گاهی بیانگر احساسات یا ناراحتی جسمانی عادی هستند که عموما بر بیماری جدی دلالت ندارند. نشانه های جسمانی بدون توجیه پزشکی آشکار برای دادن این تشخیص کافی نیستند. رنج کشیدن فرد واقعی است، خواه از لحاظ پزشکی توجیه شده یا نشده باشد(انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013؛ سید محمدی، 1393).

نشانه ها ممکن است با بیماری جسمانی دیگر ارتباط داشته یا نداشته باشند. تشخیص های اختلال نشانه جسمانی و بیماری جسمانی همزمان با هم تناقض ندارند و اینها اغلب با هم روی می دهند. افراد مبتلا به به اختلال نشانه های جسمانی گرایش دارند نگرانی خیلی زیادی در مورد بیماری داشته باشند. آنها نشانه های جسمانی خود را زیاد از حد تهدید کننده، زیان آور، یا مشکل ساز ارزیابی می کنند و اغلب درباره سلامتی خود بدترین فکرها را می کنند. حتی زمانی که شواهد مغایر وجود دارد، برخی از بیماران باز هم از جدی بودن پزشکی نشانه های خود می ترسند. در اختلال نشانه جسمانی شدید، نگرانی ها در مورد سلامتی ممکن است نقش اصلی را در زندگی فرد داشته باشدف ویژگی هویت فرد شده و بر روابط میان فردی حاکم شوند(انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013؛ سید محمدی، 1393).

* + - 1. **اضطراب**

واژة اضطراب در روان‌شناسی بالینی مقام خاصی دارد و مکرر مورد استفاده قرار می‌گیرد زیرا بدون تردید در اغلب ناهنجاریهای روانی اضطراب نقش مهمی ایفا می‌کند. اضطراب یک احساس رنج آور است با موقعیتی ضربه آمیز کنونی یا انتظار خبری که به شیئی نا معین وابسته است. مسلتزم مفهوم تهدید یا نا امنی است که در افراد مختلف به گونه‌های متفاوت بیان می‌شود. به عنوان مثال پاره‌ای از بیماران مضطرب علایم آشکار فیزیولوژیکی را نشان می‌دهند بی‌آنکه از حالات هیجانی شاکی باشند و بالعکس پاره‌ای دیگر به برانگیختگیهای هیجانی اشاره دارند(گنجی،1391).

اضطراب بخشی از زندگی هر انسانی است. و در حد اعتدال پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود به گونه‌ای که می‌توان گفت: اگر اضطراب نبود، همة ما پشت میزهایمان به خواب می‌رفتیم. اضطراب است که ما را به تلاش وا می‌دارد. همة قدمهایی که انسان را به جلو می‌برد و همة کشفهای علمی، هنری و ادبی بر اساس اضطراب انجام می‌گیرد (گنجی،1391).

بنابراین اضطراب یکی از مؤلفه‌های ساختار شخصیت وی را تشکیل می‌دهد و از این زاویه است که پاره‌ای از اضطرابهای دوران کودکی، نوجوانی و جوانی را می‌توان بهنجار دانست و تأثیر مثبت آنها را بر فرآیند تحول، پذیرفت؛ چرا که این فرصت را برای افراد فراهم می‌آورد تا مکانیزمهای سازشی خود را برای مواجهه با منابع تنیدگی‌زا و اضطراب‌انگیز گسترش دهند. به عبارت دیگر می‌توان گفت اضطراب در پاره‌ای از مواقع، سازندگی و خلاقیت را در فرد ایجاد می‌کند و امکان تجسم و سلطه بر آنها را فراهم می‌آورد و یا اینکه وی را بر می‌انگیزد تا بطور جدی با مسؤولیت مهمی مانند آماده شدن برای امتحان یا پذیرفتن وظیفة اجتماعی مواجه شود. اما گاهی اضطراب مزمن و مداوم می‌شود که در اینصورت نه تنها نمی‌توان پاسخ را سازش یافته دانست بلکه باید آن‌را منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده‌ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده امکاناتش محروم می‌کند (گنجی،1391).

اختلال اضطرابی[[37]](#footnote-37) عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که ویژگی های اصلی آن عبارتند از ترس، تردید، و نگرانی مفرط. در افرادی که به اختلال اضطرابی مبتلا هستند،

1. میزان ترس بسیار بیشتر از میزان تهدید یا خطر است. یعنی شدت ترس با شدت تهدید تناسب منطقی ندارد (مثلاً، در فوبیای خاص)؛
2. افراد دایماً خود را در حالت ترس و نگرانی می بینند بدون آنکه علت آن مشخص باشد (مثلاً، در اختلال اضطراب تعمیم یافته یا بعضی اختلالات وحشت زدگی)؛
3. ترس و نگراین به طور مزمن وجود دارند و دایماً فرد را رنج می دهند، تا جایی که نمی تواند زندگی روزمره خود را با حالت عادی پیش ببرد. این حالت ممکن است باعث شود که فرد نتواند شغل خود را حفظ کند، یا با دوستان، همسر، یا اعضای خانواده روابط طولانی مدت داشته باشد(گنجی، 1392؛انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013؛ ترجمه سید محمدی، 1393).
	* + 1. **کارکرد اجتماعی و سلامت روان**

در بررسی فعالیت های بهداشت روانی، مناسبات بین فرد و روابط انسانی حایز اهمیت بالایی است. هر فرد، واحدی از یک خانواده و هر خانواده، واحدی از یک اجتماع است. به علاوه، انسان موجودی اجتماعی است؛ از این رو روابط بین افراد جامعه امری قهری و طبیعی است. توانایی ایجاد رابطه صحیح با دیگران، برقراری مناسبات با افراد و چگونگی این ارتباط از نظر بهداشت روانی بسیار مهم است. علت اهمیت برقراری ارتباط را می توان به سبب حمایت اجتماعی ای دانست که این روابط به دنبال می آورند. حمایت اجتماعی فرایندی است که دیگران توسط آن امکانات عاطفی و عملی خود را برای به دوش کشیدن نیازهای فرد هنگام رنج بردن از یک بحران، به میان می آورند و او را یاری می دهند. زندگی انسان ها با تنیدگی ها و تنش های کوچک و بزرگ همراه است و در مقابله با این فشارها این حمایت نقش بسزایی دارد (موسوی، 1388).

بنابراین، سلامت روانی بـا عـواطف، تـفکر‌ و رفتار آدمی ارتباط دارد. فردی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است معمولاً می‌تواند با حوادث روزافزون‌ و مشکلات‌ روزمره مقابله کند؛ اهداف خـود را در زنـدگی دنـبال کند و عملکرد‌ مؤثری در جامعه داشته باشد (بیابانگرد و جوادی، 1383).

سـلامت روان در واقع زمینة رشد مهارت‌های‌ فکری‌ و ارتباطی را فراهم می‌کند و باعث رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس‌ آدمی‌ می‌شود.‌ عملکرد موفقیت‌آمیز کـارکردهای ذهـنی و در نـتیجه انجام فعالیت‌های سازنده، داشتن روابط مناسب با‌ دیگران،‌ توانایی‌ سـازگاری با تغییرات و رویارویی مؤثر با حوادث ناگوار زندگی همه از پیامدهای داشتن‌ سلامت‌ روانی محسوب می‌شود (بیابانگرد و جوادی، 1383).

* + - 1. **افسردگی**

همه انسان ها در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می کنند و معمولاً می توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی ربط دهند. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان (از دست دادن) و شکست. تجربه هایی مثل از دست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می توانند باعث آغاز دوره ای از غم، خمودگی، و تکرار دایمی بعضی افکار منفی شوند. همچنین، شکست ها، مثل رد شدن در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه برای ازدواج نیز می توانند به نومیدی و ایجاد احساسات و افکار منفی (مثل بدبینی و خود – تردیدی)، منجر شوند. اکثر مردم می توانند این احساسهای منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند. اما برای بعضی افراد، سمپتوم های افسردگی به مدت طولانی باقی می مانند و در همه جوانب زندگی آنها نفوذ می کنند. همچنین، آنها در جنبه های هیجانی، رفتاری، شناختی، و فیزیکی افراد تاثیر می گذارند و این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی منجر شود. افسردگی بالینی یعنی افسردگی پاتولوژیک و قابل دیاگنوز با معیارهای رسمی DSM-5(گنجی، 1392). افسردگی بالینی باعث می شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را بخوبی انجام دهد. گاهی افسردگی بدون حضور رویدادهای منفی، مثل از دست دادن یا شکست ها، روی می دهد و گاهی نیز بسیار بیشتر از آنچه انتظار می رود طول می کشد. در افسردگی، سمپتوم های هیجانی و انگیزشی، شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیک دیده می شود(گنجی، 1392؛ روزنهان و سلیگمن، 1930؛ ترجمه سید محمدی،1390؛ هالجین و ویتبورن، 1948، ترجمه سید محمدی، 1392).

**سمپتوم های هیجانی و انگیزشی:** تجربه های هیجانی افراد افسرده منفی هستند و دیگران آنها را معمولا، غمگین، نومید، پریشان، محزون، بی نشاط، و دلسرد توصیف می کنند. این افراد زود به گریه می افتند و دوره های گریه کردن آنها نزدیک به هم و فراوان هستند. به ندرت پیش می آید که هیجان های مثبت یا لذت بخش داشته باشند: آنها حس طنز (شوخ طبعی) را کاملاً از دست می دهند و به ندرت لبخند می زنند. اضطراب نیز معمولاً به همراه افسردگی وجود دارد که ممکن است نشان دهنده این واقعیت باشد که یک عامل واحد باعث می شود فرد چند نوع هیجان منفی را به طور همزمان تجربه کند(گنجی، 1392؛ هالجین و ویتبورن، 1948، ترجمه سید محمدی، 1392).

افراد افسرده معمولاً بی انگیزه هستند، مثلاً علاقه خود را به کارهایی که تا قبل از ابتلا به افسردگی از انجام دادن آنها لذت می بردند از دست می دهند. این افراد در تعامل با دیگران یا انجام دادن کارها پیشقدم نمی شوند و رفتار عادی و آزادانه ندارند. یعنی برای انجام دادن هیچ کاری انگیزه درونی ندارند و باید تحت محرک های خارجی قرار بگیرند تا کاری را انجام دهند (مثل فشار از طرف دیگران یا وظایف زندگی). آنها دایماً اعلام می کنند که دیگر هیچ چیزی برایشان اهمیت ندارد و از کارهای لذت بخش گذشته لذت نمی برند. عدم پیشقدم شدن در کارها ممکن است به صورت انزوا طلبی اجتماعی ظاهر شود. افراد افسرده مرتباً می گویند که نمی خواهند از جای خود تکان بخورند و دوست دارند تنها باشند. از تمایلات جنسی آنها نیز به شدت کاسته می شود(گنجی، 1392).

**سمپتوم های شناختی:** افراد افسرده معمولاً احساس بی فایدگی ،خلأ ، تهی بودن، و نومیدی دارند، اما علاوه بر اینها، بعضی افکار و ایده ها، یا سمپتوم های شناختی، به وضوح با واکنش های افسردگی مرتبط هستند. مثلاً، فرد افسرده درباره توانایی های خود باورهای بسیار بدبینانه دارد، معتقد است که دیگران نمی تواند به او کمک کنند، و مطمئن است که آینده ای تیره و تار در انتظارش است. افراد افسرده معمولاً خودشان را به بی عرضگی و بی لیاقتی متهم می کنند، از خودشان عیب و ایراد بیجا و غیرمنطقی می گیرند، خودشان را مسخره و تحقیر می کنند. بسیاری از افراد افسرده فکر می کنند که مرگ آنها به نفع اطرافیانشان است و به خودکشی فکر می کنند. سایر سمپتوم ها عبارتند از: ناتوانی در تمرکز حواس و ناتوانی در تصمیم گیری سریع و آسان. این افراد تفکر غلط، اشتباه و ناقص دارند، یعنی، باورهای غیرمنطقی یا ناموجهی در ذهنشان وجود دارد که معمولاً به تصمیم گیری های بد منجر می شوند(گنجی، 1392؛ هالجین و ویتبورن، 1948، ترجمه سید محمدی، 1392).

**سمپتوم های رفتاری:** افراد افسرده سمپتوم های رفتاری نیز نشان می دهند، از جمله آهسته شدن گفتار و رفتار می باشد. افراد افسرده با جملات کوتاه به دیگران جواب می دهند. آنها از لحاظ فیزیکی غیرفعال هستند، ساعت ها در رختخواب می مانند، و به طور دایم به خستگی، بی رمقی، و کمبود انرژی دچار می شوند. به نظر می رسد که حتی کوچکترین کارها انرژی زیادی از آنها می گیرد. کند شدن همه حرکات بدنی، ژست های بیانی، و واکنش های خودجوش، **کم تحرکی روانی – حرکتی** (یا کُندی، آهستگی روانی – حرکتی) نامیده می شود. آنها جملات را به کندی بیان می کنند، حرکات بدنی آنها آهسته است، آهسته فکر می کنند، قبل از پاسخ دادن به سئوال، مدتی طولانی وقفه ایجاد می کنند، با صدای کوتاه حرف می زنند، هم محتوا و هم مقدار حرفهایشان اندک است، یا اصلاً حرف نمی زنند، و دیر واکنش نشان می دهند. کم تحرکی روانی – حرکتی در اکثر افسرده ها مشاهده می شود اما بعضی افراد افسرده ممکن است حالتی از **پرتحرکی روانی – حرکتی** و سمپتوم های بی تابی و بی قراری نشان دهند. مثلاً نمی توانند یک جا آرام بنشینند، تند تند راه می روند، دست ها، لباس ها، یا سایر اشیاء را دایماً می کِشند یا می مالند، دست های خود را دور می چرخانند. سایر سمپتوم های رفتاری عبارتند از: پوشیدن لباس های شلخته یا کثیف، ژولیدگی موها، و اهمیت ندادن به بهداشت و تمیزی شخصی(گنجی، 1392؛ هالجین و ویتبورن، 1948، ترجمه سید محمدی، 1392).

**سمپتوم های فیزیولوژیک :** افسردگی معمولاً با بعضی سمپتوم های فیزیولوژیک همراه است:

1. **اشتها و تغییر وزن.** در طول افسردگی، بعضی افراد ممکن است کمتر یا بیشتر از گذشته بخورند یا لاغرتر یا چاقتر از قبل شوند. آنهایی که پرخوری می کنند ممکن است حتی زمانی که گرسنه نیستند نیز به خوردن ادامه دهند. بعضی دیگر به خوردن علاقه ای ندارند و به همین دلیل اشتهای خود را از دست می دهند. برای آنها، خوراکی ها و غذاهای مختلف بی مزه است. در افسردگی شدید، از دست دادن وزن ممکن است زندگی فرد را به خطر بیندازد(گنجی، 1392).
2. **یبوست**. ممکن است فرد چند روز پشت سر هم به دستشویی نرود.
3. **اختلال خواب.** فرد نمی تواند راحت به خواب برود، زود از خواب بیدار می شود، در طول شب چندبار از خواب می پرد، بی خوابی[[38]](#footnote-38) دارد، و کابوس های زیادی می بیند. همه اینها باعث می شوند او در طول روز خسته و بی رمق باشد. بسیاری از افراد افسرده از فرارسیدن شب می ترسند زیرا نشان می دهد که یک نبرد خسته کننده برای به خواب رفتن شروع خواهد شد. اما بعضی افراد افسرده بیش از اندازه می خوابند. آنها با این که ساعت ها خوابیده اند، باز هم به طور مداوم احساس خستگی می کنند(گنجی، 1392).
4. **اختلال در سیکل ماهانه عادی در زنان**. سیکل یا پریود معمولاً بیشتر از معمول ادامه می یابد، و زنان افسرده ممکن است یک یا چند ماه پریود نشوند. حجم مایعات پریودیک نیز ممکن است کاهش یابد.
5. **بیزاری از فعالیت جنسی**. بسیاری از افراد افسرده می گویند که برانگیختگی جنسی آنها به شدت کاهش یافته است.
* **اختلال خواب و افسردگی.** بعضی الگوهای خواب به افسردگی ربط داده شده اند. مثلاً، حرکت سریع چشم یا REM به در افراد افسرده بیشتر از افراد سالم دیده می شود. علت این موضوع هنوز نامعلوم است(گنجی، 1392).
	+ 1. **عوامل موثر بر سلامت روانی**

عواملی که بر سلامت روان تاثیر دارند را می توان می توان به صورت شخصی، میان فردی، و اجتماعی/ فرهنگی طبقه بندی کرد. عوامل فردی یا شخصی عبارتند از ساخت زیستی فرد، خودمختاری و استقلال، عزت نفس، توانایی برای رشد، سرزندگی، توانایی یافتن معنی در زندگی، انعطاف پذیری هیجانی، احساس تعلق پذیری، واقعیت گرایی، و توانایی های کنار آمدن یا مدیریت استرس. عوامل میان فردی یا رابطه ای عبارتند از: ارتباط موثر، توانایی کمک کردن به دیگران، صمیمیت، و توازن جدایی و ارتباط متقابل. عوامل اجتماعی/ فرهنگی یا محیطی عبارتند از: احساس جمع گرایی، دسترسی به امکانات مناسب، تحمل نکردن خشونت، تایید کردن تنوع در بین مردم، تسلط یافتن بر محیط، و نظر مثبت اما واقع بینانه در مورد دنیا (راتوس و نوید، بی تا؛ ترجمه سید محمدی، 1389).

**منابع**

انجمن روانپزشکی آمریکا .(2013). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM-5)*. ترجمه یحیی سید محمدی (1393). تهران: روان.

بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه. (1383). سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران. *مجله رفاه اجتماعی*، شماره 14: 156-137.

پاکیزه، علی. (1387*). بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان و تاثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن*. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان. (2007). *نظریه های روان درمانی (نظام های روان درمانی*). ترجمه یحیی سید محمدی (1392).چاپ پنجم، تهران: روان.

پشتکار، راحله. (1388). *بررسی سلامت روان و عزت نفس مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» با اطلاعات دموگرافیک در مشهد.* پایان نامه کارشاسی ارشد، رشته راهنمایی و مشاوره، تهران: دانشگاه الزهرا.

تودور، كيت. (1996). *ارتقاء سلامت روان: پارادايمها و برنامه ها*.ترجمه مرتضي خواجوي(1382). تهران: سازمان بهزيستي كشور.

خدا رحیمی، سیامک. (1374). *مفهوم سلامت روان شناختی*. مشهد: انتشارات جاودان خرد.

**راتوس، اسپنسر ا. و نوید، جفری . اس. (بی تا). *بهداشت روانی*. ترجمه: یحیی سید محمدی. (1389). چاپ دوم، تهران: ارسباران.**

رحیمیان، حوریه بانو. (1382*). نظریه ها و روش های مشاوره و روان درمانی*. تهران: مهرداد.

روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین ای. (1930). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی (1390). جلد دوم، چاپ دوازدهم، تهران: ارسباران.

شفیع آبادی، عبدالله؛ و ناصری ، غلامرضا (1389). *نظریه های رواندرمانی و مشاوره*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شولتز، دوان. پی. و شولتز، سیدنی.الن. (2005). *نظریه های شخصیت*. ترجمه: یحیی سید محمدی(1386)، چاپ یازدهم، تهران: ویرایش.

کیمیایی، سید علی؛ خادمیان، حسین؛ و فرهادی، حسن. (1390). حفظ قرآن و تاثیر آن بر مولفه های سلامت روان. فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه شناسی زنان، سال دوم، شماره چهارم: 20-1.

گنجی، حمزه. (1391). *روان شناسی عمومی.* چاپ پنجاه و هشتم. تهران: ساوالان.

گنجی، حمزه. (1391). *روان شناسی عمومی.* چاپ پنجاه و هشتم. تهران: ساوالان.

گنجی، مهدی. (1392). *آسیب شناسی روانی بر* اساس *DSM –5* . ترجمه، مهدی گنجی.جلد دوم، چاپ دوم، تهران: ساوالان.

لطافتی بریس، رامین. (1389). نظریه پردازان سلامت روان. *تازه های روان درمانی*، شماره 55 و 56: 97- 76.

لطافتی بریس، رامین. (1390). معیارهای سلامت روان. [*مجله رشد مشاور مدرسه*](http://www.noormags.ir/view/fa/magazine/230)*،* شماره 24: 36-32.

موسوی، سمیه السادات. (1388). تاثیر روابط اجتماعی صمیمانه بر بهداشت روان. *ادیان، مذاهب و عرفان.* شماره 147: 134-113.

میلانی فر، بهروز. (1389). *بهداشت روانی.* چاپ یازدهم. تهران: قومس.

نجات، حمید و ایروانی، محمود. (1378). مفهوم سلامت روان در مکاتب روان شناسی. *مجله اصول بهداشت روانی،* شماره3: 166-160.

هالجین، ریچارد و ویتبورن، سوزان کراس. (1948). *آسیب شناسی روانی: دیدگاههای بالینی درباره اختلال های روانی براساس DSM-IV-IR.* ترجمه یحیی سید محمدی (1392). تهران: روان.

Barry, M. M. & Jenkins, R. (2007).*Implementing Mental Health Promotion.*

Deurzen, E. & Arnold-Baker, C. (2005), *Existential Perspectives on Human Issues: a Handbook for Practice, London: Palgrave*, Macmillan. Yalom, I. D. (1980). Existential psychotherapy. New York: Basic Books.

1. Graham [↑](#footnote-ref-1)
2. Barry, M. M [↑](#footnote-ref-2)
3. Jenkins, R [↑](#footnote-ref-3)
4. Levnson, D [↑](#footnote-ref-4)
5. id [↑](#footnote-ref-5)
6. ego [↑](#footnote-ref-6)
7. Super ego [↑](#footnote-ref-7)
8. Ego Defense mechanisms [↑](#footnote-ref-8)
9. Existential anxiety [↑](#footnote-ref-9)
10. Deurzen, E [↑](#footnote-ref-10)
11. Arnold-Baker, C [↑](#footnote-ref-11)
12. Carl Jung [↑](#footnote-ref-12)
13. individualization [↑](#footnote-ref-13)
14. instinct [↑](#footnote-ref-14)
15. Archetype [↑](#footnote-ref-15)
16. Shadaw [↑](#footnote-ref-16)
17. Anima [↑](#footnote-ref-17)
18. Animus [↑](#footnote-ref-18)
19. Ego-integration [↑](#footnote-ref-19)
20. Dichotomouse thinking [↑](#footnote-ref-20)
21. Overgeneralization thinking [↑](#footnote-ref-21)
22. personalization [↑](#footnote-ref-22)
23. Emotional Reasening [↑](#footnote-ref-23)
24. Magnification and Minimization [↑](#footnote-ref-24)
25. Negative labeling [↑](#footnote-ref-25)
26. Catastrophizing [↑](#footnote-ref-26)
27. Selective‌ abstraction‌ [↑](#footnote-ref-27)
28. Arbitrary inference [↑](#footnote-ref-28)
29. mind reading [↑](#footnote-ref-29)
30. ought,shoud,mest [↑](#footnote-ref-30)
31. Alfred Adler [↑](#footnote-ref-31)
32. Life-Style [↑](#footnote-ref-32)
33. Productive Low [↑](#footnote-ref-33)
34. Productive thinking [↑](#footnote-ref-34)
35. moral conscience [↑](#footnote-ref-35)
36. Behaviour Modification [↑](#footnote-ref-36)
37. anxiety disorder [↑](#footnote-ref-37)
38. insomnia [↑](#footnote-ref-38)