

تحلیل کیفی بهزیستی روان‌شناختی زنان با توجه به ساختار فرهنگ ایرانی

A Qualitative Analysis of Psychological Well-Being of Women with Regard to Iranian Cultural Structure

Maryam Kadkhodae
PhD Candidate
Tarbiat Modares University

Parviz Azadfallah, PhD
Tarbiat Modares University

پرویز آزادفلاح
دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

مریم کدخدایی
دانشجوی دکتری
دانشگاه تربیت مدرس

Hojatolah Farahani, PhD
Tarbiat Modares University

حجت‌الله فراهانی
استادیار دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

هدف این بررسی بازبینی عمیق بهزیستی روان‌شناختی در جمعیت زنان ایرانی است. برای رسیدن به این هدف، و در چهارچوب بررسی کیفی، ۱۶ نفر از زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مورد مصاحبه عمیق بالینی قرار گرفتند. چهار مصاحبه هم با متخصصان و هم‌چنین چهار جلسه در قالب ارزیابی گروه‌های کانونی برگزار شد. داده‌های خام، پس از کدگذاری باز، محوری و انتخابی و احراز مشخصه‌های اعتبار، مقوله‌بندی شد. نتایج این بررسی نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی در زنان تهرانی در ۷ مقوله شامل آرامش و امنیت درگستره روابط، رشدیافتگی، هدفمندی، صلاحیت، مهار و تسلط، اهمیت دادن به خود و استقلال قرار می‌گیرد. آنچه در توصیف این مقوله‌ها اهمیت دارد، علاوه بر قالب‌ها که در برخی موارد با الگوهای کلاسیک بهزیستی روان‌شناختی همخوان می‌شود، مضمون و محتوایی است که خاص جمعیت مورد ارزیابی است. در مورد این یافته‌ها با تأکید بر بنیادهای فرهنگی جامعه ایران بحث شده است.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، زنان، فرهنگ

Abstract

The aim of the present study was to review the psychological well-being of Iranian women in dept. Based on a qualitative study, 16 women aged between 20 and 35 years participated in a deep clinical interview. Four interviews with experts and four sessions of focus groups were conducted. After open coding, axial coding, and selective coding, and meeting trustworthiness criteria, the raw data were categorized. The results indicated that the psychological well-being of Iranian women consisted of seven categories: comfort and security in relationships, growth, purposefulness, competence, control and mastery, caring oneself, and autonomy. These findings suggest that some categories are consistent with classical psychological well-being models and some are specific to Iranian women. The findings have been discussed with reference to Iranian cultural foundations.

Keywords: psychological well-being, women, culture

received: 22 December 2017

accepted: 17 March 2018

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۱

پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۶

Contact information: azadfallahparviz@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس است.

مقدمه

است از شیرینی لحظه‌های زندگی فرد. در دیدگاه مخالف، ریف (۱۹۸۹) و واترمن (۱۹۹۳) عنوان می‌کنند که بهزیستی به معنی رشد و گسترش خود در مسیر کمال است. بنابراین سازه بهزیستی روان‌شناختی، با توجه به جهت‌گیری‌های نظری گوناگون مؤلفه‌ها و اجزای مختلف دارد. هر کدام از پژوهشگران این حیطه خصوصیات را معرفی کرده‌اند که در صورتی که فرد واجد این خصوصیات باشد دارای نسبتی از بهزیستی روان‌شناختی است.

ریف (۱۹۸۹، ۲۰۰۲ نقل از والندی، ۲۰۱۴) در چندین مقاله چنین مطرح کرده که چشم‌اندازهای پیشین در کاربرد مؤثر بهزیستی روان‌شناختی غیرعلمی و نامتمرکز بوده و برای نشان دادن این نقصان، اندازه‌گیری جدیدی از بهزیستی روان‌شناختی را بسط داده که مفاهیم قبلی بهزیستی اخلاقی ارسطویی را در یک خلاصه کوتاه‌تر تحکیم می‌کرد و یک ارزیابی چندمحوری را پیشنهاد و الگوی بهزیستی روان‌شناختی را ارائه کرد. براساس این الگو، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود^۵ (داشتن بازخورد مثبت از خود)، رابطه مثبت با دیگران^۶ (برقراری روابط گرم و صمیمانه با دیگران و توانایی همدلی)، استقلال عمل^۷ (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند^۸ (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی^۹ (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط^{۱۰} (توانایی فرد در مدیریت محیط).

سلیگمن^{۱۱} (۲۰۱۱ نقل از تقوی، آزادفلاح، موتابی و طلایی، ۱۳۹۴) که بی‌تردید از نظریه‌پردازان مطرح معاصر در قلمرو روان‌شناسی مثبت‌نگر است، با تأکید بر بهزیستی در مسیر خودشکوفایی، پنج عامل کلیدی هیجان مثبت^{۱۲}، مجذوبیت^{۱۳} (مشغولیت و فعالیت)، زندگی بامعنا^{۱۴}، روابط مثبت^{۱۵} و دستاوردها^{۱۶} را مؤثر در رسیدن به شادکامی و داشتن زندگی خوب و رضایت‌بخش معرفی کرد. بهزیستی

در روی‌آورد روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مفهوم سلامت به عنوان سازه‌ای چندبعدی به جای تأکید صرف بر بیماری و ناتوانی، بر شادکامی و بهزیستی تأکید می‌شود (لارسون، ۱۹۹۱). این تغییر در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت روانی نیز مشهود است:

سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که طی آن فرد استعدادهای بالقوه خود را تحقق می‌بخشد، با تنیدگی‌های طبیعی زندگی مقابله می‌کند، به صورت مفید و ثمربخشی کار می‌کند، و قادر به کمک به جامعه خود است. سلامت فقط فقدان اختلال یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی کامل از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴).

اکنون سؤال اساسی در زندگی بشر این است که چگونه به بهزیستی شخصی دست یابیم. در یونان قدیم، برای پاسخ به این سؤال دو دیدگاه مطرح بوده است؛ دیدگاه لذت‌گرا^۱ و فضیلت‌گرا^۲ (ریان و دسی، ۲۰۰۱). دردیدگاه لذت‌گرا، بهزیستی از طریق جست‌وجوی لذت، خوشی و راحتی به دست می‌آید. در این دیدگاه، که منتسب به آریستوییوس^۳ است، هدف زندگی لذت، صرف نظر از منبع آن، است. درمقابل، ارسطو در کتاب اخلاق نیکوماخوس^۴، این شیوه را شیوه‌ای مبتذل دانسته و استدلال کرده که بهزیستی از طریق کسب فضیلت یعنی جست‌وجو برای استفاده از خوبی‌ها و رشد دادن آن‌ها در خود به دست می‌آید (هوتا و ریان، ۲۰۱۰).

امروزه درمیان روان‌شناسان تفکیک بین این دو دیدگاه همچنان ادامه داشته و مناظره و بحث در مورد آن در جریان است (کاشدان، بیس‌واس-دینر و کینگ، ۲۰۰۸؛ ریان و هوتا، ۲۰۰۹). در تأثیر دیدگاه لذت‌گرا، پژوهشگرانی نظیر کانمن، داینر و شوارتز (۱۹۹۹) استدلال می‌کنند که بهزیستی عبارت

1. hedonic
2. eudaemonic
3. aristippus
4. nicomachean ethics
5. self-acceptance
6. positive relation with other

7. autonomy
8. purpose in life
9. personal growth
10. environmental mastery
11. Seligman, M.
12. positive emotion

13. engagment
14. meaning
15. relationships
16. accomplishment

۲۰۰۹ نقل از دراون و زایدی، ۲۰۱۴) و مقدار احساس مسئولیت اعضای خانواده در قبال ارضای نیازهای دیگران نشان می‌دهد (برانان، داینر، مور، مرتضوی و استاین، ۲۰۱۳). نتایج تحقیقات برانان و دیگران (۲۰۱۳)، و جوشن لو و ویجرز (۲۰۱۳) نیز نشان داد که سطح بهزیستی تفاوت معنادار در فرهنگ‌های مختلف دارد. برانان و دیگران (۲۰۱۳) معتقدند که فرهنگ مردم خاورمیانه و شرق جمع‌گراست، ولی به‌رغم جمع‌گرا بودن اختلافات مهمی در تاریخ، مذهب، سیاست و سنت‌ها با یکدیگر دارند. برای مثال رابطه بین حمایت اجتماعی و بهزیستی فاعلی در کشورهای چین، ژاپن و اردن تایید شد، اما حمایت اجتماعی هیچ‌کدام از مؤلفه‌های بهزیستی را در ایران پیش‌بینی نکرد. بنابراین بهزیستی در برخی از فرهنگ‌های غیرغربی مانند ایران که به طور مشهود مدرنیزه‌شدن (نوسازی) در تغییر دیدگاه‌ها را در مورد نقش‌های جنسی، سیاسی و شرایط زندگی خانوادگی تجربه می‌کند، نیاز به بررسی بیشتر دارد (برانان و دیگران، ۲۰۱۳).

همان‌طور که نتایج این تحقیقات در مورد ایرانیان نشان می‌دهد، ایرانیان فرهنگی متفاوت با فرهنگ غرب دارند و جامعه ایران هنوز بسیاری از اصول سنتی خود را حفظ کرده است. ایران کشوری است که در آن نابرابری ثروت و قدرت وجود دارد (هافستد، ۲۰۰۴^۸ نقل از جوشن لو و رستمی، ۱۳۸۸). هم‌چنین مردم ایران دارای سطح تحول اقتصادی پایین (جوشن لو و بخشی، ۲۰۱۵)، جمع‌گرا (هافستد، ۲۰۰۴ نقل از جوشن لو و رستمی، ۱۳۸۸؛ فراهانی و کریمی‌نوری، ۱۳۹۴)، مذهبی (دراون و زایدی، ۲۰۱۴) و در حال گذار (برانان و دیگران، ۲۰۱۳) هستند. با توجه به این اختلافات فرهنگی به نظر می‌رسد الگوی بهزیستی روان‌شناختی در جامعه ایران پیچیدگی‌های متفاوتی در قیاس با الگوهای کلاسیک دارد.

تأکید متفاوت بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، به‌ویژه در جمعیت زنان اهمیت مضاعف دارد؛ زیرا زنان همواره در مباحث سلامت به عنوان محور خانواده مطرح می‌شوند. سازمان

روان‌شناختی تابع مجموعه‌ای از روابط بین متغیرهای گوناگون است. به سخن دیگر، سازه بهزیستی روان‌شناختی را باید در قالب نظام گشتالتی چندمتغیری در نظر گرفت، که متأثر از یک عامل منفرد نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، محیطی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، شخصیتی و فرهنگی در پدیدایی آن نقش دارند. بافت فرهنگی اجتماعی حداقل به دو صورت بر بهزیستی تأثیر می‌گذارد: ۱. فرهنگ به طور مستقیم بر بهزیستی اثر دارد. اعضای جوامع دارای فرهنگ‌های دموکراتیک، ثروتمند و فردگرا سطوح بالاتری از بهزیستی را نسبت به مردمی تجربه می‌کنند که در جوامع دارای فرهنگ‌های دیکتاتوری، فقیر و جمع‌گرا زندگی می‌کنند. ۲. فرهنگ رابطه بین تعادل لذتی و رضایت از زندگی را تعدیل می‌کند. سو،^۱ داینر،^۲ اویشی^۳ و تریاندیس^۴ (۱۹۹۸ نقل از اشماپیک، راداکریشان، اویشی، زوکوتو و احدی، ۲۰۰۲) دریافته‌اند که رابطه بین تعادل لذتی و رضایت از زندگی در فرهنگ‌های فردگرا قوی‌تر از فرهنگ‌های جمع‌گراست. تعادل لذتی در فرهنگ جمع‌گرا پیش‌بینی‌کننده ضعیف‌تری برای رضایت از زندگی نسبت به فرهنگ فردگراست، و آزادی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رضایت از زندگی در فرهنگ‌های فردگرا نسبت به جمع‌گراست. در فرهنگ جمع‌گرا، پیروی از نرم‌ها و هنجارها بسیار مهم‌تر از لذت بردن است.

در پژوهش‌های دیگری نیز فعالیت‌هایی مانند درگیر شدن در اعمال خوب، خدمت به دیگران و به دست آوردن مقبولیت اجتماعی به عنوان نتایج جهت‌گیری جمعی گزارش شده است. هم‌چنین شادی ناشی از رسیدن به اهداف و موفقیت، بهره‌گیری از لذت و مهار بیشتر امور شخصی، رویکرد فردگرایانه را نشان می‌دهد (دراون و زایدی، ۲۰۱۴). پژوهش‌هایی در کشورهای منطقه خاورمیانه نشان داد که حمایت خانواده (نه دوستان) با بهزیستی بیشتر و استرس درک‌شده کمتر مرتبط است و این نتیجه اهمیت خانواده را در فرهنگ‌های جمع‌گرا (مرتضوی، پدهیوالا،^۵ شفیرو^۶ و هامر،^۷

1. Suh, E. M.
2. Diener, E.
3. Oishi, S.

4. Triandis, H. C.
5. Pedhiwala, N.
6. Shafiro, M.

7. Hammer, L.
8. Hofstede, G.

وجود دارد. لو (۲۰۰۰) در بررسی‌ای در تایوان، مشاهده کرد که اختلاف جنسی بر تجربه نقش و بهزیستی فاعلی نیز تأثیر دارد، و بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد که زنان نمرات بالاتری نسبت به مردان در فراوانی هیجان‌های منفی مثل غم و اضطراب دارند (نولن هوکسیما^۳ و روستینگ^۴، ۲۰۰۳ نقل از جوشن‌لو و بخشی، ۲۰۱۵). استفان، دولبرگ و ژوبرت (۱۹۹۹) نیز با بررسی سلامت روانی در جمعیت کانادایی به تفاوت دو جنس دست یافته‌اند. کیز (۲۰۰۵)، پتریلو^۵، کاپن^۶، کاسو^۷ و کیز (۲۰۱۵) نقل از گونگورا و سولانو، ۲۰۱۷) نیز سطوح بالاتری از سلامت روانی را در مردان امریکایی و ایتالیایی گزارش کرده‌اند. در بررسی دیگری با موضوع سلامت روانی از دید مثبت‌نگر، نتایج نشان داد که زنان به دلایل فرهنگی و تاریخی، موانع عینی و ذهنی بیشتری برای شکل‌دهی به اهداف شخصی و رسیدن به آن‌ها دارند. به نظر می‌رسد در بررسی تأثیر جنس بر وضعیت سلامت و بهزیستی روان‌شناختی، توجه به وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هر جامعه‌ای ضروری است، زیرا هر جامعه‌ای بنا بر ارزش‌ها و فرهنگ خود، نقش‌ها و انتظارات متفاوتی از دو جنس دارد که موجب می‌شود منابع تنش و مقابله مختلف در اختیار آنان قرار گیرد و بر این اساس وضعیت متفاوتی در مؤلفه‌های بهزیستی خواهند داشت (روثمن، کریستین و ویسینگ، ۲۰۰۳). در مجموع، با توجه به آنچه به تفصیل گفته شد، بدیهی است که زنان در جامعه ایرانی وضعیتی کاملاً منحصر به فرد دارند که ناشی از مؤلفه‌های خاص فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران است؛ مؤلفه‌هایی که هنجارها و انتظارات خاصی را برای زنان ترسیم کرده و بر تصویر شخصی و اجتماعی آنان تأثیر گذاشته است. از این رو به نظر می‌رسد صورت‌بندی‌های نظری در مورد بهزیستی روان‌شناختی زنان ایرانی مستلزم واری‌های عمیق و همه‌جانبه زندگی این قشر است. هدف در این بررسی، در قالب واری عمیق کیفی، ترسیم مفهوم بهزیستی روان‌شناختی در زنان ایرانی و شناسایی مؤلفه‌های مهم و اثرگذار در این سازه بوده است.

بهداشت جهانی (۲۰۱۰) جنس را یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معرفی کرده و صرف نظر از تفاوت‌های زیست‌شناختی بر این نکته تأکید کرده است که نقش‌های جنسیتی و هنجارها، چگونگی دسترسی زنان و مردان به خدمات بهداشتی و چگونگی پاسخدهی نظام‌های سلامت به نیازهای متفاوت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (نیکوگفتار، ۱۳۹۳ نقل از سفیری، منصوریان و راوندی، ۱۳۹۴).

هم‌چنین کلیشه‌سازی جنسیتی و متعاقب آن نابرابری جنسیتی به توزیع نابرابر تنیدگی‌های روان‌شناختی طولانی‌مدت منجر می‌شود که سلامت فرد را به مخاطره می‌اندازد (بارتلی، ۲۰۰۴ نقل از خاوری، سجادی، حبیب‌پورگتایی و طالبی، ۱۳۹۲). و بنا بر برخی از گزارش‌ها ایران در سال ۲۰۱۴ از لحاظ برابری جنسیتی جزو ۵ کشور جهان بوده که نامناسب‌ترین وضعیت را داشته‌اند. تحقیقات نشان داده است که بین همه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روانی ارتباط معنادار وجود دارد (خاوری و دیگران، ۱۳۹۲). احمدی، فرزندی و علی‌محمدیان (۱۳۹۰) تعارض‌های ناشی از گذر از زندگی سنتی به مدرن را یکی دیگر از عوامل مؤثر بر سلامت روانی زنان ایرانی می‌دانند. این حالت وضعیت پیچیده‌ای را برای زن ایرانی ایجاد می‌کند که باید به وضعیت متعادل برسد که هم با ایده‌آل‌های اسلامی تطبیق داشته و هم با وضعیت جامعه صنعتی سازگار باشد.

تأکید بر نقش باروری، تحمیل استانداردهای غیرواقعی مربوط به سلامت و جذابیت (احمدنیا، ۱۳۸۴)، داشتن مسئولیت‌ها و نقش‌های چندگانه و احساس تضاد نقش (سفیری و زارع، ۱۳۸۶)، تغییرات هورمونی در چرخه‌های زندگی، خشونت خانوادگی (هیس^۲ و دیگران، ۱۹۹۳ نقل از تینکر، ۲۰۰۰) و احساس ناامنی به دلیل داشتن بدن زنانه (موحد و همت، ۱۳۹۲) نیز از جمله مواردی است که بر سلامت زنان تأثیر می‌گذارد.

کراس، نیکلاس، گوبل و فرانک (۱۹۹۲) بر اساس بازبینی پیشینه نظری و واری‌های کیفی چنین نظر داده‌اند که اختلاف جنسی تقریباً در همه جنبه‌های سلامت و مراقبت از سلامت

1. Bartley, M.
2. Heise, L.
3. Nolen-Hoeksema, S.

4. Rusting C. L.
5. Petrillo, G.
6. Capone, V.

7. Caso, D.

روش

و زمان کافی برای انجام مصاحبه، نداشتن سابقه اختلال روانی و مصرف دارو بود. معیار خروج، نداشتن تمایل به شرکت در مصاحبه و همچنین در اختیار نگذاشتن اطلاعات مفید و مورد نیاز بود. نمونه‌برداری تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. دو مصاحبه آخر هیچ اطلاعات جدیدی به دنبال نداشت. در مجموع مصاحبه با ۱۶ نفر صورت گرفت و جمع‌آوری اطلاعات از دی‌ماه ۱۳۹۵ تا تیرماه ۱۳۹۶ ادامه داشت. مصاحبه‌ها با سؤالات کلی و بدون جهت (غیرمستقیم) صورت گرفت و با رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان ضبط شد.

نمونه گروه کانونی، ۹ نفر از زنان ۲۰ تا ۳۵ سال (جدای از نمونه اولیه‌ای که مصاحبه انفرادی شدند) در مقاطع تحصیلی (کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد) متفاوت بودند که به بحث در مورد موضوع مورد نظر پرداختند و تا اشباع اطلاعاتی (۴ جلسه) این جلسات ادامه داشت. این جلسات در یک کلاس در دانشگاه برگزار شد.

نمونه گروه کارشناسان، ۴ کارشناس زن در زمینه روان‌شناسی، علوم اجتماعی، مطالعات زنان و بهداشت بود، که همگی اعضای هیأت علمی دانشگاه بودند. با این کارشناسان پس از هماهنگی و با تعیین وقت قبلی در دفتر کارشان مصاحبه شد.

برای گردآوری داده‌های کیفی از سه شیوه مصاحبه‌های فردی با گروه هدف، مصاحبه با کارشناسان و بحث در گروه‌های کانونی استفاده شد.

۱. مصاحبه‌های فردی: در ابتدای مصاحبه ضمن توضیح در مورد هدف مطالعه و جلب همکاری شرکت‌کنندگان، از آن‌ها خواسته می‌شد زندگی خود و فرایند تحول و گذار از مراحل مختلف سنی را توصیف کنند. در کل زمان مصاحبه تلاش می‌شد مصاحبه‌گر در قالب یک شنونده فعال، جریان روایت مصاحبه‌شونده را ترغیب و در صورت ضرورت با واکنش‌های کلامی یا غیرکلامی مناسب جریان گفتگو را عمیق‌تر کند. سپس با توجه به پاسخ‌های آزمودنی‌ها از

این پژوهش از نوع کیفی با روی‌آورد پدیدارشناختی^۱ بود. این روش تحقیق نظام‌دار و دقیق، یکی از روی‌آوردهای پژوهشی است، که به جلوه‌گری و نمایاندن ادراکات تجربه انسانی در مورد انواع پدیده‌ها می‌پردازد. پدیدارشناختی اساساً بررسی تجربه زیسته است و می‌کوشد معانی را آن‌چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار کند (ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰). با توجه به اینکه پژوهشگر به دنبال درک عمیق از مؤلفه‌های بهزیستی زنان بوده و با توجه به ماهیت روش پدیدارشناختی، در این بررسی از شیوه پژوهش کیفی با روش تحلیل محتوا استفاده شد.

در این پژوهش اطلاعات از سه منبع زنان (۲۰ تا ۳۵ سال)، گروه کانونی^۲ (گروه ۹ نفری از زنان ۲۰ تا ۳۵ سال) و کارشناسان (۴ متخصص حوزه‌های مختلف زنان) به دست آمد.

جامعه مورد بررسی در این پژوهش زنان گستره سنی ۲۰ تا ۳۵ سال در سطوح مختلف اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی ساکن منطقه ۶ تهران (به دلیل دسترسی بیشتر، تنوع فرهنگی و اینکه معرف جامعه در حال گذار هستند)، در سال ۹۵-۹۶ بود. نمونه‌برداری براساس ایجاد حداکثر تنوع در نمونه‌ها بر حسب سن (۲۰ تا ۳۵ سال با میانگین سنی ۲۷/۷)، وضعیت تأهل (۱۰ مجرد؛ ۶ متأهل: ۳ نفر دارای فرزند و ۳ نفر بدون فرزند)، وضعیت اشتغال (۲ نفر شاغل به صورت تمام‌وقت، ۴ نفر به صورت نیمه‌وقت و ۱۰ نفر خانه‌دار)، سطح تحصیلات (۲ نفر دیپلم، ۳ نفر کاردانی، ۶ نفر کارشناسی، ۴ نفر کارشناسی ارشد و یک نفر دکتری) انجام شد. مصاحبه‌ها متناسب با روش پژوهش کیفی در محیط طبیعی و واقعی که دسترسی به زنان را امکان‌پذیر می‌کرد شامل پارک، دانشگاه، فرهنگسرا، اداره و منزل صورت گرفت. روش نمونه‌برداری، هدفمند و تدریجی و بر اساس ایجاد حداکثر تنوع بود و با توجه به نوع بررسی، نمونه‌برداری تا زمانی ادامه یافت که به اشباع اطلاعاتی دست پیدا کردیم. معیارهای ورود به پژوهش داشتن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، سکونت در شهر تهران و علاقه

مصاحبه تعداد افراد ۹ نفر بود. هم‌چنین در مورد تعداد جلسات لازم برای هر گروه بیشتر صاحب‌نظران حداقل برگزاری ۳ تا ۴ جلسه را توصیه کرده‌اند. تعداد جلسات به طور کلی بستگی به اشباع اطلاعاتی دارد و در این پژوهش با توجه به اشباع اطلاعاتی ۴ جلسه برگزار شد. این مصاحبه‌ها نیز با کسب اجازه از افراد، ضبط و سپس برای تحلیل دقیق‌تر به متن تبدیل شد. در ضمن در حین اجرای مصاحبه گروه کانونی، همکار محقق خلاصه‌برداری و یادداشت‌نویسی کرد. نتایج به‌دست‌آمده از جلسات برای اطمینان از صحت ثبت اطلاعات با شرکت‌کنندگان در میان گذاشته شد.

یافته‌ها

داده‌های خام پژوهش برگرفته از مصاحبه‌های انفرادی، مصاحبه با کارشناسان و گروه کانونی، طی فرایندی که توضیح داده می‌شود، تحلیل شد. هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات تحلیل داده‌ها هم صورت گرفت. ابتدا محتوای مصاحبه‌ها، بلافاصله بعد از هر مصاحبه کلمه به کلمه به متن تبدیل شد. سپس محقق با بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها با هدف غوطه‌ورشدن در داده‌ها به کدگذاری متن پرداخت و از روش کدگذاری نظری طی سه مرحله (کدگذاری باز،^۷ کدگذاری محوری،^۸ کدگذاری انتخابی^۹) استفاده کرد (اشتراوس و کوربین، ۱۳۹۲/۱۹۹۰). کدگذاری باز هم‌زمان با گردآوری داده‌ها آغاز شد؛ بدین صورت که پس از هر مصاحبه داده‌ها به متن تبدیل و آماده کدگذاری می‌شد. برای انجام کدگذاری باز راه‌های مختلف وجود دارد و یکی از این راه‌ها تحلیل سطر به سطر است (اشتراوس و کوربین، ۱۳۹۲/۱۹۹۰). این روش وقت‌گیرترین و پرحاصل‌ترین شیوه کدگذاری باز است و در این پژوهش از این روش استفاده شده است. ابتدا با بازخوانی مکرر متن ۵۰۳ کد باز استخراج شد و، پس از حذف و ادغام برخی از آن‌ها، به ۳۴۸ کد تقلیل یافت. همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، برای نام‌گذاری کدها از واژه‌ها و اصطلاحات خود مصاحبه‌شوندگان (کدهای

سؤالات کاوشی مانند مثال بزنید، بیشتر توضیح دهید، چرا و چطور استفاده شد. مدت زمان مصاحبه با توجه به تمایل و وقت مشارکت‌کنندگان ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها، بعد از توضیح اصل محرمانه بودن و کسب اجازه از افراد، ضبط و برای تحلیل دقیق‌تر به متن تبدیل شد. پس از تحلیل، نتایج به‌دست‌آمده از هر مصاحبه با فرد مصاحبه‌شونده بررسی و موارد جزیی اختلاف بررسی مجدد، بازنگری، اصلاح و تأیید شد.

۲. مصاحبه با کارشناسان: برای بررسی دیدگاه کارشناسان حوزه زنان با ۴ کارشناس متخصص در زمینه روان‌شناسی، علوم اجتماعی، مطالعات زنان و بهداشت در مورد عوامل مهم و مؤثر بر سلامت مصاحبه شد. با توجه به این‌که این کارشناسان از اعضای هیأت علمی دانشگاه بودند، این مصاحبه‌ها با هماهنگی و تعیین وقت قبلی در دفتر کار آن‌ها در دانشگاه صورت گرفت. مدت زمان مصاحبه با این کارشناسان از ۵۵ دقیقه تا ۸۵ دقیقه بود. با کسب اجازه از کارشناسان مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و سپس برای تحلیل دقیق‌تر به متن تبدیل شد. متن‌ها را محققان با استفاده از روش تحلیل محتوا در چند نوبت مرور و کدگذاری کردند و سرانجام پس از تحلیل، این نتایج در اختیار کارشناسان قرار گرفت، که مورد تأیید بود.

۳. بحث گروه کانونی: اهمیت این شیوه گردآوری اطلاعات در این است که پویایی‌های گروه افراد را به توصیف دیدگاه‌های خود به شکلی تشویق می‌کند که در مصاحبه فردی کمتر اتفاق می‌افتد (بورنز^۱ و گراو،^۲ ۲۰۰۶ نقل از خسروی و عابدسعیدی، ۱۳۸۹). در این پژوهش، مصاحبه‌های گروه کانونی در مورد عوامل مؤثر بر سلامت بود و بر این اساس ۴ جلسه مصاحبه کانونی با یک گروه ۹ نفری متشکل از زنان این محدوده سنی در مقاطع مختلف تحصیلی صورت گرفت. در مورد اندازه گروه نظرهای گوناگونی مثل ۶ تا ۱۲، ۶ تا ۱۰، ۵ تا ۱۰ (اشتروربت^۳ و کارپنتر،^۴ ۲۰۰۷، بورنز و گراو، ۲۰۰۶، پولیت^۵ و یک،^۶ ۲۰۰۶ نقل از خسروی و عابدسعیدی، ۱۳۸۹) مطرح شده است. در این

1. Burns, N.
2. Grove, S. K.
3. Streubert, S. H. J.

4. Carpenter, R. D.
5. Polit, D. F.
6. Beck, T. C.

7. open coding
8. axial coding
9. selective coding

رضایت از خویشتن، کد انتخابی صلاحیت به وجود آمد. بنابراین با در نظر گرفتن جامعیت، همگنی و همپوشی، مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی زنان در ۷ مقوله یا کد انتخابی مشخص شد. پس از انجام کدگذاری و مصاحبه، پژوهشگر نیز به طور جداگانه فرایند کدگذاری را بررسی و صحت نحوه انجام آن را تأیید کرد.

درونی) استفاده شد. در مرحله بعد با توجه به پیوند کدهای باز با یکدیگر، الگوها و مفاهیم مشترک آن‌ها استخراج و ۲۵ کد محوری مشخص شد. نام‌های انتزاعی برای مقوله‌های محوری انتخاب شد تا کدهای مرتبط و متفاوت را شامل شود. این کدها پس از بررسی، تجمیع و تلخیص شد و کدهای انتخابی را به وجود آورد. برای مثال از تجمیع سه کد ارزشمندی، توانمندی و

جدول ۱
نمونه‌ای از کدگذاری مقوله صلاحیت

نمونه داده‌های خام	کدهای باز	کدهای محوری	کد انتخابی
برای خانواده‌ام مهم هستم. به نیازهای من توجه می‌کنند. به حرف‌هایم گوش می‌کنند.	مورد اهمیت بودن / مورد توجه بودن	ارزشمندی	صلاحیت
وقتی می‌توانم به دیگران کمک کنم احساس خوبی را تجربه می‌کنم. حس می‌کنم به درد می‌خورم.	کمک به دیگران / احساس خوب/ به درد خوردن	مفید بودن / توانمندی	صلاحیت
زندگی اجتماعی‌ام خیلی خوب است. در کارم موفقم. به لحاظ حرفه‌ای خیلی روی من حساب می‌کنند، جاهای مختلفی کار کرده‌ام و همه‌جا از کارم راضی بودند. در درس هم موفقم. هم خوب یاد می‌گیرم هم به دوستانم خوب یاد می‌دهم.	تجربه موفقیت در شغل و تحصیل / آموزش به دوستان	توانمندی / مفید بودن	صلاحیت

مختلف اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی در گستره سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، اطلاعات گرفته شود تا احتمال انتقال‌پذیری^۲ یافته‌های پژوهش افزایش یابد.

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های حاصل از تحلیل کیفی داده‌ها، برگرفته از مصاحبه‌های عمیق فردی با زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله در سطوح مختلف اقتصادی - اجتماعی، بحث در گروه‌های کانونی و مصاحبه با کارشناسان ترکیب و مثلث‌سازی^۳ و ۷ مقوله به عنوان مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی زنان مشخص شد. این مقوله‌ها و زیرمقوله‌های آن‌ها، که در جدول ۲ نشان داده شده عبارت است از: آرامش و امنیت در گستره روابط، صلاحیت، رشدیافتگی، تسلط و مهارگری، هدفمندی، اهمیت دادن به خود، و استقلال. هر کدام از این مقوله‌ها را می‌توان با توجه به کدهای محوری سازنده آن بررسی کرد.

در این پژوهش، روایی داده‌ها با درگیری طولانی‌مدت و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها توسط پژوهشگر و بازنگری متن کدگذاری‌شده مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان مشخص شد. بازبینی مشارکت‌کنندگان به صورت بررسی و تأیید متن مصاحبه و کدهای استخراج‌شده انجام شد.

بررسی دقیق داده‌ها توسط ناظر خارجی هم به افزایش میزان ثبات پژوهش کمک کرد.

درضمن برای افزایش تأییدپذیری^۱ پژوهشگر تلاش کرد تا همه مراحل پژوهش، اعم از جمع‌آوری داده‌ها، و تحلیل و طبقه‌بندی آن‌ها را به طور کامل تشریح کند تا خواننده با خواندن نتایج قادر به ممیزی پژوهش باشد. درضمن، همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد، این فرایند در اختیار چند تن از روان‌شناسان قرار گرفت تا صحت نحوه انجام پژوهش تأیید شود.

علاوه بر این در نمونه‌برداری سعی شد از زنان در سطوح

جدول ۲

مؤلفه های بهزیستی روان شناختی زنان ایرانی

مقوله	زیر مقوله
آرامش و امنیت در گستره روابط	تجربه ارتباط خوب و صمیمی با دیگران آسودگی خیال از وضعیت سلامت اعضای خانواده نبود تعارض یا اختلاف بین اعضای خانواده انجام فعالیت‌های آرام‌بخش که منجر به تخلیه هیجانی شده
صلاحیت	احساس ارزشمندی احساس توانمندی احساس رضایت از خویشتن
رشدیافتگی	در ارتباطات در سایر موارد
تسلط و مهارگری	احساس کنترل و تسلط بر زندگی درماندگی ناشی از تجربه تضاد و تعارض‌ها و تسلیم شدن درماندگی ناشی از نارسایی قوانین حقوقی، محدودیت‌های فرهنگی و محدودیت‌های مذهبی اعتقاد به بخت و سرنوشت
هدفمندی	هدف داشتن و تمایل به پیشرفت کردن برنامه‌ریزی و نظم برای رسیدن به هدف حرکت و تلاش در جهت تحقق آرزوها و اهداف
اهمیت دادن به خود	توجه به تغذیه و سلامتی توجه به ظاهر خود و جذابیت جسمانی داشتن سبک زندگی فعال
استقلال	خودمختاری استقلال مالی

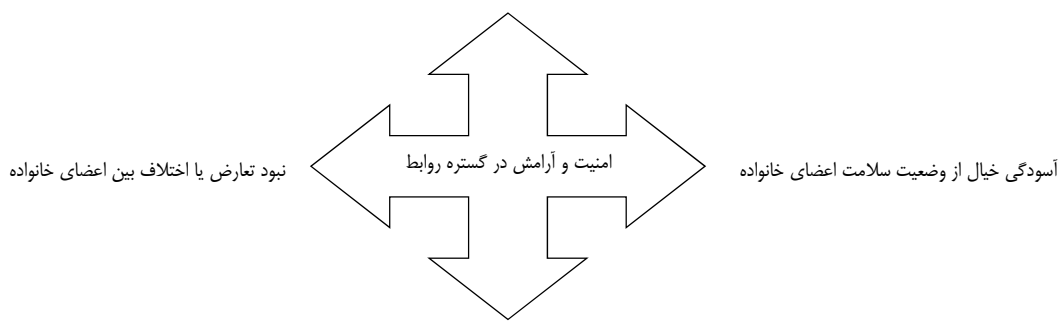
مؤلفه‌های این مقوله است.

علاوه بر این، وجود عوامل تنیدگی‌زا در خانواده، همچون بیماری یکی از نزدیکان و مشکلات مربوط به تنهایی، سلامت و مراقبت از والدین در این میان سهم مهمی دارد. در کنار تعاملات و امنیت درون‌خانوادگی، برخورداری از روابط انرژی‌بخش در گستره فضای اجتماعی، انرژی روانی مورد نیاز را در تجربه بهزیستی روان‌شناختی مهیا می‌کند. زیرمقوله‌های این طبقه در شکل ۱ آمده است.

آرامش و امنیت در گستره روابط: در این مقوله، که از

مهم‌ترین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در زنان ایرانی است، احساس ایمنی در چارچوب فضای درون‌خانوادگی بسیار تأثیرگذار است. این احساس از یک‌سو ناشی از وجود آرامش در روابط افراد مهمی است که در زندگی آزمودنی‌ها نقش دارند (برای مثال والدین)؛ و از سوی دیگر متأثر از روابط اعضای خانواده با خود آزمودنی است. وجود تفاهم، ظرفیت مناسب حل تعارض و احترام و صمیمیت در روابط بین فردی خانواده از

تجربه ارتباط خوب و صمیمی با دیگران



انجام فعالیت‌هایی که منجر به تخلیه هیجانی شده و آرامبخش است.

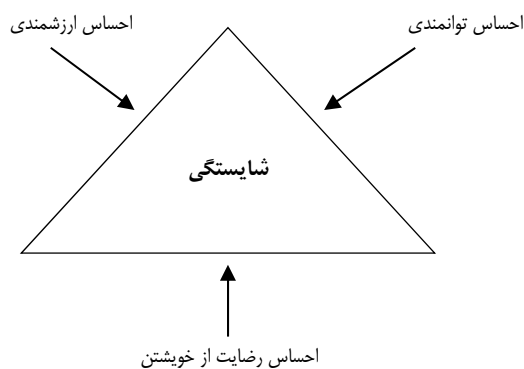
شکل ۱. مقوله آرامش و امنیت در گستره روابط

رشدیافتگی: یافته‌های تحلیل کیفی نشان‌دهنده تغییرات مطلوبی است که در طول زمان و بر اثر تجربیات مختلف در فرد ایجاد می‌شود. این تغییرات از یک سو در روابط با دیگران (خانواده، دوستان، دیگران و...) رخ می‌دهد و شامل تلاش برای حفظ و بهبود رابطه، نداشتن قضاوت در مورد دیگران، توجه به تفاوت‌های فردی، ارزش‌گذاری و قدردانی از دیگران، توجه به نیازها و دیدگاه طرف مقابل، درک کردن دیگران، توانایی حفظ و برقراری ارتباط به رغم تضادهای فکری و... است؛ و از طرف دیگر بر مواردی مانند ظرفیت حل مسئله و شیوه‌های رسیدن به اهداف، واقع‌گرایی (داشتن نگاه واقع‌بینانه‌تر به مسائل)، مسئولیت‌پذیری، نحوه درست برخورد با ترس‌ها و نگرانی‌ها، قدرت سازگاری و چالش‌پذیری فرد تأثیر می‌گذارد. برای مثال می‌توان به اظهارات دو نفر از شرکت‌کننده‌ها توجه کرد:

شرکت‌کننده شماره ۸: «وقتی ازدواج می‌کنی مخصوصاً وقتی صاحب فرزند می‌شوی قدر پدر و مادر را می‌دانی. آدم تجربه‌هایی کسب می‌کند و وقتی به گذشته‌اش فکر می‌کند می‌فهمد چقدر پدر و مادر برایش زحمت کشیده‌اند.»

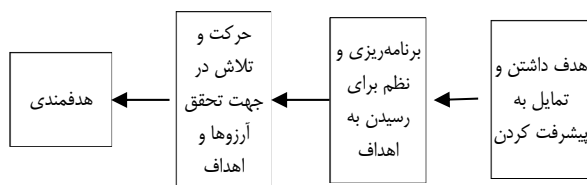
شرکت‌کننده شماره ۹: «یواش یواش یاد گرفتم چطور برخورد کنم، در زندگی متأهلی آدم باید از یک سری از خواسته‌های خودش کوتاه بیاید، توافق کند و علت مسئله را پیدا کند و طبق منطق جاری و عرف به یک توافق برسد که هر دو طرف راضی باشند، زیرا دو تا آدم کنار همدیگر یک سطح منطق ندارند.»

صلاحیت: در این مقوله مورد پذیرش و توجه دیگران قرار گرفتن (برای مثال والدین یا همسر) به اشکال مختلف، مانند توجه به نیازهای فرد، باعث احساس ارزشمندی می‌شود و از سوی دیگر حمایت کردن از دیگران یا کسب موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی و مورد مشورت و اعتماد دیگران قرار گرفتن، احساس توانمندی را، که منبع مهمی در تجربه صلاحیت است، به وجود می‌آورد. علاوه بر این، احساس رضایت از خویشتن، که به دلایل مختلف از جمله احساس رضایت از عمل کردن بر اساس چارچوب ارزشی و پذیرش خویشتن ایجاد می‌شود، نیز سهم مهمی در تجربه صلاحیت دارد. آنچه در تجربه این احساس اهمیت داشت، رابطه، معکوس بهزیستی روان‌شناختی با عمل کردن برخلاف ارزش‌های فرد بود، این مسئله نارضایتی از خویشتن را به دنبال داشت. همان‌گونه که در شکل ۲ آمده، پیوند این سه زیرمقوله، طبقه صلاحیت را به وجود می‌آورد.



شکل ۲. مقوله صلاحیت

برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف و هم‌چنین تلاش برای رسیدن به اهداف بود؛ به گونه‌ای که زندگی برای فرد ارزش زیستن داشته باشد. در این مقوله مسئله مهم این است که هدف داشتن و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف به‌تنهایی به افزایش بهزیستی منجر نمی‌شود و تلاش برای رسیدن به هدف عامل مهم‌تری در بهزیستی است. طبق ابراز خود افراد، هنگامی که آنان برای رسیدن به هدف خویش تلاش می‌کنند، اما مطلوب حاصل نمی‌شود، احساسات منفی کمتری درمقایسه با زمانی دارند که هدف داشتند و برنامه‌ریزی می‌کردند، ولی به آن عمل نمی‌کردند یا برای رسیدن به آن تلاش نمی‌کردند. افراد در چنین وضعیتی موجی از احساسات منفی و سرزنش خود را تجربه می‌کنند که در کاهش بهزیستی مؤثر است.

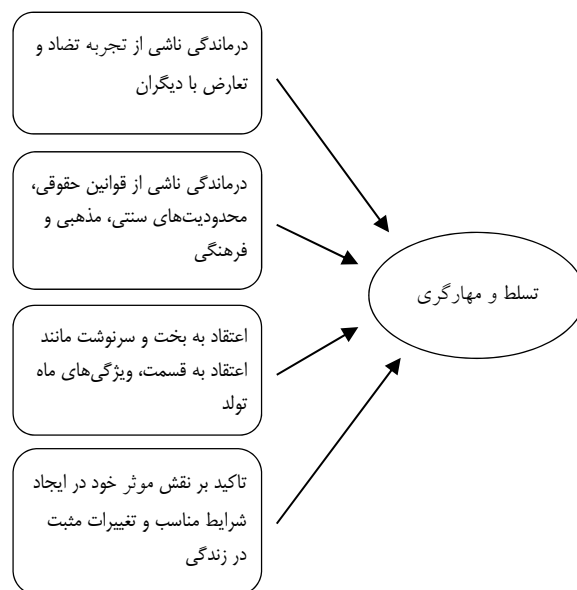


شکل ۴. مقوله هدفمندی

اهمیت دادن به خود: توجه به تغذیه و سلامت، سبک زندگی فعال و ظاهر و جذابیت جسمانی نقش مؤثری در تجربه بهزیستی روان‌شناختی زنان دارد. نوع تغذیه و کیفیت آن، اهمیت دادن به سلامت و مراقبت از خود، میزان فعالیت بدنی و ورزش کردن از یک‌سو و پر کردن اوقات فراغت با فعالیت‌های مطلوب و خوشایند برای افزایش روحیه و ارتقای خویشتن (شرکت در کلاس‌های مختلف، تفریح با دوستان) از سوی دیگر، نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی زنان دارد.

علاوه بر این، توجه به ظاهر و جذابیت جسمانی برای زنان همواره مهم بوده است. بنابراین احساس رضایت از ویژگی‌های جسمانی خویش و جذابیت ظاهری از نگاه دیگران یکی دیگر از مواردی است که در بهزیستی زنان در این سنین نقش دارد. زیرمقوله‌های این بعد در شکل ۵ آمده است. توضیحات سه نفر از شرکت‌کنندگان در این زمینه به شرح زیر است:

تسلط و مهارگری: تسلط و مهارگری به معنای تأکید بر نقش مؤثر فرد در ایجاد موقعیت مناسب و ایجاد تغییرات مثبت در زندگی است. تجربه احساس درماندگی، و اعتقاد به بخت و سرنوشت نیز به احساس نداشتن مهار در فرد منجر می‌شود. این بعد در شکل ۳ نشان داده شده است. تحلیل دقیق‌تر این بعد نشان‌دهنده چالش‌های زنان و چگونگی برخورد آن‌ها با این چالش‌هاست. آنان هنگام روبه‌رو شدن با تعارضات، گاه تسلیم وضعیت‌های مختلف یا رخداد‌های زندگی می‌شوند و آن را به بخت و سرنوشت و شانس و تصادف نسبت می‌دهند. در مواردی نیز تلاش‌هایشان برای رسیدن به خواسته‌هایشان با ممنوعیت‌های سنتی، فرهنگی، مذهبی و حقوقی همراه می‌شود. به طور کلی تأکید بر نقش مؤثر خود در ایجاد وضعیت مطلوب و تغییرات مثبت در زندگی در بهزیستی روان‌شناختی زنان بسیار مهم است، اما آنچه از بررسی داده‌های کیفی مشخص شد، تجربه احساس درماندگی ناشی از توجه نکردن به نقش مؤثر خود در تعیین سرنوشت خویش بود، که قطعاً بر بهزیستی روان‌شناختی آنان مؤثر است.

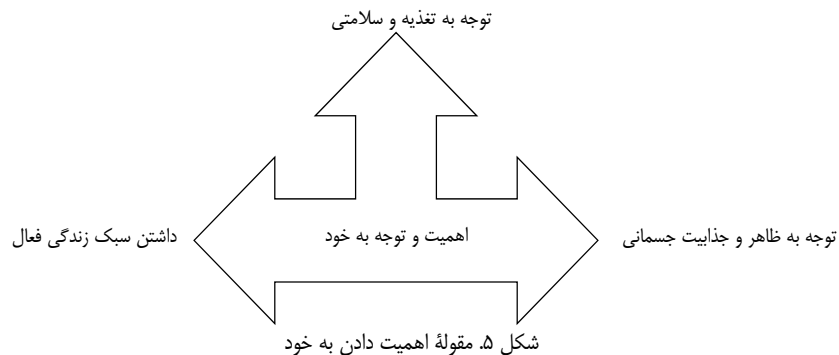


شکل ۳. مقوله تسلط و مهارگری

هدفمندی: همانگونه که در شکل ۴ مشاهده می‌شود، مقوله هدفمندی شامل گستره‌ای از توضیحات در مورد آینده و اهداف و باانگیزه بودن در زندگی؛ تمایل به پیشرفت و

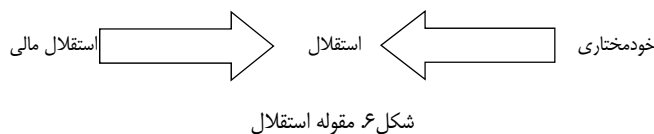
می‌روم. هم یک تفریح برای خودمان است، هم بچه‌ها یک ذره سرگرم می‌شوند.»
شرکت‌کننده شماره ۱۰: «من در هفته سه روز می‌روم باشگاه ورزش می‌کنم و این خیلی برایم مهم است.»

شرکت‌کننده شماره ۹: «وقتی خانم‌ها پوستشان خوب است، حالشان خوب است، نوعی حس و حال خوبی می‌گیرند اعتماد به نفس بیشتری پیدا می‌کنند، پس باید به خودشان برسند.»
شرکت‌کننده شماره ۸: «دوبار در ماه با دوستانم بیرون



البته انعطاف‌پذیری شغل نیز از مواردی است که می‌تواند تنیدگی ناشی از شاغل بودن را کاهش دهد. توضیح دو نفر از شرکت‌کنندگان به عنوان نمونه به شرح زیر است:
شرکت‌کننده شماره ۸: «موقعی که آدم می‌آید توی خانه خودش به قول معروف یک تسلطی را توی زندگی خودش دارد و می‌تواند هر نظری خواست بیان کند.»
شرکت‌کننده شماره ۳: «خیلی مشکلاتمان زیاد بود؛ من به خاطر وابستگی مالی خیلی نمی‌توانستم مقاومت کنم؛ این‌ها کم‌کم باعث شد وابستگی من بیشتر هم بشود.»
یکی از شرکت‌کنندگان بحث گروهی: «وقتی خودم درآمد داشته باشم می‌توانم هر چه دوست دارم برای خودم بخرم. حتی می‌توانم برای آن‌هایی که دوستشان دارم هدیه بخرم و خوشحالشان کنم.»

استقلال: استقلال از منابع مهم بهزیستی زنان است. همان‌طور که در شکل ۶ آمده است، منظور از استقلال مقوله‌ای است که دو محور استقلال عمل و استقلال مالی را در برمی‌گیرد. استقلال عمل در برگیرنده استقلال فکری و رفتاری است. این زیرمقوله با تلاش برای رسیدن به استقلال، ایستادگی و مقاومت برای کسب استقلال، و احساس رضایت از زندگی مستقلانه مشخص شد. استقلال مالی نیز به عنوان عامل مهم در تجربه احساسات مطلوب نقش دارد. وابستگی مالی به نارضایتی، تجربه احساسات مورد سوءاستفاده قرار گرفتن و تسلیم شدن منجر می‌شود. جست‌وجوی کار و پیدا کردن کار مورد علاقه، موجب افزایش هیجان‌های مطلوب در زنان می‌شود. اشتغال به‌رغم تنیدگی‌هایی که به همراه دارد، از یک‌سو به افزایش ارتباطات اجتماعی فرد و از سوی دیگر به کاهش وابستگی زنان به خانواده منجر می‌شود.



و مهارگری، هدفمندی، اهمیت دادن به خود و استقلال جست‌وجو می‌کنند. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده، برخی از این مقوله‌ها با مفاهیم و نظریه‌های بهزیستی و روان‌شناسی مثبت، که پیش از این مطرح شده، مشترک است.

بحث

در یک جمع‌بندی کلی، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که زنان جوان ایرانی عوامل مهم بهزیستی خویش را در ۷ مقوله آرامش و امنیت در گستره روابط، صلاحیت، رشدبافتگی، تسلط

مصادیق تفصیلی این مقوله‌ها در بسیاری از موارد در بستر فرهنگ و چهارچوب اجتماعی معنا می‌یابد.

البته باید توجه کرد که به رغم شباهت مقوله‌های به‌دست‌آمده در این بررسی با مقوله‌های کلاسیک بهزیستی روان‌شناختی،

جدول ۳

اشتراکات مؤلفه‌های بهزیستی زنان ایرانی با مؤلفه‌های ریف و سلیگمن

مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف	نظریه بهزیستی پرما سلیگمن	(نیازهای بنیادین روان‌شناختی) دسی و ریان
روابط مثبت با دیگران	روابط مثبت	ارتباط
استقلال عمل	-	استقلال عمل
هدف داشتن	زندگی بامعنا	-
برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف	-	-
تلاش برای رسیدن به هدف	-	-
رشد شخصی	دستاوردها	-
تسلط بر محیط	-	-
احساس ارزشمندی	-	صلاحیت
احساس توانمندی	-	-
احساس رضایت از خویش	پذیرش خود	-
-	-	-
-	هیجان مثبت	-
-	مجنوبیت	-

بر تأثیر بر بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت جسمانی نیز مؤثر است.

این مقوله در بررسی بهزیستی روان‌شناختی زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله ایرانی به صورت آرامش و امنیت در گستره روابط پدیدار می‌شود. از منظر روان‌شناسی تحولی، در این مرحله، سرمایه‌گذاری از راه پیوند و صمیمیت با دیگران و شناخت خود در آینه دیگران اهمیت زیادی دارد. تجربه ارتباط خوب و صمیمانه با دیگران به‌خصوص نزدیکان از عوامل مهم و تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی زنان، بسیار بارز بود. رابطه با دوستان هم‌جنس و غیرهم‌جنس نیز مورد توجه بود. چنین تجربیاتی، چه خوشایند چه ناخوشایند، و کیفیت روابط با جنس مخالف بر رفتارها و انتخاب‌های فعلی آنان تأثیر گذاشته بود. تجربه امنیت و صداقت در همه این روابط و تمایل به صحبت درباره مسائل شخصی خود با دیگران بدون ترس از قضاوت شدن و مورد سوءاستفاده قرارگرفتن برای زنان بسیار اهمیت داشت. تأکید زنان بر واژه

آرامش و امنیت در گستره روابط: به رغم تفاوت‌های

فرهنگی شرق و غرب در قلمرو بهزیستی (جوشن‌لو و ویجرز، ۲۰۱۳) ارتباط با دیگران، یکی از منابع مهم بهزیستی روان‌شناختی در همه جوامع انسانی است. برقراری ارتباط، به عنوان نیاز بنیادین (دسی و ریان، ۱۹۸۵)، عامل مؤثر در تاب‌آوری در گستره زندگی (میکولینسر و فلورین، ۱۹۹۸) و یکی از ارکان اصلی نظریه‌های بهزیستی (ریف، ۱۹۸۹؛ سلیگمن، ۲۰۱۱)، نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند. این مقوله در نظریه ریف به معنای برقراری سطوحی از روابط پایدار و رضایت‌بخش، توجه به بهزیستی دیگران، همدردی، و عطوفت و صمیمیت با دیگران است (ریف، ۲۰۰۲ نقل از والدی، ۲۰۱۴). هم‌چنین ریف (۲۰۰۱) شواهدی را مرور کرده مبنی بر این‌که روابط مثبت با دیگران بر کنش‌های فیزیولوژیک نیز مؤثر است و موجب ترشح هورمون اکسی‌توسین و منجر به خلق مثبت و تسکین تنیدگی می‌شود. بنابراین روابط مثبت با دیگران علاوه

از ازدواج فرزندان هم‌چنان ادامه دارد. برعکس جوامع غربی، دختری که ازدواج می‌کند علاوه بر این که با والدین خود در ارتباط است، نگران وضعیت آنان هم می‌شود (هوانگ، ۲۰۱۳). هم‌چنین برخی از فعالیت‌ها به تخلیه هیجانی و آرامش افراد منجر می‌شود. صحبت کردن در مورد اتفاقاتی که در مراحل مختلف زندگی رخ داده و ما را نگران کرده با کسی که مورد اعتماد ماست یا با خداوند که معتمدترین است، گریه کردن، شنیدن موسیقی، هم‌چنین فعالیت‌های فیزیکی مانند ورزش و رقص به آرامش فرد منجر می‌شود. وقتی انسان‌ها انرژی‌های خود را تخلیه می‌کنند رفتارهایشان بهتر می‌شود و می‌توانند ارتباطات مؤثرتری با دیگران برقرار کنند.

صلاحیت: این مقوله از نیازهای بنیادین روان‌شناختی در نظریه خودتعیین‌گری دسی و ریان (۱۹۸۵) است. براساس یافته‌های پژوهشی ارضای این نیاز موجب رضایت از زندگی و بهزیستی مناسب افراد می‌شود (شلدون و نیمیک، ۲۰۰۶) و احساسی ایجاد می‌کند که ناشی از ارزشیابی خویش به شکل‌های مختلف است و بازخورد مثبت از خویش را در پی دارد. این مقوله را در زنان ایرانی می‌توان در محورهای احساس ارزشمندی، احساس توانمندی و احساس رضایت از خویش بررسى کرد. احساس ارزشمندی با حرمت خود^۳ ارتباط دارد و به طور کلی حرمت خود به معنی حس ارزشمندی شخص و ناشی از مورد توجه و پذیرش دیگران قرارگرفتن است. توجه به نیازها و علائق فرد و اهمیت دادن به وی به تجربه احساس خوب ارزشمندی منجر می‌شود.

زیرطبقه دیگر صلاحیت احساس توانمندی است. احساس توانمندی بدین معناست که فرد به این باور برسد که از عهده انجام امور برمی‌آید و تجربیات او نیز در این زمینه این حس را تأیید می‌کند. تیئرنی و فارمر (۲۰۰۲) باور به توانایی خود را معادل خودکارآمدی می‌دانند. یافته‌های پژوهش صیدیقی (۲۰۱۵) ارتباط خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی را تأیید می‌کند. پژوهش بندورا و لاک (۲۰۰۳) هم نشان داد که درک خودکارآمدی سطح بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد.

امنیت نشان از نایمینی و نداشتن اعتماد در روابط آنان دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که سطح اعتماد با شادمانی، هیجانات مثبت (چانگ، ۲۰۰۹^۱ نقل از هلیول و ونگ، ۲۰۱۱) و رضایت از زندگی (ایپ^۲ و دیگران، ۲۰۰۷ نقل از هلیول و ونگ، ۲۰۱۱) ارتباط مستقیم دارد. پژوهش هلیول و ونگ (۲۰۱۱) نشان داد که اعتماد و بهزیستی به شدت با یکدیگر رابطه دارند و کسانی که احساس می‌کنند در یک محیط قابل اعتماد زندگی می‌کنند سطح بالایی از بهزیستی فاعلی را تجربه می‌کنند.

صمیمیت در روابط بین فردی خانواده نیز از دیگر ویژگی‌های مهم خانواده سالم است (جوزفیک و پیلکی، ۲۰۱۰). وجود صمیمیت به معنی نزدیکی، دوستی و پیوند اعضای خانواده با یکدیگر است. صمیمیت باعث می‌شود افراد در ابراز نظرات و مشکلات خود احساس راحتی کنند و در صورت لزوم از حمایت خانواده برای مقابله با مشکلاتشان بهره‌مند شوند (پارک و والتون - ماس، ۲۰۱۲). نتایج تحقیق کهریزه، بزازیان و قمری (۱۳۹۳) نیز نشان داد افرادی که در محیط خانواده حمایت‌کننده و کم‌تعارض زندگی می‌کنند شادکامی و بهزیستی بیشتری دارند. دوج، دالی، هویتون و سندرز (۲۰۱۲) نیز معتقدند منابع اجتماعی روان‌شناختی مثل دریافت حمایت از دیگران نقش مهمی در مقابله با چالش‌های زندگی فرد ایفا می‌کند. در این پژوهش هم‌سو با پژوهش مرتضوی و دیگران (۲۰۰۹) نقل از دراون و زایدی، (۲۰۱۴) و برخلاف پژوهش‌های برانان و دیگران (۲۰۱۳) حمایت خانواده با بهزیستی زنان مرتبط بود و این مسئله اهمیت خانواده را در فرهنگ جمع‌گرا و سنتی ایرانی نشان داد.

به جز امنیت که در گستره روابط زنان ایرانی بسیار مهم است، فقدان تنیدگی‌های روانی (مانند بیماری یکی از نزدیکان و مشکلات مربوط به تنهایی، سلامت و مراقبت از والدین) نیز برای زنان ایرانی بسیار مهم و بالارزش بود. این حیطة در پژوهش‌های غربی مغفول مانده است. با توجه به جمع‌گرا بودن جامعه ایرانی، توجه به بهزیستی روان‌شناختی بدون توجه به وضعیت سلامت خانواده و تعاملات درون آن میسر نخواهد بود و تعامل و تداوم ارتباط بین نسل‌ها در جوامع شرقی حتی پس

ریف به عنوان مؤلفه‌ای اساسی مطرح است و در بهزیستی زنان ایرانی از طریق ارتباط با احساس توانمندی و احساس ارزشمندی مقوله‌ی صلاحیت را به وجود می‌آورد. ریف پذیرش خود را به عنوان توانایی عمل کردن و خوب بودن در فعالیت‌ها، کامل بودن و داشتن بازخورد مثبت از خویشان تعریف می‌کند (ریف و سینگر، ۲۰۰۸).

رشدیافتگی: منظور تغییرات مطلوبی است که در طول زمان بر اثر تجربیات مختلف در فرد ایجاد می‌شود. رشدیافتگی از عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی زنان در این بررسی بود. به طور کلی زنان وقتی از تغییرات مثبتی صحبت می‌کردند که در طول زمان در آنان رخ داده بود، چه این تغییرات مربوط به بهبود روابطشان با دیگران بود (الان خیلی بهتر درک می‌کنم) چه در سایر موارد (به نظرم این چالش‌ها من را خیلی قوی‌تر کرده)، احساس‌ها و هیجان‌های مطلوب را گزارش می‌کردند. رشدیافتگی به معنی توجه به تحول، استقبال از تجربیات جدید (چالش‌پذیری)، بهبود در خود و رفتار در طول زمان، تعامل مستقیم و تحول مداوم، گشودگی به تجربیات جدید و مردم، گسترش و بهبود کار، تلاش برای تحقق استعدادها و احساس این است که استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طی زمان و طول عمر او بالفعل خواهد شد. در میان همه‌ی جنبه‌های بهزیستی، رشدیافتگی نزدیک‌ترین معنا به فضیلت‌گرایی ارسطو است و در نتیجه به طور آشکار و صریح مرتبط با تحقق خویششن افراد است. نظریه‌های گستره‌ی عمر (بوهلر،^۳ اریکسون، نیوگارتن^۴ و یونگ) نیز تأکید صریح بر رشد مداوم و مقابله با چالش‌های جدید در دوره‌های مختلف عمر دارد (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). احساس رشد دائمی و تلاش برای دستیابی به قابلیت‌های وجودی انسان با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است و رشد شخصی بر پایه‌ی پیوند سه نیاز بنیادین روان‌شناختی صلاحیت، استقلال عمل و ارتباط به وجود می‌آید (بهرامی و کرنی، ۲۰۱۵).

تسلط و مهارگری: زمانی حس تسلط و مهارگری به وجود می‌آید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد (باثر و مولر، ۲۰۰۶). بنابراین کسی که حس تسلط بر محیط دارد

نتایج پژوهش‌های راس (۲۰۰۹) و کاپرارا، استکا، ژربینو، پاسیلو و اوچینو (۲۰۰۶) نیز نشان‌دهنده‌ی آن است که خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسب برای بهزیستی روان‌شناختی است. علاوه بر این افراد خودکارآمد در اهداف چالش‌برانگیز درگیر می‌شوند و این امر نیز به افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان منجر می‌شود. همچنین احساس توانمندی از طریق رشد و گسترش ارتباطات فرد بر بهزیستی مؤثر است، برعکس احساس ناتوانمندی که به رفتارهای اجتنابی و کاهش روابط فرد با دیگران منجر می‌شود، احساس توانمندی با اثرگذاری بر حرمت خود و ارتباط با مقوله‌ی صلاحیت بهزیستی زنان را افزایش می‌دهد. این افراد در برخورد با مشکلات زندگی بیشتر تلاش می‌کنند و سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند.

یکی دیگر از زیرطبقه‌های صلاحیت احساس رضایت از خویششن است. این احساس به دلایل مختلف مانند احساس رضایت از عمل کردن براساس چهارچوب ارزشی خود و پذیرش خویششن (پذیرش نقاط ضعف خود) ایجاد می‌شود. اعتقاد به ارزش‌ها (وفاداری، صداقت و راستگویی، گذشت، مهربانی، کمک به دیگران از جمله والدین...) و پابندی به آن در زندگی به انبساط خاطر و افزایش خلق زنان منجر می‌شود و عمل کردن برخلاف ارزش‌ها احساس گناه و بیزاری از خویششن در آن‌ها ایجاد می‌کند. پژوهش‌های یوشیدا^۱ و دیگران (۲۰۰۸) نقل از یوشیدا و اوگی‌هارا، (۲۰۱۲) نیز نشان داده است که جست‌وجوی اهداف منطبق با ارزش‌های فرهنگی بهزیستی را افزایش می‌دهد. همچنین پذیرش خود باعث می‌شود این افراد روابط بهتری با دیگران داشته باشند، رضایت بیشتری از زندگی خود ابراز کنند، ارزیابی آن‌ها از ویژگی‌های خود صحیح‌تر باشد و هیجان‌های منفی خود را بهتر مهار کنند. در واقع پذیرش خود نوعی بینش است که باعث می‌شود فرد در مورد نقاط قوت و ضعف خویششن به آگاهی برسد (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). دیویس و هویت (۲۰۰۳) بر این باورند که سطوح پایین‌تر پذیرش خود با سطوح بالاتر مشکلات روانی همراه است (نل، ۲۰۱۱^۲). نقل از مولایی‌یساولی و دیگران، (۱۳۹۴). پذیرش خویششن در نظریه

1. Uchida, Y.
2. Nel, L.

3. Buhler, C.
4. Nugarten, B. L.

مورد بررسی را ناشی از شرایط اجتماعی حاکم بر وضعیت آنان دانسته است، شرایطی که باعث ایجاد این تصور در آنان شده که نقش مهم و تأثیرگذاری بر سرنوشت خویش ندارند.

هدفمندی: زندگی بامعنا (سلیگمن، ۲۰۱۱) و هدفمندی (ریف، ۱۹۸۹) از جمله ارکان مهم بهزیستی روان‌شناختی است. انسان‌ها به طرز اجتناب‌ناپذیر به دنبال معنا و هدف در زندگی هستند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش نیز داشتن هدف، برنامه‌ریزی و تلاش برای رسیدن به هدف را موجب معنا داشتن زندگی خویش می‌دانستند. هم‌چنین داشتن هدف و تلاش نکردن برای رسیدن به آن یا تبدیلی، احساس‌های نامطلوب را در آنان افزایش می‌داد. در چنین شرایطی موجی از احساس‌های منفی و سرزنش خود را تجربه می‌کردند که در کاهش بهزیستی آنان مؤثر بود. از دیدگاه اپستاین (۲۰۰۳) داشتن هدف و برنامه در زندگی مشروط به این است که فرد دنیا را معنادار بداند. افرادی که دنیا را معنادار نمی‌دانند، نمی‌توانند نظم خاصی برای رخدادهای آن بیابند، احساس می‌کنند مهار هیچ رویدادی در دست آنان نیست و نمی‌توانند بر زندگی خود تأثیر داشته باشند. از طرفی معنادار شدن به زندگی و داشتن هدف، بسیاری از مشکلات و رخدادهای ناگوار را تحمل‌پذیر می‌کند. استیگر و دیک (۲۰۱۰) معتقدند وجود هدف در زندگی به طور مثبت با رضایت از زندگی و شادکامی رابطه دارد. حجم زیادی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد دستیابی به اهداف با بهزیستی ارتباط دارد، مخصوصاً اهدافی که برای فرد اهمیت دارد و سطح چالش آن‌ها متوسط - نه آسان، نه سخت - است (سیکزنت میهالی^۹، ۱۹۹۸ نقل از ریان و دسی، ۲۰۰۱). البته فرهنگ نیز نقش مهمی در اعتقادات و ارزش‌هایی دارد که به زندگی معنا و هدف می‌دهد. همان‌طور که پژوهش‌های دراون و زایدی (۲۰۱۴) نشان می‌دهد، فرهنگ اهداف زندگی را مشخص و بهزیستی افراد را متأثر می‌کند. برخی از پژوهش‌ها مؤید آن است که جست‌وجوی اهداف منطبق با جریان ارزش‌های فرهنگی بهزیستی را افزایش و انحراف از جریان فرهنگی بهزیستی را کاهش می‌دهد (اویشی و داینر،

در جنبه‌های مختلف محیط مداخله می‌کند، آن را تغییر می‌دهد و ارتقا می‌بخشد (کیز، ۲۰۰۲). تسلط بر محیط رابطه قوی با مسند مهارگری^۱ دارد. مسند مهارگری به معنی تمایل فرد به دیدن حوادث تحت مهار درونی یا بیرونی است (لوید^۲ و هاستینگ^۳، ۲۰۰۹ نقل از شجاعی و فرنچ، ۲۰۱۴). از آنجا که مسند مهارگری اعتقاد فرد به توانایی مهار چیزهایی است که در زندگی اتفاق افتاده، به نظر می‌رسد نقش مهمی در سلامت روانی افراد داشته باشد. افرادی که مسند مهارگری درونی دارند اعتقاد دارند پیامدها نتیجه اعمال خودشان است و افرادی که مسند مهارگری بیرونی دارند پیامدها را نتیجه شانس، تصادف، بخت و عوامل محیطی می‌دانند. اعتقاد بسیاری از پژوهشگران این است که مسند مهارگری حتی تعیین‌کننده اصلی در واکنش به بیماری‌هاست. داشتن مسند مهارگری درونی پیش‌بینی‌کننده مهمی در مقابله با اختلالات روانی و جسمانی است. افراد با مسند مهارگری درونی واکنش‌های فیزیولوژیک خود را، مانند برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار و ترشح کورتیزول، در شرایط تنیدگی را محدود می‌کنند. این مهار شخصی سطح سیستم ایمنی و سلامت روانی را افزایش می‌دهد (لئوتی^۴، لینگار^۵ و اوچنر^۶، ۲۰۱۰ نقل از شجاعی و فرنچ، ۲۰۱۴). بررسی شجاعی و فرنچ (۲۰۱۴) نیز نشان داد مسند مهارگری با همه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف از جمله تسلط بر محیط رابطه دارد. در این پژوهش هم زیرمقوله‌های تسلط و مهارگری، اعتقاد به بخت، شانس و تصادف، محدودیت‌های سنتی، مذهبی، فرهنگی و حقوقی، و تسلیم شدن در برابر شرایطی که فرد را دچار تعارض می‌کند نشان‌دهنده مسند مهارگری بیرونی زنان بود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد مسند مهارگری ممکن است تغییر کند و تحت تأثیر تجربه‌ها و شرایط اجتماعی اقتصادی قرار گیرد (مک‌آرتور^۷، ۱۹۹۹ نقل از شجاعی و فرنچ، ۲۰۱۴). بنابراین یافته‌های این پژوهش، هماهنگ با نظریه یادگیری اجتماعی که مسند مهارگری را ناشی از شرایط اجتماعی (راتر^۸، ۱۹۷۵ نقل از شجاعی و فرنچ، ۲۰۱۴) می‌داند، مسند مهارگری بیرونی زنان

1. locus of control
2. Lloyd, T.
3. Hastings, R. P.

4. Leotti, L. A.
5. Iyengar, S. S.
6. Ochsner, K. N.

7. McArthur, S.
8. Rotter, J. B.
9. Csikzentmihalyi, M.

قابل بررسی است و لازم است به عنوان جنبه بومی بهزیستی، همراه با مقیاس‌های غربی برای بررسی بهزیستی ایرانیان در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

استقلال: استقلال از مقوله‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر بود که در نظریه بهزیستی ریف (۱۹۸۹) و نظریه خودتعیین‌گری دسی و ریان (۲۰۰۰) تحت عنوان استقلال عمل مطرح شده است. خودمختاری به معنی نیاز فرد به احساس انتخاب و خودآغازگری در انجام اعمال و تکالیف است (دسی، گاردیا، مولر، اسنایدر و ریان، ۲۰۰۶). موضوع مهم در پژوهش‌های مربوط به بهزیستی مربوط با سردرگمی دائمی در ادبیات بین استقلال (وابسته نبودن) و استقلال عمل (با اراده بودن) است (ریان و دسی، ۲۰۰۱). روان‌شناسان بین فرهنگی نظیر مارکوس، کیتایاما و هیمن (۱۹۹۶) استقلال عمل و استقلال را یکی می‌دانند. بنابراین تأثیرات هرکدام از این‌ها را جداگانه بررسی نمی‌کنند. در این پژوهش استقلال دارای دو زیرمقوله استقلال مالی و استقلال عمل است، بنابراین هر دو مفهوم وابسته نبودن و با اراده بودن را شامل می‌شود. ابتدای دوره ۲۰ تا ۳۵ سالگی دوره انتقال به بزرگسالی است. سنینی که فرد برای کسب استقلال مبارزه می‌کند. جوانان بزرگسال برای رسیدن به استقلال عمل به دنبال استقلال مالی و ترک منزل هستند (هوانگ، ۲۰۱۳). البته تصمیم برای ترک منزل بسیار تحت تأثیر بافت است، بنابراین کسب استقلال برای زنان ایرانی بسیار با ازدواج ارتباط دارد. در فرهنگ ایرانی خانواده از دختران و پسران مجرد تا زمان ازدواج حمایت می‌کند؛ هرچند اختلاف جنسی در بازخورد والدین در این رابطه وجود دارد. در مجموع ترک منزل و استقلال مالی از عوامل مهم در ارزیابی استقلال بزرگسالان است. بنابراین برخی از جوانان منزل را برای به دست آوردن استقلال عمل ترک می‌کنند. استقلال مالی نیز احساس استقلال عمل را افزایش و حس وابستگی را کاهش می‌دهد. جست‌وجوی استقلال در نمونه مورد بررسی نیز به‌خوبی مشهود بود. ترک منزل پدری در شهرستان و مهاجرت به تهران، ایستادگی و مقاومت برای کسب استقلال، جست‌وجوی شغل و منبع درآمد، احساس خوب ناشی از مستقل بودن و ... با توجه به

۲۰۰۱؛ یوشیدا و دیگران، ۲۰۰۸). بنابراین توانایی پیدا کردن معنا و جهت‌گیری در زندگی و داشتن هدف و دنبال کردن آن در همه فرهنگ‌ها از وجوه مهم بهزیستی است.

اهمیت دادن به خود: منظور اهمیت دادن به تغذیه، سلامت، ظاهر و جذابیت جسمانی است. به نظر می‌رسد زنان در برخی از جوامع وارث تاریخ و فرهنگی هستند که در سرتاسر آن «توجه به دیگران» تشویق و «توجه به خود» تقبیح یا نادیده گرفته شده است. برای زنانی که در فرهنگ جمع‌گرا زندگی می‌کنند، ایفای نقش‌های مختلف مانند دختر خانواده، همسر و مادر، که در آن از خودگذشتگی همواره بالاترین ارزش محسوب می‌شود خواست‌ها، استعدادها، امکان رشد و بالندگی، نیازها و حتی وضعیت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها در این مورد نشان داده که کم‌توجهی زنان به خود، بهره‌مندی آنان از احساس خوشبختی و کیفیت مطلوب زندگی را کاهش می‌دهد (کرباسیان و جلائی، ۱۳۸۷). زنان به منظور ایجاد زندگی سالم برای خود ابتدا نیازمند توجه به خود هستند. بسیاری از مسائل زنان متأثر از میزان توجه آنان به خویشان است. برای این‌که زنان بتوانند مسئولیت‌های مهم زندگی خود را بر عهده بگیرند و منبع آرامش دیگران باشند مسلماً حق دارند، به دور از دغدغه‌ها و نگرانی‌ها، به خود توجه کنند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که توجه به سلامت و تغذیه، فعالیت بدنی، ارتقای وضعیت خویش، رفت‌وآمد، تفریح و سرگرمی، همین‌طور ظاهر و جذابیت جسمانی به افزایش هیجان‌های مثبت و کیفیت زندگی آنان منجر می‌شود و بین میزان توجه به خود زنان و احساس خوشبختی و کیفیت زندگی آنان رابطه مثبت وجود دارد. اهمیت دادن به خود برای زنان ایرانی مسئله‌ای تازه است که برای درک و پذیرش آن نیاز به تغییراتی در الگوهای فکری، هیجانی و سبک زندگی احساس می‌شود. بدیهی است که ارتباط هرکدام از زیرمقوله‌های این طبقه با بهزیستی در پژوهش‌های بررسی شده، مانند ارتباط فعالیت بدنی با بهزیستی (کول، ۲۰۰۲؛ لوید و لیتل، ۲۰۱۰) اما اهمیت دادن به خود در گزارش‌های پژوهشی غرب به عنوان مقوله‌ای مهم و مستقل در بهزیستی مورد توجه قرار نگرفته و از نگاه فرهنگی و بومی در جامعه ما

و شاخص‌های توسعه است، شناسایی مولفه‌های بهزیستی زنان باعث سریع‌تر شدن آهنگ رشد و توسعه برنامه‌های مرتبط با زنان می‌شود و برای بسترسازی این‌گونه برنامه‌ها مفید است. همچون همه پژوهش‌ها، در این بررسی هم محدودیت‌هایی وجود داشت، که به دلیل ترجیحات نظری و روش‌شناختی پژوهشگران، به آن‌ها تن داده شد. تمرکز بر زنان گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ ساله (به دلیل سهم برجسته‌ای که این گروه سنی در نقش‌های درون و برون خانوادگی دارند) و انتخاب این جمعیت از شهر تهران (به دلیل دسترسی بیشتر، تنوع فرهنگی و این‌که معرف جامعه در حال گذارند)، به عنوان دو محدودیت اصلی این پژوهش تلقی می‌شود که بر تعمیم یافته‌های حاصل از آن تأثیر می‌گذارد. از محدودیت‌های اساسی این کار می‌توان به این مسئله اشاره کرد که بهزیستی روان‌شناختی از متغیر و عوامل دیگری اثر می‌پذیرد که در این بررسی شناسایی نشده است. با توجه به این محدودیت‌ها بررسی‌های مقایسه‌ای با زنان سایر شهرها، زنان در مراحل مختلف رشد و تحول و با مردان پیشنهاد می‌شود. همچنین تکمیل این یافته‌ها با ارزیابی‌های کمی در سطحی وسیع‌تر در پژوهش‌های آتی، درک روشن‌تری از بهزیستی روان‌شناختی ایرانیان فراهم خواهد کرد.

منابع

- احمدنیا، ش. (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی بدن و بدن زنانه*. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- احمدی، ب.، فرزندی، ف. و علی‌محمدیان، م. (۱۳۹۰). چالش‌های سیاستگذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران. *فصلنامه پایش*، ۱۱(۱)، ۱۱۵-۱۲۵.
- اشتراوس، ا. و کوربین، ج. (۱۹۹۰). *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*. ترجمه ا. افشار. تهران: نشر نی (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۳۹۲).
- ایمان، م. و نوشادی، م. (۱۳۹۰). تحلیل محتوای کیفی. *مجله پژوهش*، ۳(۲)، ۱۵-۴۴.
- تقوی، ن.، آزادفلاح، پ.، موتابی، ف. و طلایی، ا. (۱۳۹۴). تحلیل کیفی بهزیستی از دیدگاه دختران نوجوان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۱(۴۳)، ۲۴۶-۲۲۹.

شرایط فعلی جامعه که در سطح پایینی از تحول اقتصادی قرار دارد و نگرانی‌های مرتبط با نداشتن امنیت اقتصادی، استقلال مالی اهمیت زیادی یافته است، زیرا استقلال اقتصادی هر یک از اعضای خانواده فشار اقتصادی وارد بر خانواده را کاهش می‌دهد. ضمن این‌که با استقلال اقتصادی از وابستگی زنان به مردان کاسته می‌شود و هیجان‌های مطلوب در آنان افزایش می‌یابد. یافته‌های پژوهش مرادی، شیخ‌الاسلامی، احمدزاده و چراغی (۱۳۹۳) نشان داد که اشتغال زنان از طریق ایجاد بستری برای تعاملات اجتماعی و ارضای نیاز به صلاحیت با بهزیستی آن‌ها مربوط است. استقلال مالی از طریق کاهش نگرانی به ایجاد آرامش کمک می‌کند، همچنین موجب دستیابی فرد به امکانات رفاهی، سرگرمی و تفریحات متنوع و دلخواه می‌شود و احساس‌های مطلوب را در فرد افزایش می‌دهد. برای بیشتر مردم کار فقط وسیله‌تأمین معاش نیست؛ بلکه کارکردهای دیگری چون افزایش حرمت خود و ارتقای موقعیت اجتماعی دارد. حرکت در مسیر کاهش وابستگی اقتصادی، اگرچه باعث دشواری‌ها و تنش‌هایی برای زنان می‌شود، باعث افزایش حرمت خود، تغییر موقعیت اجتماعی و ارتقای سطح زندگی آنان است و تردیدی نیست که از این طریق تجربه‌های عاطفی و هیجانی مثبتی رقم می‌خورند که بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا می‌دهد (فدایی و علی‌بیگی، ۲۰۱۲).

در مجموع می‌توان با استناد به یافته‌های این بررسی، هفت مقوله مورد اشاره را به عنوان متغیرها و مؤلفه‌های اصلی در بهزیستی روان‌شناختی زنان ایرانی در مقطع بزرگسالی محسوب کرد. به نظر می‌رسد اهمیت توجه به این عوامل در جامعه‌ای که گذار از فرهنگ سنتی را پیش رو دارد و چالش‌های بسیار را در این مسیر به‌خصوص در جمعیت زنان تجربه می‌کند، کاملاً اجتناب‌ناپذیر است. آنچه در این واری‌های اهمیت داشت، توصیف میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان بر مبنای متغیرهایی نبود که با این جمعیت هماهنگی تردیدآمیز دارد، بلکه تأکید بر برجسته‌سازی مؤلفه‌های بنیادین این سازه در جمعیتی بود که ویژگی‌های منحصربه‌فرد دارد و در شرایط امروزی که توجه به جامعه زنان و خصوصاً سلامت زنان در همه کشورهای از ضروریات

- Bandura, A., & Lock, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88 (1), 87-99.
- Bauer, J., & Mulder, R. H. (2006). Upward feedback and its contribution to employees feeling of self determination. *Journal of Workplace learning*, 18 (7, 8), 508-521.
- Brannan, D., Diener, R., Mohr, C., Mortazavi, S., & Stein, N. (2013). Friends and family: A cross-cultural investigation of social support and subjective well-being among college students. *Journal of Positive Psychology*, 8(1), 65-75.
- Caprara, G. V., Steca, P., Gerbino, M., Paciello, M., & Vecchio, G. M. (2006). Looking for adolescents' well-being: self efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(1), 30-43.
- Cruse, R., Nicholas, D. R., Gobble, D. C., & Frank, B. (1992). Gender and wellness: A multidimensional systems model for counseling. *Journal of Counseling and Development*, 71, 149-156.
- Deci, E. L., La Guardia, J. G., Moller, A. C., Schneiner, M. J., & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: Mutuality in close relationships. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 32 (3), 313-322.
- Deci, F. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scales: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.
- D'raven, L. L., & Zaidi, P. (2014). Happiness strategies among Arab university students in the United Arab Emirates. *Journal of Happiness and Well-Being*, 2(1), 131-144.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235.
- Epstein, S. (2003). Cognitive – experiential self theory of personality. In I. Millon & M. J. Learner (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology* (pp.159-184). Hoboken, N. J. Wiley
- Fadaei, A., & Alibeigi, N. (2012). Comparing rate and severity of psychopathological symptoms between جوشن‌لو، م. و رستمی، ر. (۱۳۸۸). روان‌شناسی بین فرهنگی. تهران: انتشارات ارجمند.
- خاوری، ک.، سجادی، ح.، حبیب‌پورگنابی، ک. و طالبی، م. (۱۳۹۲). رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان. *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۳ (۴۸)، ۱۱۳-۱۱۳.
- خسروی، ش. و عابدسعیدی، ز. (۱۳۸۹). گروه متمرکز، روشی در گردآوری اطلاعات. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۲۳ (۶۸)، ۱۹-۳۰.
- سفیری، خ. و زارع، ز. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط کلیشه‌های جنسیتی و تضاد نقش‌های زناشویی در زوج‌های جوان. *پژوهشنامه علوم انسانی*، ۵۳، ۱۷۷-۲۰۰.
- سفیری، خ. و منصوریان‌راوندی، ف. (۱۳۹۴). کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی. *مطالعات اجتماعی و روان‌شناختی زنان*، ۲، ۶۶-۳۷.
- فراهانی، م. و کرمی‌نوری، ر. (۱۳۹۴). مفهوم سلامت و بیماری در فرهنگ فردگرا و جمع‌گرا. *فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹ (۴)، ۱-۱۶.
- کرباسیان، ف. و جلائی، ش. (۱۳۸۷). بررسی میزان توجه به خود در زنان، علل، نتایج و ارتباط آن با کیفیت زندگی. *پژوهش‌های تربیتی*، ۱۴، ۷۸-۴۳.
- کهریزه، چ.، بزازیان، س. و قمری، م. (۱۳۹۳). رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و عملکرد خانواده با بهزیستی فاعلی پرستاران. *مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی*، ۱، ۵۵-۴۴.
- مرادی، م.، شیخ‌الاسلامی، ر.، احمدزاده، م. و چراغی، ا. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی، نیازهای اساسی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی: واریس یک مدل علی در زنان شاغل. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۰ (۳۹)، ۷۸-۴۳.
- موحد، م. و همت، ص. (۱۳۹۲). مطالعه عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط با احساس امنیت اجتماعی زنان. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۴ (۱۴)، ۸۳-۵۵.
- مولایی یساولی، ه.، برجلی، ا.، مولایی یساولی، م. و فداکار، پ. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف: نقش مداخله‌کننده رضایت‌آز زندگی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۴ (۱۳)، ۲۰-۷.
- Bahrami, E. Z., & Cranney, J. (2015). Subjective well-being as a result of personal growth interpretation of attained goals. Manuscript in preparation *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 185, 244-249.

- Keyes, C. L. M. (2002) The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Lareson, J. S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators*. New York: Green Wood Press.
- Lloyd, K., & Little, D. E. (2010). Self-Determination Theory as a framework for understanding women's psychological well-being outcomes from leisure-time physical activity. *Leisure Sciences*, 32, 369–385.
- Lu, L. (2000). Gender and conjugal differences in happiness. *Journal of Social Psychology*, 140 (1), 132-141.
- Markus, H. R., Kitayama, S., & Heiman, R. J. (1996). Culture and basic psychological principles. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 857-913). New York, NY, US: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In *Attachment Theory and Close Relationships*, ed. J.A. Simpson, W.S. Rholes (pp. 143-65). New York: Guilford
- Oishi, S., & Diener, E. (2001). Goals, culture, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1674–1682.
- Park, H., & Walton-Moss, B. (2012). Parenting style, parenting stress and children's health-related behaviors. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(6), 495-503.
- Roos, S. M. (2006). *Self-efficacy, Collective efficacy and psychological wellbeing of Groups in Transition*. M.Sc. Thesis in clinical psychology. North-West university, Potchefsroom Campus.
- Roothman, B., Kirsten, D., & Wissing, M. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4), 212-218.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonics well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 68-78.
- employed and unemployed young men in Tehran. *Journal of Social Welfare*, 11 (43), 97 – 119.
- Góngora, V., & Solano, A. (2017). Assessment of the mental health continuum in a sample of Argentinean adults. *Psychology*, 8, 303-318.
- Helliwell, J. F., & Wang, S. (2011). Trust and wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 42-78.
- Huang, L. W. (2013). When young adults leave home: Dependency or autonomy? In C. C. Yi (Ed.), *The psychological well-being of East Asian youth* (pp.223-242). Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal Happiness Studies*, 11, 735–762.
- Joshanloo, M., & Bakhshi, A. (2015). The factor structure and measurement invariance of positive and negative affect. A study in Iran and the USA. *European Journal of Psychological Assessment*, 32 (4), 265-272.
- Joshanloo, M., & Weijers, D. (2013). A version to happiness across culture: A review of whereand why people are avers to happiness. *Journal of Happiness Studies*, 15 (3), 717-735.
- Jozefik, B., & Pilecki, M. (2010). Perception of autonomy and intimacy in families of origin of parents of patients with eating disorders, of parents of depressed patients and of parents of healthy controls. A Tran's generational perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 79-86.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation (Eds.).
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*, 3, 219–233.
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12 (4), 241–247.

- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic Disease in Canada*, 20(3), 118-126.
- Tierney, P., & Farmer, S. M. (2002). Creative self-efficacy: Its potential antecedents and relationship to creative performance. *Academy of Management Journal*, 45(6), 1137-1148.
- Tinker, A. (2000). Women's health: the unfinished agenda. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 70(1), 149-158.
- Uchida, Y., & Ogiwara, Y. (2012). Personal or Interpersonal Construal of Happiness: A cultural psychological perspective. *International Journal of Well-being*, 2(4), 354-369
- Uchida, Y., Kitayama, S., Mesquita, B., Reyes, J. A. S., & Morling, B. (2008). Is perceived emotional support beneficial, Well-being and health in independent and interdependent cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 741-754.
- Walendy, D., & Freitas, L. H. (2014). The influence relations among three traditions of well-being and social support, and the associations with age and health. In A. Castro Solano (Ed.), *Positive psychology in Latin America. cross-cultural advancements in positive psychology* (pp. 255-273). Springer
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- World Health Organization. (2014). *Gender, women and primary health care renewal. Discussion paper*. Geneva: WHO www.who.int/features/factfiles/mental_health.
- Ryan, R. M., & Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: The importance of eudaimonic thinking. *Journal of Positive Psychology*, 4, 202-204.
- Ryff, C. D. (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, 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.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S. h., Dzokoto, V., Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4): 582-593.
- Seligman, M. (2011). *A vision of new understanding of Happiness & Wellbeing*. New York. Free press
- Sheldon, K. M., & Niemiec, C. P. (2006). Its not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 331-141
- Shojaee, M., & French, C. (2014). The Relationship between mental health components and locus of control in youth. *Journal of Psychology*, 5 (8), 966-978.
- Siddiqui, S. H. (2015). Impact of Self-Efficacy on Psychological Well-Being among Undergraduate Students. *The International Journal of Indian Psychology*, 2 (3), 5-16.
- Steger, M. F., & Dik, B. J., (2010). Work as meaning. In P. A. Linley, S. Harrington, and N. Page (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology and work* (pp. 131-142). Oxford, England: Oxford University Press.