

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**تأثیر سلامت اجتماعی در کاهش**

**پرخاشگری دانش آموزان**

**نگارنده:**

...



## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۸	مقدمه
۱۲	تعامل مؤثر با دیگران
۱۸	سازمان سلامت جهانی
۲۲	هیجان ها
۲۶	هویت
۲۸	اریکسون
۳۲	مارسیا: وضعیت‌های هویت
۳۴	هویت موفق
۳۵	هویت گم گشته / آشفته
۳۶	هویت زودرس
۳۷	هویت دیر رس
۳۸	برزونسکی: مدل‌های سبک هویت
۳۹	هویت اطلاعاتی
۴۰	هویت هنجاری
۴۱	سبک هویت سردرگم / اجتنابی
۴۲	هویت موفق

۴۲	.....	رابطه‌ی سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت
۴۸	.....	سلامت اجتماعی و راه‌های ارتقاء آن
۵۱	.....	سلامت اجتماعی
۵۳	.....	رویکردهای موجود در تعریف سلامت اجتماعی
۵۸	.....	اجتماعی:
۶۱	.....	انسجام اجتماعی:
۶۱	.....	شکوفایی اجتماعی:
۶۴	.....	بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام
۶۶	.....	بهداشت روانی در اسلام
۶۸	.....	نقش مذهب در بهداشت روانی
۶۹	.....	نقش مذهب در پیشگیری از بیماری‌های روانی
۷۰	.....	رهنمودهای قرآنی برای تسکین و درمان بیماری‌های روانی:
۷۲	.....	چارچوب نظری سلامت اجتماعی
۷۴	.....	پرخاشگری در کودکان و نوجوانان و درمان آن
۷۷	.....	عوامل موثر بر پرخاشگری کودکان و نوجوانان:
۸۰	.....	بازیهای ویدیویی و رایانه‌ای:
۸۲	.....	سلیقه کودکان به عنوان عامل موثر پرخاشگری:
۸۲	.....	راهکارهایی جهت کاهش پرخاشگری:

۸۸	..... مبانی نظری پر خاشگری
۹۳	..... تحقیقات انجام شده
۹۵	..... منابع و مأخذ

## مقدمه

امیرالمؤمنین علی علیه السلام ضمن سفارش به فرزند خود امام حسن مجتبی علیه السلام به

زمینه ی بسیار مستعد روح نوجوان ان برای رشد و تکامل اشاره کرده، می فرماید:

وَأِنَّمَا قَلْبُ الْحَدِثِ كَالْأَرْضِ الْخَالِيَةِ مَا أَلْقِيَ فِيهَا مِنْ شَيْءٍ قَبْلَهُ فَبَادَرْتُكَ بِالْأَدَبِ قَبْلَ أَنْ

يَقْسُو قَلْبَكَ وَيَسْتَعْلِلُكَ؛ (نهج البلاغه، نامه ۳۱).

بی تردید دل نوجوان چون زمین آماده و بدون کشت است و آماده ی پذیرش هر بذری است

که در آن افکنده شود، پس به تربیت تو شتافتم پیش از آن که دلت سخت شود و خاطرت به

چیزی مشغول شود. بخش عمده ای از پیروزی ها، موفقیت ها و احیاناً شکست ها و نابسامانی

های دوره ی بزرگسالی ریشه در کمال تربیت یا سوء تربیت در دوره ی کودکی و نوجوانی

دارد.

سعدی علیه والرحمة گوید:

هر که در خردی اش ادب نکنند در بزرگی فلاح ازو برخاست

چوب تر اچنان که خواهی پیچ نشود خشک جز به آتش راست

جامعه شناسان و روان شناسان از ابعاد گوناگون به اختلالات رفتاری پرداخته اند تا به

شناسایی علل و عوامل، زمینه ها و پیامدهای آن دست یابند و در نتیجه راهکارها و شیوه های

مقابله با اختلالات پرخاشگری تدوین نمایند.



کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری غالباً در بزرگ سالی بارتکاب رفتارهای ناهنجار، اعمال خلاف قوانین و تجاوز به حقوق دیگران و حاکمیت موجب اختلال در نظم اجتماعی میشوند و هزینه های زیادی را به جامعه تحمیل می نمایند.

یکی از عواطف متداول کودکان و نوجوانان خشم است که در اثر برخورد آنها به مانعی که بر سر راه هدفشان قرار گیرد حاصل می شود و به پرخاشگری که یک واکنش عمومی به ناکامی امیال است، منجر می گردد (گلچین، ۱۳۸۱).

سالهاست که محققان به اهمیت پرخاشگری کودکان و نوجوانان در پیش بینی مشکلات سازگاری روانی - اجتماعی آینده آنها پی برده اند و به همین دلیل پژوهشهای زیادی نیز برای درک عوامل موثر بر شیوع رفتار پرخاشگرانه در کودکان و نوجوانان انجام شده است.

کسانی که در چارچوب تئوری رفتار غریزی فعالیت می کنند بعضاً معتقدند که پرخاشگری کودکان و نوجوانان می تواند مفید باشد. استدلال آنها این است که علیرغم اینکه پرخاشگری ممکن است برای دیگران مضر باشد اما برای فرد پرخاشگر می تواند مفید و جنبه مثبت داشته باشد. در همین زمینه فروید با طرح مفهوم پالایش هیجانی معتقد است اگر انسان برای ابراز پرخاشگری اجازه نیابد پرخاشگری در وجود وی انباشته می شود و سرانجام به شکل خشونت مفرط یا بیماری روانی ظاهر می شود (ارونسون؛ ترجمه شکر کن، ۱۳۸۷).

به طور کلی فرویددرباره امکان از بین بردن پرخاشگری نظر خوبی نداشت و معتقد بود

تنها می توان شدت و مسیر آن را تغییر داد (سلحشور، ۱۳۷۸).

سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ ها است. در واقع هر جامعه به عنوان بخشی

از فرهنگ خود از سلامت مفهوم خاصی در نظر دارد، از میان تعریف هایی که هنوز هم به کار

می رود، شاید دیرینه ترین تعریف آن باشد که: «سلامتی عبارت است از بیمار نبودن». در برخی

فرهنگها سلامت و هماهنگی مترادف یکدیگرند و هارمونی عبارت است از «سازگار بودن با

خود، با جامعه، با خدا و با جهان» آراء هندیان و یونانیان باستان در مفهوم سلامت مشترک بوده

و بیماری را به اختلال تعادل بدنی نسبت به آنچه «اخلاط» می نامیدند، منتسب می کردند. سلامت

بیشتر به عنوان نعمت در نظر گرفته می شود و ارزش آن به درستی شناخته نمی شود،

مگر هنگامی که از دست برود.

در سطح بین الملل تا زمانی که پس از جنگ جهانی اول اساسنامه جامعه ملل تهیه می

شد سلامت «از یاد رفته» بود و تنها در واپسین روزها تهیه کنندگان پیش نویس اساسنامه به یاد

بهداشت جهان افتادند. در کنفرانس ملل متحد در شهر سانفرانسیسکو در سال ۱۹۴۵ موضوع

بهداشت به عنوان یک موضوع ویژه مطرح شد. با وجود این، در چند دهه گذشته جنبش تازه

ای پدید آمده و سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده

است؛ یعنی سلامت برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است

و باید برای همه انسانها در دسترس باشد(حاتمی،۱۳۸۹).

## تعامل مؤثر با دیگران

سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط

ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقشهای اجتماعی اشاره دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

این ابعاد اجتماعی فرد سالم، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک

مجموعه معنا دار، قابل فهم و با امکان رشد و شکوفایی بداند (کییز، ۱۹۹۸).

یکی از تفاوت های جدی میان سلامت اجتماعی با مفاهیم مشابه در آموزه های اسلامی،

نیت است. زیرا رفتارهای سالم اجتماعی تنها زمانی دارای اهمیت و ارزش است که با انگیزه و

نیت توحید، در چهارچوب دستورات نبوت و غایت نگری معاد باشد. اسلام با نگرش ویژه به

کیفیت سرشت و سرنوشت انسان؛ شایسته ها و انتظاراتی را برای دستیابی به سلامت و سعادت،

مطرح نموده که بخش قابل توجهی از آن به نحوه تعاملات اجتماعی فرد معطوف است

(سبحانی، ۱۳۸۳).

جنبه های اجتماعی فرد مسلمان اینطور معرفی می گردد: اگر کسی بر او ستم کرد صبر

نماید، با خویشاوندان قطع رابطه نداشته باشد، از خوی خشن دوری کند، نسبت به مردم حسد

نداشته باشد، از احسان و انفاق خودداری نمی کند، به مظلومان یاری می رساند و از بینوایان

دلجویی می نماید، خود را به سختی می اندازد ولی مردم از او در آسایش می باشند، از خوار

شدن بی تابی نمی کند، در انجام کارهای مردم کوشش دارد، هر کس از او مشورت بخواهد

راهنمایی می کند و هر کس از او مساعدت بخواهد او را یاری می نماید (علامه مجلسی، ۱۰۳۷).

قرآن کریم مردمان را به حیات طیبه دعوت نموده که در این زندگی پیشنهاد شده، برادری، مشارکت در مال و امکانات، و ایثار موجب بی‌نیازی همه مردم خواهد شد. ویژگی‌ها و کیفیت روابط بین فردی و اجتماعی سالم انسانی که روح الهی در وی دمیده شده و زندگی دنیا فرصتی است تا کیفیت زندگی جاودانه و ابدی خود را تعیین کند؛ باید چگونه باشد؟

بر اساس مبانی، آموزه‌ها و الگوهای ارائه شده در اسلام سلامت اجتماعی فرد مسلمان در ارتباط با دیگران (والدین، همسر، فرزندان، اقوام و بستگان، دوستان، همسایگان و به طور کلی تمامی مسلمانان به عنوان برادر دینی و غیر مسلمانان به عنوان برادر نوعی)، در برگیرنده چه شاخص‌ها و مؤلفه‌هایی می‌باشد؟ (شمسایی، شریفی و جدیدی، ۱۳۹۳)

سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. شاخص‌های مهم سلامت اجتماعی شامل مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، پذیرش مسئولیت، شناخت حقوق و وظایف خود به عنوان یک شهروند، شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان، احترام به محیط زیست و تلاش در راه حفظ آن، شناخت فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و مدارا با دیگران (استون<sup>۱</sup> و جیکوب<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

<sup>۱</sup>.Aston

<sup>۲</sup>.jacob

از نظر اسلام دوران نوجوانی اهمیت زیادی دارد؛ زیرا در این دوران، شخصیت فردی و اجتماعی نوجوانان پایه ریزی می شود. روش تربیتی اسلام بر این امر تأکید دارد که نوجوان این دوران را با معرفت و پاکی سپری کند؛ زیرا در این دوران تغییرات عمومی بدن و تأثیرات روانی، آن چنان سریع و همه جانبه است که او را دچار تشویش و نگرانی و برخوردها و ارتباط هایش با اطرافیان و خانواده را دچار مشکل می کند. از این رو، در این زمان است که او شدیداً نیاز به محبت دارد و در پی یافتن یک نقطه ی اتکای روانی و روحی است و دوست دارد دیگران به شخصیت اش احترام بگذارند و او را مورد توجه قرار دهند (تبیان، ۱۳۹۱).

به همین مناسبت است که پیامبر اعظم صلی الله علیه و آله ضمن بیان مراحل تربیت به سه مرحله ی هفت ساله (از تولد تا هفت سالگی، از هفت تا چهارده سالگی و از چهارده سالگی به بالا)، به والدین و مربیان سفارش می فرماید که در هفت سال سوم زندگی مقدماتی انسان (که همان دوران بلوغ و نوجوانی است) به او به عنوان یک شخصیت بزرگ سال بنگرند و به او اعتماد نمایند و در کارها با وی مشورت کنند و به نظر او احترام بگذارند و به او مسئولیت دهند تا شخصیت اش شکوفا گردد، به نقل از طبرسی، قرن ششم هجری (جوینی، ۱۳۸۷).

نوجوانی اغلب به دوره ای بین کودکی و بزرگسالی اطلاق می شود. گرچه همه ی دوران عمر مهم است ولی این دوره مهمتر از سایرین می باشد. زیرا تأثیرات ناگهانی بر رفتار و دیدگاه فرد دارد. با در نظر گرفتن این که سایر دوره های زندگی، به دلیل تأثیرات درازمدت

آن، پرمعنی و قابل توجه هستند، لیکن دوره ی نوجوانی، یکی از دوره هایی است که از هر دو جنبه ی تأثیرات ناگهانی و درازمدت برخوردار و قابل توجه است. برخی از ادوار زندگی به دلیل تأثیرات فیزیکی و بدنی، با اهمیت و برخی دیگر از لحاظ تأثیرات روانی قابل اعتنا هستند، لیکن نوجوانی از هر دو جهت مهم است (تبیان، ۱۳۹۱).

نوجوانان ذخائر گران بهای جوامع بشری بوده و رشد و تکامل استعدادهای آنان از اهداف والای جوامع است. وقتی واژه نوجوان مطرح می شود اولین چیزی که در ذهن تداعی می گردد رفتار های مشخصی است که از نوجوانان سر می زند چون احساسی بودن، پرخاشگری، سرکشی، تاثیر پذیری از همسالان، برهم زدن قانون و امثال آن. خشونت و پرخاشگری پدیده جدیدی نیست.

نوجوانی که از سلامت روانی و اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی تواند با چالش های ناشی از ایفای نقش های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد.

احتمالاً بارها اصطلاح «پرخاشگری» را شنیده ایم، اما هنگامی که می خواهیم آن را دقیقاً تحلیل یا تعریف کنیم، بسیار مشکل و این اصطلاح مبهم و کلی به نظر می رسد.

خشم به حالتی عاطفی یا هیجانی اطلاق می شود که از تهییج ملایم تا خشم وحشیانه یا عصبانیت گسترده است و اغلب هنگامی متجلی می گردد که راه نیل به اهداف یا برآوردن نیازهای افراد، سد می شود (شعاری نژاد، ۱۳۷۱).

بر اساس توافق بسیاری از صاحب نظران ، خشم یکی از هیجان های اصلی بشر است که بعد از ترس بیشترین مطالعات را به خود اختصاص داده است. در مورد خشم تعاریف متعددی از سوی فلاسفه و روان شناسان ارائه شده است ، ولی در تمام آنها می توان دو نکته مشترک را مشاهده کرد :

۱- عامل اصلی بروز خشم ، تهدیدها و ناکامی ها و موانعی است که سر راه افراد قرار می گیرد .

۲- هدف خشم اغلب دفاع ، جنگ و تخریب است ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸ ) .

ارائه ی تعریف دقیق از پرخاشگری نیز دشوار و در زبان معمول این اصطلاح به طرق مختلف به کار رفته است . اگرچه ساختار خشم مشترکاتی با پرخاشگری و خصومت دارد اما این اصطلاحات با هم مترادف نیستند . دلوکیو و الیوری ( ۲۰۰۵ ) عنوان می کنند خصومت به نگرش پرخاشگرانه ای اطلاق می شود که فرد را به سوی رفتارهای پرخاشگرانه هدایت می کند . در حالی که پرخاشگری به رفتار قابل مشاهده به قصد آسیب رسانی اطلاق می شود. در حقیقت پرخاشگری یک رفتار است ( شاملو ، ۱۳۸۷ ) .

محققان همواره مشخص نموده اند که پرخاشگری هم می تواند سلامت انسان را در

حوزه های جسمانی ، اجتماعی ، روانی و معنوی برهم زند و هم می تواند بر اثر پایین بودن عوامل



مرتبط با سلامت به وجود آید. سلامت دارای ۶ بعد مختلف می باشد: سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت عاطفی، سلامت معنوی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی (سجادی، ۱۳۸۳).

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار میدهد.

بلوک و برسلو (۱۹۷۲) برای اولین بار در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماریها و قابلیت های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایشی خاص را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده اند تا با عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه"

را با زمینه های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت در بر گیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است.

ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد. (حاتمی، ۱۳۸۹)

پرخاشگری و تهاجم، خشونت کلامی و غیر کلامی، خشم و عصبیت مستقیم و غیر مستقیم، تحریک پذیری، منفی گرایی، تنفر، سوءظن، توهین، لجاجت و کینه توزی موجب تخریب روحیه و کارایی بالای افراد می شود و از قدرت استدلال می کاهد. در حالی که همه اینها در یک زندگی با کیفیت و سرشار نظم و هماهنگی (هارمونی) جایی ندارد. دانش آموزی که به خشونت متوسل می شود انرژی روانی خود را از کانال غیر معمول خود تخلیه می کند (جویباری، ۱۳۸۷).

### سازمان سلامت جهانی

سازمان سلامت جهانی (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از مؤلفه های کلیدی سلامت معرفی نموده که به دلیل فقدان ابزارهای معتبر سنجش، به صورت یک مناظره سیاسی و اجتماعی باقیمانده است. از سویی، تغییر در الگوهای رفتاری و رتبه بندی بار بیماریها موجب نگرانی در مورد بیماریهای با منشاء رفتاری و اجتماعی شده است (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۵).

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفاء می کند. از آنجائیکه شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه ای وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است. لذا پرورش و تقویت انگیزه پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت دهی مناسب رفتار و علایق و نیازهای آنها در راستای اهداف ارزشمند و معین شده می باشد و از آنجا که سلامت اجتماعی نقش عمده ای در کارکرد در تمام زمینه های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد بدیهی است که برنامه ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی نوجوانان کاملاً ضروری به نظر می رسد.

همواره نوجوانانی وجود دارند که به دلایل مختلف فردی، اجتماعی و فرهنگی با خشونت های کلامی مانند توهین، ناسزا، تحقیر، بدگویی و برچسب زدن به دیگران یا با پرخاشگری و خشونت های بدنی تلاش می کنند تا تعارض های شخصی و مسایل بین فردی خود بادیگران را حل کنند. وجود این قبیل رفتارها می تواند به شیوع دیگر رفتارهای نامطلوب بینجامد و سلامت و بهداشت روان نوجوان را به خطر افکند. متأسفانه در سالهای اخیر رفتارهای نابهنجار در میان نوجوانان و جوانان بشدت اوج یافته است و اکنون زمان آن فرا رسیده که به این معضلات رفتاری- اجتماعی جدی تر بنگریم و در پی چاره جویی باشیم.

از سویی دیگر خودکارآمدی به عنوان مهمترین عامل ایستادگی نوجوان در برخورد باچالش هاو تضادها نیز می تواند دستخوش تغییرات خاص این دوره از تحول قرار گیرد. شناخت مبانی اسلامی موثر بر سلامت اجتماعی امکان پیش بینی و برنامه ریزی جهت کمک به تأمین بهداشت روانی دانش آموزان را فراهم می کند.

ازطرفی این امر به دست اندر کاران آموزش و پرورش کمک می کند تا با بسط و توسعه کتابهای آموزشی مرتبط با تعالیم اسلامی، مراکز و کلینیک های خدماتی مشاوره، روان درمان و مددکاری و ارائه ی بیشتر خدمات رفاهی و بهداشتی و مهارت های زندگی از شیوع ناراحتی های روانی - اجتماعی که گاه حتی گریبانگیر باهوش ترین و خلاق ترین دانش آموزان می شود جلوگیری کنند. بر همین اساس برنامه ریزان جوامع توسعه یافته تلاش می کنند که میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه ی خود را ارتقاء بخشند و یکی از راههای ارتقاء سلامت اجتماعی شناخت عواملی است که در افزایش این بعد از سلامت تأثیر گذار است. برای انجام برنامه ریزی صحیح و جامع لازم است پژوهشهایی در زمینه شناخت میزان سلامت اجتماعی نوجوانان و همچنین شناخت عوامل تأثیر گذار بر آن انجام پذیرد.

باتوجه به آنچه درباره اهمیت و ضرورت توجه به مسئله سلامت اجتماعی درمباحث بالا آمده، این نیاز احساس می شود که پژوهشی تجربی در این باره صورت گیرد که نظریات اندیشمندان خارجی در فضای اجتماعی ایران تنها در سطح نظری باقی نماند و در یک جامعه

خاص و واقعی این نظریات بازآزمایی گردند زیرا اگرچه همه این نظریات از دل پژوهش های تجربی برآمده اند، اما بستر شکل گیری آنان، جوامع غربی می باشد که فضای اجتماعی، فرهنگی و تاریخی خاص خود را دارند که طبیعتاً متفاوت از وضعیت کشورمان می باشد و به تبع آن یافته های آن پژوهش های بزرگ در فضای اجتماعی ایران تنهادر سطح انتزاع باقی مانده و صرفاً نقل و قول از آنها نمی تواند به افزایش سلامت اجتماعی مردم کشورمان کمکی نماید.

مطابق آنچه گفته شد به نظر می رسد این پژوهش بتواند مباحث مربوط به سلامت اجتماعی دانش آموزان را از سطح نظری انتزاعی به سطح شهودی آورده و روابط بین متغیرها را در یک جامعه واقعی (و نه انتزاعی) بررسی نماید. تلقی ما چنین است که این پایان نامه دست کم در مورد یک جامعه خاص (دانش آموزان دوره اول متوسطه شهرستان شاهرود) عوامل موثر بر سلامت اجتماعی را واکاوی نموده و راهکارهای دین مبین اسلام را نیز در این میان مشخص نماید و بدین طریق بتواند راه را برای تلاش های بعدی جهت تدوین برنامه ای در راستای افزایش سلامت اجتماعی که مورد نظر دین اسلام است بگشاید.

انگیزه پژوهشگر از انجام این پژوهش، بیش از هر چیز علاقه شخصی به دو مبحث سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی و به طور ویژه به پرخاشگری نوجوانان می باشد.

ضرورت پرداختن به این دو موضوع برای پژوهشگر یک دغدغه جدی می باشد و تصور چنین است که انجام بهینه وظیفه یک روان شناس یا مشاور در راستای کمک به دانش آموزان است که می تواند تحقق پذیرد. از طرف دیگر سلامت اجتماعی نیز از محوری ترین موضوعاتی بوده که در قالب مسائل متعدد، در چند سال اخیر ذهن پژوهشگر را به خود مشغول داشته است. از این رو این پژوهش بهانه بسیار خوبی را جهت پرداختن نسبتاً مفصل به این مقوله فراهم می آورد و بنابراین پژوهشگر با علاقه وافر به انجام این کار روی آورده است.

## هیجان ها

هیجان ها از بزرگ ترین نعمت های الهی است که در انسانها به ودیعت نهاده شده و سلامت روانی و عقلانی آن ها تا حد زیادی به سلامت هیجانی شان وابسته است. جلوه های هیجانی، به عنوان وسیله ای برای برقراری ارتباط بادیگران به کار می رود و فرد می تواند به وسیله آنها اطلاعاتی رادر مورد احساس ها، نیازها و امیال خود به دیگران منتقل نماید. از سوی دیگر، افراد یاد می گیرند که چگونه پیام های هیجانی دیگران را بخوانند، بازشناسی کنند و طبق آنها رفتاری مناسب نشان دهند (مصباح، ۱۳۷۴).

سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ ها است. در واقع هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت مفهوم خاصی در نظر دارد. سازمان بهداشت جهانی از تعریف چند بعدی سلامت حمایت کرده و سلامت را رفاه کامل جسمانی، روان شناختی و اجتماعی تلقی

نموده و همواره در صدد بوده است این مفهوم را فراتر از نبود بیماری و ناتوانی در نظر گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۵۸). اگر چه مفهوم سازی و تعاریف عملیاتی معتبر و مطلق تاکنون وجود نداشته، اما این سازمان به الگوهای تعریف تک بعدی خاتمه داده و رویکرد چند بعدی را برقرار نموده است. سازمان سلامت جهانی (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از مؤلفه های کلیدی سلامت معرفی نموده که به دلیل فقدان ابزارهای معتبر سنجش، به صورت یک مناظره سیاسی و اجتماعی باقیمانده است. از سویی، تغییر در الگوهای رفتاری و رتبه بندی بار بیماری ها موجب نگرانی در مورد بیماری های با منشاء رفتاری و اجتماعی شده است (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۵). جامعه شناسان و روان شناسان از ابعاد گوناگون به اختلالات رفتاری پرداخته اند تا به شناسایی علل و عوامل، زمینه ها و پیامدهای آن دست یابند و در نتیجه راهکارها و شیوه های مقابله با این اختلالات را تدوین نمایند. کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری غالباً در بزرگسالی با ارتکاب رفتارهای ناهنجار، اعمال خلاف قوانین و تجاوز به حقوق دیگران و حاکمیت موجب اختلال در نظم اجتماعی می شوند و هزینه های زیادی را به جامعه تحمیل می نمایند.

با وجود این، در چند دهه گذشته جنبش تازه ای پدید آمده و سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است؛ یعنی سلامت برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسانها در دسترس

باشد. لذا در این تحقیق که هدف اصلی آن بررسی عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلام بر پرخاشگری نوجوانان است، در بخش اول، ابتدا تعریف سلامت و سلامت اجتماعی، سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلامی، پرخاشگری نوجوان و راه های درمان آن بیان می شود، سپس عوامل موثر بر سلامت، مدل های سلامت روانی و سلامت اجتماعی ارائه و در بخش دوم دیدگاهها و نظریه های عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی با تأکید خاص آموزه های اسلامی بیان میشوند، در پایان این بخش مروری بر تحقیقات پیشین سلامت اجتماعی و پرخاشگری خواهیم داشت و سپس چارچوب نظری تحقیق بیان و فرضیه های تحقیق تدوین خواهند شد.

در سال های اخیر، پژوهشگران، سازه های خشم و خصومت را مشخص کرده اند. به نظر اسپیلبرگر (۱۹۹۹) خصومت، از تجربه های پی در پی احساس های خشمگینانه به وجود می آید. این مفهوم در بردارنده ی مجموعه پیچیده ای از نگرش ها است که همانند رفتار پرخاشگرانه، شامل شرارت و کینه جویی است. در واقع، در خصوصیت شخصیتی است که فرد تما یل دارد اعمال دیگران را مضر و به طور منفی ارزیابی کند (اکهارت و دینن باکر، ۱۹۹۵)

نکته دیگری که در بررسی سازه خشم مشاهده می شود، مفهوم "جابجایی خشم" است. انسان میل دارد که با حمله به موانعی که مانع ارضای انگیزه ها و یا تحقق اهدافش است، به



خاطر حالت انفعالی خشم، واکنش نشان دهد، اعم از اینکه آن موانع، اشخاص، موانع مادی و یا محدودیت‌هایی اجتماعی باشد. گاهی اتفاق می‌افتد که انسان خشم خود را به اشخاص دیگری منتقل می‌کند که در واقع، آنها مانع تحقق اهداف او و یا علت واقعی برانگیختن حالت انفعالی خشم در وی نبوده است. این کار "جابجایی" نام دارد. در قرآن کریم (اعراف، ۱۵۱) نیز نمونه‌ای از انتقال خشم در رفتار حضرت موسی (ع) آمده است، آنجا که از قومش به سبب گوساله پرستی آنها خشمگین می‌شود؛ اما در ابتدا، خشمش را متوجه برادرش هارون می‌کند گاهی اتفاق می‌افتد که انسان از دست کسی خشمگین می‌شود؛ ولی در عین حال به سبب اینکه احتمال می‌دهد که اظهار خشم نسبت به آن شخص عواقب ناپسندی داشته باشد، خشمش را آشکار متوجه او نمی‌کند. در چنین موقعیت‌هایی، گاه انسان خشمش را متوجه افراد دیگر می‌کند، یا وسایل مادی دیگری را می‌شکند و یا خرد می‌کند و یا حتی گاه خشم را متوجه خودش می‌کند و رفتاری ظالمانه نسبت به خود انجام می‌دهد.

قرآن مجید با بیان یک نمونه واقعی، مسئله انتقال رفتار پرخاشگرانه را نسبت به خود توضیح می‌دهد؛ آنجا که (آل عمران، ۱۱۹) به توصیف منافقان می‌پردازد، متذکر می‌شود که آنها از شدت خشم نسبت به مؤمنان انگشتانشان را گاز می‌گیرند (نجاتی، ۱۳۶۷)

احساس‌هایی شبیه خشم به ندرت احساس‌های واحدی است (اسمیت، ۲۰۰۴) گوردون معتقد است که خشم و پرخاشگری یک احساس ثانویه است و در نتیجه احساس‌های دیگری،

مانند ترس، رنجش، خجالت، اندوه و شرم به وجود می آید. برخورد با این احساس ها، دشوارتر از کنار آمدن با خشم است؛ بنابراین، وقتی افراد با موقعیت های ترسناک رو به رو می شوند، خشم قبل از سایر احساس ها پدیدار می شود؛ اما جای آن احساس ها را نمی گیرد (سیمون و سیمون، ۱۹۹۱).

یکی از عواطف متداول کودکان و نوجوانان خشم است که در اثر برخورد آنها به مانعی که بر سر راه هدفشان قرار گیرد حاصل می شود و به پرخاشگری که یک واکنش عمومی به ناکامی امیال است منجر می گردد (گلچین، ۱۳۸۱).

سالهاست که محققان به اهمیت پرخاشگری کودکان و نوجوانان در پیش بینی مشکلات سازگاری روانی - اجتماعی آینده آنها پی برده اند و به همین دلیل پژوهشهای زیادی نیز برای درک عوامل موثر بر شیوع رفتار پرخاشگرانه در کودکان و نوجوانان انجام شده است. البته با اینکه اطلاعات بسیاری در این خصوص جمع آوری شده است هنوز درک کاملی از مفهوم پرخاشگری وجود ندارد (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷).

## هویت

هویت و نحوه شکل گیری آن مورد علاقه بسیاری از حوزه های علمی، از جمله روانشناسی است. هویت همواره مورد توجه روانشناسان تحولی نگر بوده است. شاید یکی از دلایل آن نقش موثر هویت بر عملکرد فرد در حوزه های مختلف از جمله روابط فردی، روابط اجتماعی

و سلامت اجتماعی نیز جز این عوامل است. اولین بار این واژه توسط فروید به طور ضمنی و بنام هویت دورنی در زمینه‌ی روانی - اجتماعی به کار رفته است منظور وی از بیان آن، آمادگی عمومی فرد برای زندگی و رهایی از تعصبات است. هویت حس تفاوت قائل شدن خود از دیگران است به کمک هویت است که فرد به مفهومی از خود می‌رسد در صورتی که این مفهوم با واقعیت اجتماعی وی در تضاد باشد موجب به خطر افتادن سلامت روانی و اجتماعی و هم چنین باعث ایجاد مشکلات رفتاری می‌شود و چه بسا سلامت جسمی را نیز تهدید کند. در فصل اول در باب تعریف هویت و سبک‌های آن صحبت شد در این بخش به دیدگاه چند تن از صاحب‌نظران این حیطه خواهیم پرداخت.

## اریکسون

از سال ۱۹۵۰ که آقای اریکسون اثر مربوط به هویت، را منتشر ساخت، هویت به طور فراوان در موضوعات تجربی و نظری مطرح شد نظریه اریکسون در مورد هویت، پیشینه‌ی پژوهشی قابل توجهی را در زمینه تحول هویت به وجود آورد که بیشترین آن‌ها بر هویت شخصی<sup>۱</sup> متمرکزند (شوارتز، زامبونگا، ویسکریچ و ونگ، ۲۰۱۰). «وی نخستین روان‌تحلیل‌گری بود که درباره‌ی تشکیل هویت در نوجوانی به طور جدی تحقیق کرد. رویکرد او بر اساس رویکرد بیولوژیکی فروید است که بر اساس جهت‌گیری روانی - جنسی به رشد شخصیت بود. ولی با تفاوت‌های مهمی از آن فاصله می‌گیرد. اریکسون از روان‌پویایی کلاسیک و تمرکز آن روی، اید و سائق‌های<sup>۲</sup> لیبیدویی رشد فراتر رفت و روی ایگو و ظرفیت‌های انطباقی آن در محیط تاکید کرد. اریکسون نه تنها تصویر خوش بینانه‌تری از توانایی‌های انسان، طراحی کرد بلکه روان‌تحلیل‌گری را از آسیب‌شناسی به کارکردهای سالم تغییر داد. سرانجام اریکسون تشخیص داد که رشد شخصیت در نوجوانی پایان نمی‌پذیرد و در سراسر زندگی ادامه می‌یابد. او اظهار کرد اولین احساس من، تنها از طریق تاثیر متقابل به همراه اعتماد، با یک تصویر والدینی در دوران نوزادی شکل می‌گیرد. تشکیل هویت نخستین بار در طول نوجوانی انجام نمی‌شود بلکه نسبتاً از طریق مراحل ابتدایی‌تر رشد، توسعه پیدا می‌کند و ادامه می‌یابد تا در

<sup>۱</sup> . personal identity

<sup>۲</sup> . Drive

سراسر زندگی تغییر پیدا کند و شکل تازه‌ای به خود بگیرد» (کروگر، ۲۰۰۴؛ به نقل بدراقی، ۱۳۸۹: ۲۷ و ۲۸).

اریکسون معتقد است شکل‌گیری هویت فرایندی پویا و سازش است که در تمام عمر با تغییرات در میزان اکتشاف<sup>۱</sup> ارزش‌ها، باورها و تعهد<sup>۲</sup> همراه فرد خواهد بود (مک‌دریک، ۲۰۱۱). در این نظریه، هویت تجربه‌ی حسی هوشیار، پیوسته، قابل تغییر و تبدیل در برابر تغییرات محیط اجتماعی است که برخاسته از تعامل فرد با واقعیت اجتماعی است تشکیل و حفظ احساس قوی از هویت، اهمیت دارد و عدم وجود آن از نخستین عوامل تعیین‌کننده‌ی آسیب‌روانی و ناسازگاری است. اریکسون در هشت مرحله روانی - اجتماعی که مطرح می‌کند تکلیف ویژه‌ای جهت فائق آمدن بر بحران (تصمیم هوشیارانه در مواجهه با تکلیف رشدی) هر مرحله نام می‌برد که به منظور فراهم نمودن رشد مثبت باید به طور مناسبی حل شود. بحران هر مرحله از طریق ترکیب شدن سطح رشد فیزیولوژیک فرد با انتظارات جامعه، متناسب با دوره سنی، مشخص می‌شود (کالسنر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵).

اریکسون معتقد است رسیدن به یک هویت فردی در نوجوانی، در طول زمان و بر اساس تجربیات حاصل از برخورد درست اجتماعی صورت می‌گیرد. تعادل روانی نوجوان زمانی

<sup>۱</sup> . exploration

<sup>۲</sup> . commitment

<sup>۳</sup> . Kalsene<sup>r</sup>

تضمین می‌شود که به شناخت از خود و جدایی خود از دیگران دست زند. و در صورتی به چنین هویتی نرسد به جای در ارتباط قرار گرفتن با مردم و تحرک، سرخورده و منزوی می‌شود به عبارتی به ابهام در نقش و ناهنجاری و عدم تعادل در رفتار دچار می‌شود (شولتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

اریکسون بیان می‌کند حل نشدن بحران هویت سبب کشیده شدن فرد به نقش ابهام و سردرگمی خواهد شد پیامدهایی از قبیل:

۱- ختلال در احساس زمان و وقت: دو دسته از جوانان درگیر هستند یک دسته که گذر زمان مهم نیست و برای کاری بیش از حد وقت دارد و گروه دوم برعکس اند همه چیز به سرعت می‌گذرد و وقت کافی برای انجام کار خود ندارند. ۲- احساس شدید نسبت به خویش: فکر جوان از دایره، خصوصیات بدنی، نقش و یا شغل بالاتر نمی‌رود. ۳- هویت منفی: رفتاری غریب و نامأنوس دارد جوان وظایفی را که اجتماع و خانواده بر عهده او گذاشته با تمسخر و خصمانه رد می‌کند (احمدی، ۱۳۷۳).

شخصی به نام کرتینر، توجه فلسفی به انسان را در مطالعات روان‌شناسی وارد کرد و هویت را از دیدگاه رشدی - اخلاقی و وجودگرا، مفهوم‌سازی نمود. او بر انتخاب، کنترل خود، مسئولیت‌پذیری و یگانگی ویژگی تاکید داشت. در نظریه‌ی کرتینر، جامعه فرصت‌هایی

<sup>۱</sup> .Schultz

را برای رشد شناختی و قابلیت‌های روانی - اجتماعی افراد فراهم می‌کند و در عوض، افراد یک جامعه هم، مسئول ارتقای رشد و تحول آن هستند. کرتینر، فرد را مسئول انتخاب‌های خود، نتایج و ایجاد کننده‌ی امکان رشد خویش می‌داند. انتخاب‌های زندگی نیاز به استفاده از مهارت‌های حل مسئله دارد که از ادبیات تفکر انتقادی گرفته شده است این مهارت‌ها شامل خلاقیت، تعلیق قضاوت و ارزیابی انتقادی می‌شود. به این ترتیب، او مانند اریکسون هویت را ناشی از هر دو عامل خود و جامعه می‌داند؛ هم چنین بین ساختار شخصیت فرد و سازمان‌های اجتماعی، ارتباط متقابل قائل است، به طوری که هر کدام می‌تواند موجب رشد دیگری شود. بیشترین سهم کرتینر در ادبیات هویت، معرفی مجموعه‌ای از قابلیت‌هایی است که می‌تواند کیفیت رشد هویت را بهتر کند. کرتینر با تکیه بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و این که فرد مسئول انتخاب‌های خود است هویت اجتماعی را هم‌تراز هویت فردی می‌داند و به تئوری‌های نئواریکسونی کمک می‌کند تا بتواند نسبت به تئوری وضعیت هویت مارسیا، از ابعاد بیشتری به این قضیه پردازند. کرتینر پیمودن مسیر اکتشاف در فرآیند هویت‌یابی را نیازمند داشتن مهارت‌های حل مسئله می‌داند که این مهارت‌ها از تفکر انتقادی سرچشمه می‌گیرند (شوارتز، ۲۰۰۱؛ به نقل از جوادزاده شهشهانی، ۱۳۸۳).

### مارسیا: وضعیت‌های هویت

اگرچه مفهوم هویت توسط اریکسون مطرح شد. ولی با تلاش مارسیا تصریح و به صورت عملیاتی تعریف شد. مارسیا بیان می‌کند یک مفهوم ارزشمند، باید تعریف‌پذیر و قابل-اندازه‌گیری باشد به طوری که در یک آزمون فرضی عملی بتواند پیش‌بینی‌هایی به عمل آورد. وی با مصاحبه نیمه ساخت‌دار، افراد را در یکی از پایگاه‌های هویت قرار داد. موارد آزمون شامل شغل، مذهب و سیاست بود (مارسیا، ۱۹۶۶).

مارسیا هویت را وابسته به گذشته و تعیین‌کننده‌ی آینده است و در دوران کودکی ریشه دارد. و به عنوان پایه‌ای برای وظایف بعدی در نظر گرفته می‌شود در شروع تحقیق در مورد هویت، به وسیله‌ی مصاحبه با دانشجویان پسر دانشگاه، ابتدا فقط ملاک اصلی اریکسون یعنی تعهد را در قلمرو شغل و جهان بینی کار کرد و این موضوع به دو انتخاب منجر گردید: « بعد از ۲۰ مصاحبه، مارسیا به این نتیجه رسید که از شیوه‌های مختلف می‌توان به تعهد رسید بعضی از افراد به تعهد می‌رسند، بدون این که فکری در مورد انتخاب‌هایی که از دوران کودکی داشتند بنمایند؛ برخی دیگر به نظر می‌رسند، مدتی دنبال امکان انتخاب‌های مختلف هستند علی‌رغم این موضوع، همه‌ی کسانی که به تعهد نرسیده بودند، یکسان نبودند؛ بعضی از آن‌ها ظاهراً بدون تفکر کناره‌گیری کرده بودند، درحالی که برخی دیگر فعالانه می‌کوشیدند تا راهی پیدا



کنند. بر اساس این مشاهدات، ملاک دیگری به تعهد اضافه گردید و آن "اکتشاف<sup>۱</sup> راههای انتخاب" بود (مارسیا، ۱۹۸۷؛ به نقل از اکبرزاده، ۱۳۷۶).

«مارسیا با استفاده از متغیرهای زیربنایی اکتشاف و تعهد، نگرش اریکسون را درباره‌ی شکل‌گیری هویت را عملیاتی کرد. حضور و عدم حضور این ۲ بعد مارسیا، چهار وضعیت هویت را مطرح نمود. که نتیجه‌ی بحران دوران هویت و چهار گونه متفاوت شکل‌گیری آن هستند، حوزه‌های بحران و تعهد در سه زمینه شغلی، جهان‌بینی مذهبی و سیاسی است. اکتشاف، یعنی تحقیق کردن در مورد ارزشها، اهداف و عقاید است. نوجوان در طول فرایند اکتشاف تجربیات و نقش‌های مختلف را مورد آزمایش قرار می‌دهد و ایدئولوژی متفاوتی را مورد بررسی قرار می‌دهد. تعهد، یعنی پیوستگی خاص به مجموعه‌ای از عقاید محکم، ارزش‌ها و اهداف اشاره دارد (سونتس و همکاران، ۲۰۰۵).

به نظر مارسیا (۱۹۹۳) تعهد می‌تواند همراه اکتشاف و یا بی‌ملازمت آن صورت گیرد؛ در وضعیت نخست هویت ساخته می‌شود و در وضعیت دوم، هویت اعطا می‌شود (به نقل از شهرآرای، ۱۳۸۴، ۱۷۵).

مارسیا همان گونه که بیان شد نظریه رشد هویت اریکسون را با توجه به دو ملاک تعهد و اکتشاف، با ترکیب وجود یا فقدان این معیارها به صورتی که در ( نمودار ۱) آمده است چهار وضعیت هویت را با تعریف عملیاتی شرح می دهد

(نمودار ۱) چهار وضعیت هویتی مارسیا اقتباس از کالج و ویلیامزتون (۲۰۰۴، ص ۲۴۲)

خیر	بلی	تعهد داشتن اکتشاف
دیررس	هویت موفق	بلی
سردرگم	زودرس	خیر

### هویت موفق

این وضعیت هویت از نظر رشدی پیشرفته ترین وضعیت است. فرد دوره ای از جستجوگری را پشت سر گذاشته و به تعهدات ثابت و روشنی رسیده اند. آنها به طور جدی انتخاب های متعددی را در نظر گرفته و با توجه به شرایط خود تصمیم گیری می کنند. در زمینه جهان بینی، عقاید گذشته خود را مجددا ارزیابی کرده و به راه حلی می رسند که آنها را برای انجام فعالیت آماده می کند؛ انتخاب های نهایی آنها ممکن است شامل تبدیل یافته ای از خواسته های والدین است. به طور کلی اگر در معرض تغییرات ناگهانی محیط قرار بگیرند، خود را نمی بازند و قدرت انعطاف پذیری آنها توصیف کننده ی شیوه ارتباط این افراد با جهان است

(کروگر، ۱۹۹۶؛ به نقل روان‌بند، ۱۳۸۷). از نظر مارسیا این گروه بحران هویت را تجربه کرده- اند و آن را خوبی حل کرده‌اند، و تعهدی نسبتاً پایدار را در خود ایجاد کرده‌اند. دانشجویانی که هویت کسب شده دارند، در خودشان احساس هماهنگی می‌کنند و ظرفیت‌ها محدودیت- های خود را می‌پذیرند (شکرکن و همکاران، ۱۳۸۰).

### هویت گم گشته / آشفته

این افراد معمولاً عزت نفس، سازگار روانی، خودفرمانی و خودکنترلی پایین‌تری نسبت به سه وضعیت هویتی دیگر نشان می‌دهند و احتمال دارد دیگران آن‌ها را بی‌فکر و بی‌تعصب قلمداد کنند. این افراد از هر نوع اطلاعات اجتناب می‌کنند و تصمیم‌گیری را به تاخیر می‌اندازند (مارسیا، ۱۹۹۳؛ به نقل از شهرآرای، ۱۳۸۴). این افراد هنوز بحران هویت را تجربه نکرده‌اند. و تعهد به یک شغل و نظام ارزشی یا مجموعه‌ای از عقاید در آنان دیده نمی‌شود و به شدت تاثیرپذیرند، یعنی نسبت به اکثر تجارب حالت پذیرندگی دارند. این افراد فاقد نوعی احساس کلی از هویت هستند و به سادگی نظرات‌شان در مورد خودشان تغییر می‌کند (شکرکن، ۱۳۸۰). افرادی که هویت سردرگم دارند، معمولاً خود را به دست سرنوشت و شانس می‌سپارند. این افراد نگرش "برایم مهم نیست" دارند و هر کاری که جماعت انجام دهد، با آن هم‌رنگ می‌شوند و در نهایت در بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی به سر می‌برند و تعصبات قومی و مذهبی در بین آن‌ها شایع است (نورم، ۱۹۹۴؛ به نقل از سعادت‌ی شامپر، ۱۳۸۳).

## هویت زودرس

این افراد هویت حاضر و آماده‌ای را می‌پذیرند و ضبط می‌کنند که یک فرد مقتدر (معمولا والدین، رهبران مذهبی، یا مشوق‌ها) آن را برای‌شان برگزیده است فرد به وسیله دیگران هدایت می‌شوند، یعنی جهت‌یابی آن‌ها بیرونی است نه درونی. فرد دارای هویت زودرس، اگر با موقعیتی روبرو شوند که در آن ارزش‌های والدین و دیگران کارایی نداشته باشد، به سختی احساس ترس می‌کند. این افراد هم‌نوایی، انعطاف‌پذیری، و وابستگی به مراجع قدرت را نشان می‌دهند. آن‌ها معمولا تکانشی‌اند و استقلال و اعتماد به نفس کمتری دارند (برک، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۲). این افراد هرچند هنوز بحران هویت را تجربه نکرده‌اند، اما براساس تصمیم‌گیری دیگران (معمولا والدین) مجموعه‌ای از ارزش‌ها را پذیرفته‌اند. برای فردی با هویت زودرس، دانشگاه فرصت مناسبی برای کشف موقعیت‌های تازه نیست، بلکه فرصتی برای تحقق اهداف والدین است. این افراد قبل از آن که تحت تاثیر اکتشاف و ارزشیابی‌های شخصی خود قرار گیرند، تحت تاثیر ارشیابی‌های دیگران، به ویژه افراد مهم قرار می‌گیرند (شکر کن، ۱۳۸۰).

«مطالعات تجربی به طور پیوسته نشان می‌دهد که افراد با هویت زودرس در هر دو جنس اغلب در نگرش‌هایشان مستبد بودند. این گروه از نظر تعهد به اهداف و برنامه‌های زندگی در سطح بالایی هستند زمینه اصلی در وضعیت بحران هویت اجتناب از انتخاب و خودمختاری است. فرد بیشتر پیرو دیگران است و آن چه که بزرگترها درباره‌ی شغل و مسائل سیاسی به او تحمیل

می‌کنند می‌پذیرند و از تلاش برای ایجاد خود به عنوان یک فرد مستقل و خود مختار اجتناب می‌ورزد گویی شخص از مسئولیت‌هایی که با آزادی فردی همراه باشد وحشت دارد» (دومبو، ۱۹۹۴؛ به نقل از روان‌بند، ۱۳۸۳).

## هویت دیررس

این افراد بر اساس اهداف، فعالانه در جستجوی هویت و به دنبال رسیدن به تعهد در زمینه اهداف انتخابی خود هستند؛ اغلب به نظم و نظام‌های ساخته شده حساس و بی‌اعتمادند هر آن چه که می‌بینند به مبارزه فرا می‌خوانند و ظرفیت بالایی برای شناسایی مشکلات دارند (شکرکن، ۱۳۸۰). «افراد با هویت دیررس به جستجوی صادقانه برای یافتن راه‌ها و اهداف مختلف می‌پردازند و صرفاً گذشت زمان و اتلاف وقت مطرح نیست. در اینجا نیاز نیست که فرد به بررسی و آزمون خود پردازد تا دانش عمیقی درباره‌ی خود به دست آورد. تعهدات موقتاً بنا به دلایلی معقولی کنار گذاشته می‌شوند. بنابراین هویت دیررس یک رها کردن ساده نیست، به گونه‌ای که شخص بدون هدف و سرگردان شود، بلکه یک دوره‌ی فعال جستجوی هدف و آماده شدن برای تعهدات است. این افراد تفکر اخلاقی دارند ضمن اینکه می‌دانند رابطه صمیمانه چگونه کیفیتی دارد، اما همواره چنین رابطه‌ای را برقرار نمی‌کنند، روابط بین فردی آن‌ها کلیشه‌ای بوده و از لحاظ ابراز فردی در سطح پایینی قرار دارند اغلب با عنوان افرادی که که با خود دل‌مشغولی دارند، توصیف می‌شوند هر چند خواسته‌های والدین برای

این افراد مهم است، اما بین خواسته‌های خود، تقاضاهای اجتماعی و خواسته‌های والدین تعادل ایجاد می‌کنند» (اسپرینتال<sup>۱</sup> و تایز-اسپرینتال<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳؛ به نقل از شهرآرای، ۱۳۸۴).

### برزونسکی: مدل‌های سبک هویت

برزونسکی الگوی شناختی-اجتماعی را در سال (۱۹۹۰) مطرح کرده است که در آن جوانان در ساخت، نگهداری و انطباق هویت خودشان تاکید می‌کند و اشاره دارد به تفاوت چشمگیر در درگیری و یا اجتناب افراد از تکالیف مختلف، چون تصمیم‌گیری، حل مسائل شخصی و موضوعات هویت است (برزونسکی و فراری، ۱۹۹۶).

«برزونسکی (۱۹۹۰) صریحا بیان می‌کند که همه‌ی افرادی که از نظر روان‌شناسی سالم هستند باید بتوانند هر کدام از این سه سبک را طی دوران نوجوانی و بزرگسالی استفاده کنند. جهت‌گیری سبک هویتی که افراد انتخاب می‌کنند ثابت و در برابر تغییر مقاوم است. بنابراین می‌توان این استدلال را داشت که سبک هویت یک ویژگی است و مهارت نیست و سبکی که فرد مشخصا نمایش می‌دهند یک اولویت انتخاب شده است که در مقابل صلاحیت به دست آمده قرار دارد. اگرچه برزونسکی در اصل بر هویت فردی تاکید دارد، اما ماهیت فرایندگرا و پویای مدل او ممکن است تا حدی از "هویت من" نیز استفاده کند. سبک هویت در مقایسه با وضعیت هویت مارسیا باثبات‌تر فرض می‌شود، زیرا انتظار می‌رود سبکی که فرد

1. Sprithall .R .C

2. Thies-Sprtha

به طور مشخص از آن استفاده می‌کند با ثبات تر باشد. وی معتقد است که هویت فردی به وسیله‌ی تعامل‌های اجتماعی<sup>۱</sup> شکل می‌گیرد. و برای تدوین مدل سبک هویت از نظریه کلی (۱۹۹۵) درباره "نظریه‌ی ساخت فردی" سود برده است. از دیدگاه کلی افراد به عنوان نظریه پردازان خود، قلمداد می‌شود که مدل‌های موثری را در جهان اطراف خود خلق می‌کنند. در این نظریه افراد به عنوان دانشمند، فعالانه می‌توانند مدلی را انتخاب کنند که با آن‌ها بیشترین تناسب را داشته باشد» (برزونسکی، ۱۹۹۰، ۱۹۹۸، به نقل از دانشورپور، ۱۳۸۹).

برزونسکی مدلی از رشد هویت فردی را ارائه می‌دهد، سه سبک مجزای هویت را بر اساس ثبات و تفاوت‌های فردی بنا کرد که در ادامه توضیح داده خواهد شد.

### هویت اطلاعاتی

این سبک معرف جوانانی است که با استفاده از جستجو و ارزیابی اطلاعات به احساس هویت خود دست می‌یابد جوانان دارای این سبک هویت، خودپنداره‌های انتقادی دارند و در هنگام برخورد با اطلاعات متفاوت عمل می‌کنند آن را دوباره آزمون می‌کنند و میل به آزمون دوباره و هم‌چنین تطابق هویت خود با شرایط جدید را دارند این افراد سخت‌کوش، خودتنظیم، دارای عزت نفس بالا، خودآگاه، دارای قدرت حل مسئله، و پیچیدگی شناختی بالا را دارا

هستند در این سبک هم‌چنین فرد درباره مفاهیم شکاک است و قبل از اقدام به تصمیمی به پردازش و ارزیابی اطلاعات می‌پردازد (برزونسکی، ۲۰۰۳).

افرادی که در این سبک قرار دارند اهداف شغلی مشخصی دارند؛ به استقلال و قضاوت خود بیشتر اعتماد می‌کنند و نسبت به همسالان خود در محیط تحصیلی، خودمختاری، خودتنظیمی، و پیشرفت تحصیلی و روابط بین فردی بهتری دارند. این افراد قبل رسیدن به تعهدی پایدار و بلند مدت در زمینه‌های شناختی و رفتاری، دوره‌هایی از اکتشاف و بحران هویت را پشت سر گذاشته‌اند، بنابراین هم‌دارای کسب عقاید، باورها و رفتار پایدار، استقلال و خودمختاری را نیز به دست آورند (برزونسکی و کوک، ۲۰۰۰؛ به نقل از سعادت‌شامیر، ۱۳۸۳).

## هویت هنجاری

افرادی که از این سبک هویتی استفاده می‌کنند بدون اراده دستورات و انتظارات "اطرافیان مهم خود" را اجرا می‌کنند آن‌ها افرادی با وجدان و هدف‌مداری هستند که از قبل شکل گرفته‌اند و ممکن است نسبت به اطلاعاتی که ارزش‌های شخصی آن‌ها را به چالش می‌کشاند کاملاً بسته عمل می‌کنند نسبت به تهدید اطلاعاتِ باروها و ارزش‌های خود بسته هستند، و به



طور انعطاف‌ناپذیری هویت سازمان یافته‌ای را پذیرفته‌اند و تلاش می‌کنند از آن دفاع کنند و آن را نگهداری و ادامه دهند و به طور پایدار متعهد هستند (برزونسکی، ۲۰۰۳).

«افرادی که از سبک جزمی و هنجاری عمل می‌کنند همواره با تجارب و انتظارات افراد مهم زندگی خود (مثل والدین) هم‌نوایی می‌کنند این افراد تلاش می‌کنند تا ساختارهای مربوط به خود را که از قبل موجود است، حفظ کنند و در مقابل تهدیدات بالقوه مرتبط با ساختارهای موجود، از طریق پاسخ‌های قالبی و تمرینات شناختی به دفاع می‌پردازند. محتوی هویت این افراد مبتنی بر عناصر خود جمعی (مثل خانواده، مذهب، کشور) است. معیار ارزشی این نوجوانان، ارزش‌ها و انتظارات افراد مهم زندگی آنان است بر مبنای افزایش عزت نفس جمعی بطور مثال از طریق مقایسه گروه‌هایی که آنان را از سایر افراد متمایز می‌کند تنظیم شده است» (برزونسکی و کاک، ۲۰۰؛ به نقل از فارسی‌نژاد، حجازی، ۱۳۹۰).

### سبک هویت سردرگم / اجتنابی

«نوجوانانی که از این سبک را به کار می‌گیرند از پرداختن به بحث و بررسی مسائل مرتبط با هویت اجتناب می‌کنند، نسبت به مواجهه با مسائل و تصمیمات شخصی بی‌میل هستند، در تصمیم‌گیری تعلل می‌کنند تا هنگامی که عوامل موقعیتی رفتار آن‌ها را معین کند. هویت این افراد با تغییر تقاضاهای اجتماع تغییر می‌کند بدون آن که به هویت ثابت برسند. این افراد به آینده و به نتایج فعالیت‌هایشان در درازمدت توجهی نمی‌کنند» (برزونسکی؛ ۲۰۰۴ به نقل

بدراقی، ۱۳۹۰). برزونسکی و کاک (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که افراد با سبک هویت سردرگم/اجتنابی تحمل کمتری نسبت به سبک هویت اطلاعاتی و هنجار دارند. دارای عزت نفس پایین هستند و با واکنش‌های افسردگی و روان‌رنجوری بالا، و به طور مثبت در ارتباط‌اند و بیشتر از سایر سبک‌های هویتی دچار افسردگی، روان‌پریشی و بیماری‌های عاطفی می‌شوند و در نتیجه سلامت عمومی بسیار پایینی دارند.

### هویت موفق

بالاترین سطح سلامت روانی را داشته و هویت سردرگم، پایین‌ترین سطح سلامت روانی را نشان می‌دهند. این مسئله شاید ناشی از این امر باشد که افراد دارای هویت موفق، موفقیت بیشتری داشته و بازخورد مثبت از اجتماع دریافت می‌کنند همین امر باعث می‌شود که آن‌ها دید مثبت‌تری به زندگی خود را دارا هستند (گنجی و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین نتایج پژوهش شمس‌اسفند و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان داد بین سبک‌های هویت اطلاعاتی، هنجاری و تعهد با سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد نتایج نشان داد بین سبک هویت مغشوش/اجتنابی با سلامت عمومی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

### رابطه‌ی سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت

«سبک‌های شناختی - اجتماعی پردازش هویت تحت تاثیر عوامل زیادی از جمله شیوه‌های فرزندپروری والدین، شخصیت نوجوان و محیط اجتماعی - فرهنگی قرار می‌گیرد، از طرفی

این سبک‌ها خود نیز بر ادراک فرد از خویشتن، بروندادهای رفتاری و شیوه‌های عملکردی تاثیر می‌گذارد. افرادی که دارای سبک پردازش اطلاعاتی و هنجاری هستند نسبت به کسانی که از سبک سردرگم استفاده می‌کنند از تعهد بالاتری برخوردارند برزونسکی در پژوهشی روی نقش تعهد در ارتباط بین سبک‌های هویت و متغیرهای سلامت شخصی، اظهار می‌دارد که تعهد به طور مستقیم با متغیرهای مربوط به سلامت ارتباط دارد» (برزونسکی، ۲۰۰۴، به نقل از شمس‌اسفند و همکاران، ۱۳۹۰:۱۰۸ و ۱۰۹).

نتایج پژوهش‌های سعادت‌شامپیر (۱۳۸۳) نشانگر آن است که سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری و تعهد با سلامت روانی، افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد و نشانه‌های جسمانی رابطه‌ی معنادار دارند که شدت رابطه برای سبک هنجاری بیشتر است، سبک هویت سردرگم/اجتنابی با سلامت روانی و مقیاس‌های فرعی آن رابطه‌ی منفی دارد. به دلیل آن که افراد با سبک هویت اطلاعاتی در برقراری روابط بین فردی سنجیده، و بهتر عمل می‌کنند. آن‌ها شکیبایی بیشتری را نسبت به دیگران که عقاید متفاوت با آن‌ها دارند نشان می‌دهند و نیاز کمتری به تایید دیگران برای کسب اطمینان نسبت به خود دارند. افراد با سبک هویت هنجاری، نمرات کمتری را در تکلیف روابط بین فردی به دست می‌آورند. افراد با سبک هویت مغشوش/اجتنابی، با مشکلاتی برای تشکیل روابط دوستی و حفظ شبکه‌ای از حمایت‌های اجتماعی روبه‌رو هستند. آن‌ها روابط ضعیفی را با همسالان برقرار می‌کنند و روابط

اجتماعی سطح پایینی از نظر صمیمیت، گشودگی، شکیبایی و اعتماد دارند افراد مغشوش/اجتنابی، هنگام ورود به دانشگاه، به دلیل ضعف در برقراری و نگهداری شبکه‌های حمایت اجتماعی و فقدان صمیمیت، انعطاف‌پذیری، و اعتماد به دیگران مشکلات اجتماعی و تحصیلی زیادی را تجربه می‌کنند».

تحقیقات زیادی نشان می‌دهند که تعهدات ثابت شخص نقش مهمی در تقویت عملکرد و سلامت روانی- اجتماعی فرد بازی می‌کند به طوری که افرادی که تعهد کمی دارند به دلیل آن که فاقد یک دیدگاه ثابت و واضح درباره‌ی خودشان و دنیایی که در آن زندگی می‌کنند هستند، ممکن است اجتماع را به صورت یک مجموعه پراز هرج و مرج، غیرقابل پیش‌بینی مدیریت‌ناپذیر بدانند یعنی از سلامت اجتماعی پایینی برخوردار هستند (برزونسکی، ۱۹۹۲، ۱۹۹۸؛ برزونسکی و فراری، ۱۹۹۶؛ به نقل از حجازی، فرتاش، ۱۳۸۴: ۱۷۰).

پاشا و همکاران (۱۳۸۲) در تحقیق خود روی رابطه‌ی بین پایگاه‌های هویت و بهداشت روان جوانان نتیجه گرفتند افرادی که از پایگاه هویت موفق‌تری برخوردارند از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردارند.

مطابق یافته‌های حجازی و همکاران (۱۳۸۸)، نوجوانان با تعهد بالا یعنی نوجوانانی که دارای یک چارچوب ارجاعی هدفمند جهت تنظیم رفتارهای خود و بازخوردهای مربوط به

آن هستند ارزیابی مثبت و خوبی از عملکردهای اجتماعی خود دارند، از پذیرش بالایی نسبت به دیگران برخوردارند و به طور کلی از سلامت اجتماعی بالاتری بهره‌مندند. افرادی که در برخورد با مسائل هویتی به شیوه اطلاعاتی عمل می‌کنند و همچنین افرادی که تعهد هویتی بالاتری دارند یعنی از ساختار هویتی محکمی برخوردارند از مشارکت اجتماعی و در کل از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند. به دلیل آن که پذیرش و تحمل بالای این افراد نسبت به افراد و موقعیت‌های جدید و مبهم، میل به بررسی اطلاعات مثبت و منفی و اتخاذ دیدگاه‌های غیر دو بعدی و غیر جزمی ثابت، باعث افزایش مشارکت و در نتیجه سلامت اجتماعی آنان می‌شود. نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد افرادی که با مسائل هویتی به شکل اطلاعات‌مدار برخورد می‌کنند از رشد روابط بین فردی برخوردارند، خودمتمحل و پذیرا نسبت به دیگران توصیف می‌کنند و نگرش‌ها، رفتارها و روابط باز و صادقانه، آن‌ها را قادر به ایجاد و استمرار روابط اجتماعی حمایت‌گر و مثبت می‌سازد.

بین سبک هویت مغشوش / اجتنابی با سلامت اجتماعی و مولفه‌های مشارکت و انطباق اجتماعی تنها از طریق تعهد هویت صورت می‌گیرد لذا می‌توان گفت که تعهدات هویتی در این بین نقش قدرتمندی دارند به عبارت دیگر افراد دارای سبک هویت مغشوش / اجتنابی به دلیل پایین بودن میزان تعهد از مشارکت و انطباق اجتماعی پایین‌تری نیز برخوردارند. هویت موفق، بالاترین سطح معناداری را با سلامت روانی را دارد و هویت سردرگم، پایین‌ترین سطح

سلامت روانی را نشان می‌دهند. این مسئله به دلیل آن است که افراد دارای هویت موفق، موفقیت بیشتری داشته و بازخورد مثبت از اجتماع دریافت می‌کنند و همین امر باعث می‌شود که آن‌ها دید مثبت‌تری به زندگی خود را دارند (گنجی و همکاران، ۱۳۹۰).

افراد صاحب سبک مغشوش / اجتنابی تا جایی که از یک میزانی از یک تعهد برخوردارند مشارکت، انطباق اجتماعی و در کل سلامت اجتماعی بیشتری خواهند داشت و به محض این‌که این تعهد ضعیف می‌شود احساس مسئولیت اجتماعی در آن‌ها پایین می‌آید و در عوض احساس پوچی و بی‌معنایی بر آن‌ها غالب می‌شود و در کل به ارزیابی منفی از عملکردهای اجتماعی خود دست می‌زنند. و این به دلیل آن است که رفتار این افراد بر اساس انتظارات فوری، عوامل موقعیتی و لذت‌طلبی تعیین می‌شود و درک‌شان از هویت مبتنی بر عناصر خود اجتماعی (مثل محبوبیت، و شهرت و تاثیر دیگران است) بوده و توجه اصلی آن‌ها روی حضور مطلوب و اثر گذاری مناسب اجتماعی در فقط عزت نفس اجتماعی‌شان است.

افراد هنجاری به واسطه‌ی نیاز به تایید دیگران از انطباق اجتماعی بیشتری برخوردارند اما استفاده از این سبک با مشارکت اجتماعی رابطه‌ای نشان نداد به دلیل آن که این افراد دنیای اطراف خود را به صورت قابل درک و پیش‌بینی می‌بینند و از این طریق نیاز به ایمن ماندن خویش را مرتفع ساخته و معیارهای تجویز شده از سوی دیگران را حفظ می‌کنند. در افراد اطلاعات مدار نتایج بررسی، رابطه‌ای بین سبک اطلاعاتی و انطباق اجتماعی نشان نداد در

حالی که رابطه بین این سبک و مشارکت اجتماعی هم به صورت مستقیم و هم از طریق تعهدات خاص هویتی معنادار است. به دلیل آن که افرادی دارای سبک اطلاعاتی به دلیل برخورداری از تعهدات منطقی و مبتنی بر پیشرفت همواره در صدد تغییر شرایط موجود در جهت بهینه ساختن آن هستند و لذا خود را عضو حیاتی جامعه دانسته و در جهت رفاه آن تلاش می‌کنند. تفاوت بین خود واقعی و خود ایده‌آل باعث تحریک خود تنظیمی مبتنی بر پیشرفت، دارند و تلاش می‌کنند که در رسیدن به اهدافشان موفق شوند و به یک وضعیت مطلوب که شخصاً برای‌شان مهم است برسند. این افراد از صدمه دوری نمی‌کنند، بلکه برای رسیدن به پیروزی خطر می‌کنند.

هم‌چنین نتایج نشان داد رابطه‌ای بین سبک هویت اطلاعاتی و مغشوش / اجتنابی با متغیر رشد اجتماعی وجود ندارد در حالی که رابطه‌ی سبک هنجاری با این متغیر به طور مستقیم معنادار است. مولفه‌ی رشد اجتماعی از ترکیب مولفه‌های پذیرش و شکوفایی اجتماعی بدست آمده است. طبق نظریه‌ی سلامت اجتماعی در پذیرش اجتماعی، فرد اجتماع و مردم را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود (به نقل از فارسی‌نژاد، ۱۳۸۶).

## سلامت اجتماعی و راه های ارتقاء آن

سلامت از واژه هایی است که بیشتر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می دانند، تعریفش رادشوار می یابند. در فرهنگ های گوناگون تعریف های بسیاری از سلامت شده است، در فرهنگ وبستر سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و بویژه برکنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است. در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود آمده است. جالینوس سلامت را عبارت از وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می کند.

از نظر پاتنام (۱۹۹۳)، جامعه‌ی مدنی موفق، عموماً با رابطه نیرومند افقی میان اعضا شناخته می شود و برابری یکی از اساسی ترین ابزارهای جامعه مدنی به شمار می رود؛ بنابراین، نابرابری های افراد و گروه های اجتماعی مختلف در بعد سلامت، دو مورد از جنبه های مهم ارزیابی سلامت جمعیت قلمداد می شود (لوچنر، کواچی و کندی؛ ۱۹۹۹). جوامع نیز همواره تلاش می کنند جنبه های مذکور را در تدوین برنامه های کلان خود منظور دارند. از این رو، در پیش نویس اولیه نظام نامه سلامت اجتماعی وزارت بهداشت کشور، سلامت اجتماعی وضعیت رفتارهای اجتماعی (مورد انتظار) فرد را شامل می شود که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی وی دارد و موجب ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط



پیرامون و در نهایت ایفای نقش مؤثر در تعالی و رفاه جامعه می شود (دماری و همکاران،

(۱۳۸۹)

برخی از محققان این مفهوم را نوعی توانایی در نظر گرفته‌اند؛ برای مثال، کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی را می دهند. کیز (۲۰۰۴) عملکرد خوب در زندگی را چیزی بیش از سلامت روانی هیجانی و شامل تکالیف و چالش های اجتماعی می داند. به عبارت دیگر، سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع، کیفیت روابطش با افراد و گروه های اجتماعی که عضوی از آنهاست معرفی نموده است. میزان مهارت و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه ای بزرگ تر (پارک و پارک؛ ترجمه شجاعی تهرانی و ملک افضلی، ۱۳۸۰)، احساس تعلق به گروه های اجتماعی و شریک دانستن خود در اجتماع و پیشرفت آن (کیز، ۱۹۹۸)، کیفیت و کمیت تساوی افراد و میزان درگیر شدن فرد با اجتماع (دنالد، ۱۹۷۹)، میزان عملکرد بهینه اعضای جامعه (بلوک و برسلو، ۱۹۷۱)، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدف مند بودن در زندگی و استقلال (کیز، شموتکین و رایف، ۲۰۰۲)، توانایی انجام راحت و مؤثر نقش های اجتماعی

بدون آسیب رساندن به دیگران (نورطراب و اسنایدر، ۲۰۱۰) از جمله تعاریف دیگری است که برای سلامت اجتماعی ارائه شده‌اند.

مفاهیم و سازه‌ها، هر یک دارای برخی شاخص‌ها هستند که به‌عنوان علائم راهنما عمل می‌کنند و میزان دوری و نزدیکی به معیارها و ترازها را مشخص می‌نمایند. در همین ارتباط، استون و جیکوب (۲۰۰۵) شاخص‌های مهم سلامت اجتماعی را مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، پذیرش مسئولیت، شناخت حقوق و وظایف شهروندی، شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان، احترام به محیط زیست و تلاش در راه حفظ آن، شناخت فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و مدارا با دیگران دانسته‌اند. سلامت می‌تواند تابعی از عوامل مختلف نظیر محیط، جامعه و گروه‌های اجتماعی باشد (لرنر، ۱۹۷۳). به عبارتی، انسان هم محصول و هم خالق روابط اجتماعی دنیای پیرامون خود از تولد تا مرگ است. کیفیت روابط بین فردی علاوه بر سطح مهارت‌های ارتباطی شخصی، تابعی از عوامل بنیادی سلامت اجتماعی نیز می‌باشد (به نقل از جیرینکووا و اسوبودا، ۲۰۱۰). لذا، دونالد و همکارانش (۱۹۸۷) معتقدند سلامت اجتماعی، هم بخشی از سلامتی و هم تابعی از آن محسوب می‌شود.

در سالهای اخیر با گنجانده شدن، «توانایی داشتن یک زندگی مثر از نظر اقتصادی و اجتماعی» این تعریف کامل‌تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن یک

هدف منظور شده است که می توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد؛ منبعی که به مردمان امکان می دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است، سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی های جسمانی تأکید دارد (پوراسلامی، ۱۳۷۹).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف بودن بیماری و یا رنجوری تعریف می کند. بنا براین سلامت منبعی برای زندگی روزمره است و نه برای هدف زندگی (محمد نبی، ۱۳۸۶).

سلامت مفهوم مثبتی است که علاوه بر ظرفیتهای جسمی بر منابع اجتماعی و شخصی تأکید دارد. سلامت دارای ۶ بعد مختلف می باشد: سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت عاطفی، سلامت معنوی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی (سجادی، ۱۳۸۳).

### سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار میدهد. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت

اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماریها و قابلیت های کارکردی فرد است.

آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلا ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروهها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایشی خاص را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده اند تا با عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه" را با زمینه های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت در برگیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان

پذیراست که یکی از آنها توسعه شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد.

استفاده مفرط از مدل بیماری در گذشته که در آن مقوله سلامت به عنوان نبود نشانه ها و عوارض جسمانی و روانی تعریف می شده است، منجر به بازتعریف سلامت به شکل های مختلف و سنجش آن به طرق متنوع شده است. از جمله این شیوه ها می توان به این موارد اشاره کرد: بیان شخصی، تغییرات در کارکرد ایمنی بدن، آشکار شدن علائم ظاهری بیماری، تشخیص پزشکی و... (پترسون و باسیو، ۱۹۹۱)

با این حال سازمان بهداشت جهانی W.H.O سلامت را اینگونه تعریف کرده است: "حالت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری و یا ناتوانی فرد" (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶) این تعریف مقدمه ای برای معرفی مدلی شد که در آن سلامت به معنای سطح بالایی از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مفهوم سازی شد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

### رویکردهای موجود در تعریف سلامت اجتماعی

به طور کلی مجموع نظرات مربوط به سلامت اجتماعی را می توان در سه رویکرد جمع

بندی نمود که عبارتند از:

الف) سلامت اجتماعی به مثابه عوامل اجتماعی سلامت بخش؛

ب) سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر؛

ج) سلامت اجتماعی به مثابه جنبه ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمانی و

روانشناختی (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹)

الف) سلامت اجتماعی به مثابه عوامل اجتماعی سلامت بخش:

این رویکرد به عقیده راسل اشاره دارد مبنی بر این که سلامت انسان نه تنها ناشی از عوامل

فیزیولوژیکی- شخصیتی است، بلکه به چگونگی سازگاری افراد با دیگران و نهادهای

اجتماعی، ساز و کار نظام سلامت، نقش عناصر نظامهای اقتصادی- اجتماعی در مقابله با مرگ

و میر و بیماری نظیر قانون و سیستم قضایی، آموزش و پرورش، ابزارهای اقتصادی، رسانه‌های

جمعی و غیره، بستگی دارد (به نقل از جیرینکووا و اسوبودا، ۲۰۱۰)

رفیعی و همکاران (۱۳۸۹) با استفاده از روش دلفی هجده مؤلفه عدم وجود فقیر، بیکار،

خشونت و تبعیض جنسی، قومی و نژادی، رشد کنترل شده جمعیت، برابری همه در اجرای

قانون و حمایت قانون از آنها، رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های بین‌المللی مرتبط

با حقوق انسانها، آموزش اجباری و رایگان تا اتمام مقطع راهنمایی، دسترسی همگان به

خدمات سلامت، آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی در افراد، پوشش همگانی بیمه،

توزیع عادلانه درآمدها، مشروعیت حکومت نزد مردم، شیوه مردم سالارانه انتخاب و نظارت بر

حاکمان رابه عنوان عوامل اجتماعی سلامت بخش معرفی نموده اند.

ب) سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر:

در این نگاه، سلامت اجتماعی بسته به اوضاع فعلی در هر جامعه مصادیق و معانی عینی متفاوتی می‌یابد. هم‌چنین سلامت اجتماعی یک جامعه طبق این رویکرد می‌تواند در زمانهای مختلف نیز مصادیق و معنای عینی متفاوتی داشته باشد.

ج) سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمانی و روان‌شناختی:

رویکرد سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد، به این مفهوم اشاره دارد که سلامت اجتماعی در بردارنده‌ی شرایطی است که نه تنها به سازوکار نظام سلامت و اجتماع مربوط است، بلکه به طور بنیادی به شخصیت فرد به عنوان موجودی اجتماعی بر می‌گردد. سلامت اجتماعی در این معنا به توانایی فرد در شادبودن و شاد ساختن دیگران، ارتباط با دیگران و حضور فعال در اجتماع و محل کار، توانایی ایجاد آرامش در خانواده، کار و روابط مطلوب اجتماعی اشاره می‌کند؛ یعنی مهارت‌های اجتماعی فرد در تعاملات مطلوب که برای حفظ بهزیستی اعمال می‌شود (به نقل از جیرینکووا و اسوبودا، ۲۰۱۰)

مؤلفه‌های اصلی در این رویکرد شامل استقلال و خودجوشی فرد، توانایی ارتباط با مردم

و کار کردن با آنها، مسئولیت‌پذیری و پختگی اجتماعی است (فیلیس، ۲۰۰۷)

استون و جیکوب (۲۰۰۵) نیز مؤلفه های مهم سلامت اجتماعی را مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، پذیرش مسئولیت، شناخت حقوق و وظایف شهروندی، شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان، احترام به محیط زیست و تلاش در راه حفظ آن، شناخت فرهنگ و ارزشهای اجتماعی، پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و مدارا با دیگران دانسته اند. (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۲)

تعریف سازمان بهداشت جهانی راه را برای تعریف سلامت اجتماعی گشود و سبب شد تا بتوان آن را طبقه بندی کرده و از زاویه دید جدید تری به تحقیق درباره آن پرداخت که در این زاویه دید جدید، جنبه های اجتماعی سلامت مورد توجه قرار گرفتند. سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (ریف و سینگر، ۲۰۰۴).

امروزه سلامت اجتماعی را محصول عوامل شناختی، روانی و اجتماعی و هم معلول عوامل بیولوژیکی می دانند و این نگرش با یک رویکرد کلی تر به مقوله سلامت و بیماری و معالجه مشکلات آسیب زنده همراه میشود این رویکرد جدید به سلامت منجر به استفاده از دامنه ای ازواژه ها شد که با هم ارتباط درونی دارند از جمله: کیفیت زندگی (پاور، ۲۰۰۳)، سلامت اجتماعی ذهنی و سلامت روانی (ریف و کییز، ۱۹۹۵) کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی (واترمن، ۲۰۰۱) و سلامت اجتماعی (کییز، ۱۹۹۸).



این مفهوم سازی گسترده از سلامت و سلامت اجتماعی اجازه می دهد تا بررسی جامع تری از عوامل روانی و شناختی داشته باشیم که مرتبط با درک افراد از میزان کارایی مطلوب خود در محیط اطرافشان است. این تاکید بر عوامل روانی مثبت که مرتبط با سلامت اجتماعی هستند را می توان به حوزه روانشناسی هم تعمیم داد. کیز (۱۹۹۸) معتقد است که مفهوم سازی سلامت ذهنی می بایست آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را هم در برگیرد. سلامت اجتماعی از دیرباز به عنوان فارغ بودن از حالت های اجتماعی منفی مثل از خود بیگانگی یا هرج و مرج تعریف شده است و نه الزاماً اینکه وجود شرایط روان شناختی اساس سلامت اجتماعی باشند (کیز، ۱۹۹۸)

در حالیکه به سلامت اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است (مثلاً ریف، ۱۹۸۹) این عقیده هم مطرح شده است که می بایست توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله سلامت اجتماعی شود. به عقیده کیز سلامت اجتماعی و یافقدان آن، دغدغه ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه شناسی بوده است. علیرغم اهمیت مفاهیمی چون هرج و مرج، از خود بیگانگی که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آنها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته اند. از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی می باشد (دورکیم، ۱۹۵۱).

مزایای زندگی اجتماعی می تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد. سلامت اجتماعی عبارتست از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. کیز در ادامه چالشهای اجتماعی که ابعاد سلامت اجتماعی را تشکیل می دهند، توصیف می کند.

سلامت اجتماعی اینگونه تعریف شده است « ارزشگذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی از « سلامت اجتماعی مثبت » می باشد (کیز، ۱۹۹۸) این نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک فرد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی میباشد که در تضاد با ملاک های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می گیرد یعنی ملاک هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می گیرند مثل ارزیابی های سرمایه اجتماعی.

لذا سلامت و سلامت اجتماعی را باید به گونه ای مفهوم سازی کرد که شامل خوداثبات گری فرد در گروههای اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (روزنفلد، ۱۹۹۷).

### اجتماعی:

منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیز، ۱۹۹۸) احساس تعلق می تواند جنبه ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می بایست حاصل یک

تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خود کشی می انجامد (دورکیم، ۱۹۵۱). افراد سالم احساس می کنند که جزئی از جامعه اند لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می سازند و به جامعه خود تعلق دارند. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی "دورکیم"، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی "سیمن" و آگاهی طبقاتی "مارکس" است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی تواند انعکاسی از ارزشها و سبک های فرهنگی فرد باشد.

انزوای اجتماعی عبارتست از خدشه دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می دهد در برگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است.

ایفای سهم اجتماعی: ایفای سهم اجتماعی عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می توانیم رفتار خاصی را از خود نشان

دهیم و به اهداف ویژه ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می کنند آنچه که انجام می دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با دور نمایه ایست که مارکس مطرح می کند مبنی بر اینکه انسانها ماهیتاً زاینده اند (کییز، ۱۹۸۹). اگر بخواهیم که از خود بیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیتهای روزمره ای که انجام می دهد. موارد همتای ایفای سهم اجتماعی، ایجاد انگیزه رفتار است. اریکسون معتقد بود که میانسالی دوره ای است که افراد می توانند طبق میل خود در جامعه ایفای نقش کنند بویژه با آماده کردن نسل آینده تا به اعضای خلاق جامعه مبدل شوند.

کییز (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (۱۹۷۷) مطرح می کند همپوشانی دارد و نیز میتواند به عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزشمندی در جامعه دارند به ویژه وقتی که وجود خودشان شاپیرو، (۲۰۰۴). ایفای سهم اجتماعی تا اندازه ای مرتبط برای خودشان ارزشمند نیست (الیاس و هارپر، ۱۹۷۵، کییز و با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کییز، ۱۹۹۸).

## انسجام اجتماعی:

انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است (سیمن، ۱۹۵۹) و شامل دیدگاه هایی می شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش بینی است. از حیث روان شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می بینند (ریف، ۱۹۸۹).

آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می تواند نشانه ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن هست (کیز، ۱۹۹۸) این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). افرادی که سالم ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کیز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می توان درک کرد که عقلانی و قابل پیش بینی می باشد» (کیز، ۱۹۹۸).

## شکوفایی اجتماعی:

منظور از شکوفایی اجتماعی "ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است" (کیز، ۱۹۹۸).

شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی اند که نوید توسعه بهینه را می دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

باینحال سلامت شامل دیدگاهی خوش بینانه از آینده احتمالی است. در حالیکه خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. با توجه به دیدگاه های کیز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم « خودشناسی » ماسلو (۱۹۶۸) دارد و نیز بی ارتباط با تاکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم می باشد (کیز، ۱۹۹۸). شکوفایی اجتماعی به موازات خود مختاری، به معنای تاوان جامعه برای کنترل فرداست. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درونمایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به عنوان خودشناسی (ماسلو، ۱۹۶۸)، خوشبختی و رشد فردی (ریف ۱۹۸۹) است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی هم این ایده های مربوط به رشد و توسعه را در بر می گیرد.

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه های خوب و بد زندگی خود را توامان می پذیرند نمونه هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف ۱۹۸۹). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیز، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت

انسانهاست که همگی آنها باعث می شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کیز و شاپیرو، ۱۹۹۸). کسانی که دیگران را می پذیرند به این درک رسیده اند که افراد به طور کلی سازنده هستند همان گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (کیز، ۱۹۹۸). کیز دو تحقیق انجام داد (یکی با استفاده از نظرسنجی تلفنی و دیگری با یک پرسشنامه خودنوشت) که اثبات گر ۵ بعد از سلامت اجتماعی بودند: این تحقیقات شواهدی برای اعتبار همگرا میان مقیاسهای سلامت اجتماعی و مواردی چون مشارکت اجتماعی، زاینده بودن فعالیت ها، درک محدودیت ها، رضایت از زندگی و خوشبختی ارائه کردند. کیز همچنین دریافت که سلامت اجتماعی به طور کلی با افزایش سن و بالا رفتن سطح تحصیلات افزایش می یابد و معتقد بود مهارتها، منابع و تجربیات با بالا رفتن سن افزایش می یابند و به افراد کمک می کنند بهتر از عهده چالشهای اجتماعی برآیند. درحالیکه این مقیاسهای سلامت اجتماعی همراستا با ملاک های سلامت روحی که به سلامت روانی میانجامد هستند، با آنها همپوشانی ندارند (کیز، ۱۹۹۸). بعلاوه این مقیاسها صرفاً به شکل حداقلی با خوش بینی همبستگی دارند. لذا نتایجی که کیز می گیرد نشان می دهد که مقیاسهای سلامت اجتماعی به حد کافی نشانگر میزان حل و فصل چالشهای اجتماعی توسط افراد هستند. او معتقد است که "سلامت اجتماعی یک دستاورد است" (کیز، ۱۹۹۸) اجرایی کردن سلامت اجتماعی به عنوان کارکردی روانی، جسمانی و اجتماعی

می باید دیدگاهی کلان تر درباره تلقی افراد از میزان کارکرد مناسب خود در محیط شان ارایه دهد.

### بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه های اسلام

سلامت و سلام یعنی مصون و جدا بودن از آفات ظاهری و باطنی. قرآن کریم اشاره می کند قلب سلیم آن است که از شک، حسد، کفر و نظایر آن سالم و دور باشد (واقعه، آیات ۲۵ و ۲۶)؛ مراد گفتار و رفتاری است که از هم دیگر در سلام باشند. طبرسی گوید؛ سلام یعنی آن که بندگان از ظلمش سالم‌اند؛ علامه طباطبایی (ره) در کتاب گران قدر تفسیر المیزان سلامت را «بی آزار» معنی کرده و می گوید؛ سلام کسی است که بدون شرّ و ضرر، با تو به سلامت و عافیت ملاقات کند (قرشی، ۱۳۷۱). با توجه به ریشه و معنای سلامت و سلام، مسلمان باید آبروی دیگران را حفظ و هتک حیثیت نکند و مردم از دست و زبانش درامان باشند. همانطور که حضرت علی(ع) می فرمایند: «با مؤمنین به ایثار و با سایر مردم به انصاف رفتار کن» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶) حضرت صادق (ع) نیز فرموده‌اند: «مسلمان کسی است که مردم از دست و زبان او در امان باشند» و «مومن کسی است که مردم او را امین مال و جان خود بدانند» (علامه مجلسی، ۱۰۳۷-۱۱۱۱ هجری). ندای قرآن فراخوانی به حذف تفاوت ها و امتیازها دارد، زیرا خداوند از آن جهت میان مردم در نسب ها و شهرها تفاوت قرار داد تا در صدد شناختن هم برآیند و با یک دیگر آمد و شد کنند، نه این که به یک دیگر فخر فروخته، و به



برتری جویی پردازند (حکیمی، ۱۳۸۰). سالهای متمادی است اندیشمندان علوم انسانی و روان شناسان غربی با گمانه زنی و نظریه پردازیهای مختلف سعی در شناسایی شاخص ها، مؤلفه ها و متغیرهای تأثیرگذار و مرتبط با رفتار های بهنجار و نابهنجار داشته اند تا بتوانند به کنترل، پیش بینی و تبیین رفتار انسان برای دستیابی به سلامت پردازند. این نظریه ها در جنبه های ماهوی سرشت سرنوشت انسان تفاوت و گاه تضادهای بنیادی، با نگاه اسلام داشته اند به طوری که این تفاوت ها، تأثیر مهمی بر اهداف، محتوا و شایسته های رفتار سالم و انسان سالم به ویژه در عرصه اجتماعی بر جای گذاشته اند. تفاوت فوق العاده زیادی وجود دارد میان این که انسان خود را برای خویشتن مطرح کند و این که آفریننده او که مافوق اوست وی را مورد شناسایی قرار دهد (علامه جعفری، الف ۱۳۸۸).

دین اسلام به عنوان کامل ترین نسخه هدایت الهی تا آخرین نسل بشر الگوها و مبانی جامع و دقیقی در خصوص تفکر، احساس و رفتار شایسته و سالم افراد در تعامل با همسر، فرزند، همسایه و به طور کلی برادران دینی و تمامی انسان ها ارائه نموده که یک مسلمان باید آن ها را رعایت کند (مصباح یزدی، ۱۳۸۸).

اسلام کیفیت ارتباط مسلمان با دیگران را چنین معرفی میکند: اگر کسی بر او ستم کرد صبر نماید، با خویشاوندان قطع رابطه ندارد، از خوی خشن دور، دیدگان او بدون اراده اش متوجه جایی نمی شوند، نسبت به مردم حسد ندارد، از احسان و انفاق خودداری نمی کند،

مظلومان را یاری می‌کند و از بینوایان دلجویی می‌نماید، خود را به سختی می‌اندازد ولی مردم از او در آسایش اند، در انجام کارهای مردم کوشش دارد، در حلمش نقصی نیست، هر کس از او مشورت بخواهد راهنمایی می‌کند و هر کس از او مساعدت طلب کند او را مساعدت می‌نماید (عطاردی، ۱۳۷۸). پیامبر(ص) در خصوص ویژگی‌های روابط سالم میان مسلمانان می‌فرماید: «امت من در دنیا بر سه طبقه‌اند؛ کسانی که مال را از پاکیزه‌ترین وجه و بهترین راه فراهم می‌آورند و از آن برای صله رحم به خویشاوندان خود می‌بخشند؛ به برادران دینی خود کمک می‌کنند، و فقیران را در مال خود شریک می‌سازند» (مجلسی ۱۰۳۷-۱۱۱۰ هجری). بر اساس منشور امامیه (سبحانی، ۱۳۸۹)، انسان در پرتو نور خرد و موهبت اختیار، در برابر خدا، پیامبران و دیگر انسانها مسؤول است. هیچ انسانی بر دیگری تفوق ندارد، مگر از طریق تقوا و پرهیزکاری. اسلام با دعوت به برادری، اصلی اساسی برای ارتباط‌های اجتماعی انسان تأسیس می‌کند، که مردمان را به مهربان بودن، نیکی کردن به یکدیگر، رفتار برادرانه داشتن و عمل کردن بر مبنای مواسات، مساوات و ایثار فرا می‌خواند (حکیمی، ۱۳۸۰).

### بهداشت روانی در اسلام

در متون اسلامی روح و روان واقعیتی انکار ناپذیر است. آفرینش روان، از آن خداست و حیات آن ابدی است. از دیدگاه قرآن، انسان ترکیبی از ماده و روان است و شرافت انسان، به روان اوست. معنای لغوی بهداشت روانی، سالم نگهداشتن آن از هر گونه آسیب است و

همچنین در ایجاد آمادگی برای سازش منطقی با پیشامدهای مهم زندگی در محیط خانه، مدرسه، دانشگاه، محیط کار و... بسیار راهگشاست. احترام به شخصیت و حیثیت انسان بر همگان واجب است و تا زمانی که ارزش و جایگاه افراد نادیده گرفته شود، سلامت فکر، تعادل روان و بهبود روابط انسانی تحقق نخواهد یافت.

بهداشت روانی عبارت است از: تأمین سلامت فکر و روان در جهت سازگاری فرد با خود و با محیط زندگی، قدرت پذیرش واقعیت های موجود و شکوفایی استعداد های بالقوه خویش.

۱. حقیقت روح و روان در اسلام

۲. تعریف بهداشت روانی.

معیارهای بیماری و سلامت روانی در مکتب اسلام در مکتب کمال یافته اسلام، معیارهای بیماری روانی و حداقل سلامت روانی و نیز معیارهای ایده آل تعریف شده اند. معیارهای بیماری، در تشخیص آن کمک کننده اند و از نظر حقوقی و جزایی مورد توجه قرار می گیرند. نکته جالب در متون اسلامی این است که تظاهرات اختلال روانی را، به عنوان بیماری می پندارند و تا زمانی که نشانه های قطع ارتباط با واقعیت ذهنی آنان، یعنی جنون وجود دارند، فرد از انجام تکالیف مذهبی معاف است و حق دخالت در دارایی خویش را ندارد، ولی پس از رفع علامت ها می تواند انجام امور عادی خویش را بر عهده گیرد.

پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله استفاده از واژه «مجنون» را برای افرادی که تظاهرات روانی دارند، ناصحیح می داند و آنها را فقط بیمار می خواند. در روایتی از حضرت علی علیه السلام نقل است: رسول خدا بر جمعی گذشت و فرمود: برای چه گرد هم فراهم شده اید؟ عرض کردند: یا رسول الله مرد دیوانه ای است که غش می کند و ما بر گرد او جمع شده ایم. رسول خدا فرمود: این دیوانه نیست، بلکه بیمار است. پس فرمود: آیا شما را از دیوانه حقیقی آگاه کنم؟ عرض کردند: بلی یا رسول الله! فرمود: دیوانه آن است که از روی تکبر راه رود، با گوشه چشمش نگاه کند، شانه های خود را از سر بزرگی بجنباند و با آنکه گناه می کند، آرزوی بهشت دارد، مردم از شرش آسوده نیستند و به خیرش امیدی نیست و او دیوانه است.

### نقش مذهب در بهداشت روانی

مذهب همواره در بهداشت روانی و تعلیم و تربیت آدمی و زندگی فردی و اجتماعی او، منشاء خیر و نیکی بوده است. بر این اساس که جامعه از افراد خود انتظار دارد از دستورات دینی خود پیروی و با ایمان و اعتقاد کامل مذهبی زندگی کنند. احساس امنیت روانی، بر تأمین سلامت روان انسان بسیار تأثیرگذار است و این احساس، خود ناشی از جایگاه مثبت اجتماعی اوست. از نشانه های روان سالم در انسان بالغ، داشتن ایمان قوی است. بسیاری از عالمان و فیلسوفان بر این عقیده اند که یگانه مانع تحقق خواش های نفسانی، نیروی ایمان و

باورهای دینی است. افراد متدین، از مشکلات و پیشامدها نمی هراسند و با اراده محکم و توکل به خدا، شکیبایی پیشه می کنند و با علم و ایمان به حل مشکل می پردازند.

امام جعفر صادق علیه السلام صفاتی را برای شخص با ایمان برشمرده است که آراستگی به این صفات، افراد را در برابر آسیب های روانی اجتماعی مقاوم می سازد، از آن جمله اند:

۱. متانت و استواری در برابر حوادث ۲. صبر و شکیبایی در گرفتاری ها ۳. شکرگزاری در نعمت ۴. قناعت به روزی ای که خداوند داده است ۵. روانداشتن ستم بر دشمنان ۶. تحمیل نکردن خود بر دیگران ۷. تأمین آسایش دیگران با تحمل سختی.

### نقش مذهب در پیشگیری از بیماری های روانی

بنابر نظر روان شناسان، بیشتر بیماری های روانی ناشی از فشارهای زندگی، در میان افراد بی دین یا سست ایمان دیده می شود. از این رو، یکی از پی آمدهای ناگوار زندگی عصر ما که بر اثر ضعف ایمان پدید آمده است، افزایش بیماری های روانی و عصبی است. ایمان و اعتقاد مذهبی، نقش مهمی در تقویت روان انسان ها دارد و به نسبت افزایش ایمان درونی افراد، آسیب های روانی و اجتماعی کمتری خواهند دید. اصل بهداشت روانی نیز بر این است که چگونه باید از بروز بیماری های روانی پیشگیری کنیم و این مهم تحقق نمی یابد، مگر در سایه اعتقاد و ایمان والای الهی.

بر اساس یافته های برخی متخصصان، درمان ریشه ای بیشتر بیماری های روانی، از طریق مذهب امکان پذیر است. مذهب درمانی، یکی از راه های درمان بیماری های روانی شناخته شده است. روان شناسان جهان اسلام به ویژه ایران، در پرتو دستورهای مذهبی و با مددخواهی از قرآن کریم، روش های مناسبی را برای تسکین و درمان مشکلات روانی معرفی می کنند که برای درمان بیماری های روان مؤثر است. ضعف ایمان و گرایش مذهبی، منشاء بیماری های روانی.

### رهنمودهای قرآنی برای تسکین و درمان بیماری های روانی:

#### ۱- درمان، با ذکر و یاد خدا:

«أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ آگاه باشید که با یاد خدا دل ها آرامش می یابد».

(رعد: ۲۸) از بهترین راه های اساسی درمان روان، ذکر خداست؛ زیرا ذکر قلب ها را جلا می دهد، ترس و نگرانی را می زداید و احساس امنیت درونی در فرد به وجود می آورد، به عبارت دیگر یاد خداوند هر گونه نا امنی را به امنیت و دشمنی را به محبت و اضطراب را به آرامش تبدیل می کند. همچنین فرد افسرده که ناامیدی سراپای وجودش را فرا گرفته است، می پندارد که کسی او را درک نمی کند، ولی همین فرد در حضور خدا احساس آرامش می کند و همواره خداوند را با خود همراه می داند، به حدی که یقین می یابد در تنهایی نیز خدا او را

رها نخواهد ساخت. خداوند کریم در قرآن فرموده است: «پس یاد کنید مرا تا یاد کنم شما را». (بقره: ۱۴۸).

## ۲-درمان، با خواندن قرآن و دعا

وَ نَزَّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَ لَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا. (بنی اسرائیل: ۸۵).

و نازل می نمایم در قرآن آنچه را آن شفا و رحمت است برای مؤمنین و نمی افزاید ستمکاران را جز زیان .

علامه طباطبایی رحمه الله در تفسیر این آیه شریفه اشاره به این مطلب دارد که اگر قرآن را به منزله شفا بدانیم، پس باید امراضی وجود داشته باشند که شفای آنها از طریق قرآن صورت پذیرد؛ همان گونه که دارو اثر شفابخشی برای بیماری ها دارد. بنابراین چنانچه نفس انسان به مادیت گرایش یابد و اسیر هوی و هوس های مادی گردد، درمان این بیماری او جز به مدد قرآن امکان ندارد. یاد خدا، درمان دردها و شفای بیماری ها.

## ۳-درمان، با توبه کردن: در برخی بیماری های روانی، بیمار احساس گناه و تقصیر

شدیدی نسبت به اعمال گذشته خود دارد و خود را خطاکار محض می داند. حتی بیمارانی هستند که مرتکب گناه و خطایی نشده اند، ولی بر اثر پیشروی احساس گناه، درونشان بیمار شده است. به طور مثال: فرد افسرده فقط به گذشته خود می نگرد و در تفسیر رخدادهای

گذشته خود را مقصر می داند و یا فرد وسواس، ناخواسته خود را آلوده و گناهکار حس می کند و از روی وسواس کارها را تکراری انجام می دهد تا خود را پاک پندارد. گروهی از بیماران که درواقع گناهکارند و از کرده خود پشیمان و به اضطراب و نگرانی دچار شده اند، بهتر است با توسل به توبه و بازگشت به خداوند به تطهیر روانی برسند تا از شرم ساری گناه نیز برهند. توبه، یعنی پشیمانی از عمل ناشایست که پس از آگاهی درست به نفسِ کار این تصمیم گرفته می شود. آدمی با توبه، با هوس ها می ستیزد و سرانجام آن بازگشت نفس به اعتدال و درنتیجه سلامت روانی است.

### چارچوب نظری سلامت اجتماعی

کبیز معتقد است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش های اجتماعی را نیز در بر می گیرد. کبیز مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می کند.

سلامت اجتماعی به معنای کیفیت روابط فرد با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی است و شامل پاسخ های درونی (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا عدم رضایت

فرد از زندگی و محیط اجتماعی امن است (لارسن، ۱۹۹۶)



سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط  
 ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش های اجتماعی اشاره دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).  
 این ابعاد اجتماعی فرد سالم، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه  
 معنا دار، قابل فهم و با امکان رشد و شکوفایی بداند (کیز، ۱۹۹۸). سلامت اجتماعی شامل  
 سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان  
 عضوی از جامعه بزرگتر است. شاخص های مهم سلامت اجتماعی شامل مشارکت فعال در  
 زندگی اجتماعی، پذیرش مسئولیت، شناخت حقوق و وظایف خود به عنوان یک شهروند،  
 شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان، احترام به محیط زیست و تلاش در  
 راه حفظ آن، شناخت فرهنگ و ارزش های اجتماعی، پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و  
 مدارا با دیگران (استون و جیکوب، ۲۰۰۵). به طور کلی مجموع نظریه ها درباره سلامت  
 اجتماعی را می توان در سه رویکرد جمع بندی کرد: ۱- سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم؛  
 ۲- سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش ۳- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه  
 ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی.

ماکس وبر پایگاه اجتماعی را یک امتیاز اجتماعی تعریف می کند که در جامعه به برخی  
 از موقعیت هاداده می شود و جامعه نیز از دسته هایی از سطوح و یا گروههایی از پایگاه ها  
 تشکیل می شود. دیدگاه وبر، طبقه اجتماعی را به صورت چند بعدی در نظر می گیرد. رز و

و مطرح می کنند که افراد با تحصیلات بالاتر در مقایسه با افراد کم سواد از لحاظ سلامت روحی و روانی در وضعیت بهتری قرار می گیرند. به عبارت دیگر موقعیت یک فرد در سلسله مراتب اجتماعی برای وی شرایط و ویژگیهایی را فراهم می کند که می تواند سلامتی وی را تحت الشعاع خود قرار دهد. شنایدر و همکاران نیز مهارتهای ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می کنند و به عنوان وسیله شروع و ادامه یک ارتباط سازنده می دانند که دربخش مهمی از سلامت اجتماعی، مورد استفاده واقع می شود. از دیدگاه روان شناسی، مذهب یک فعالیت فکری و احساسی و یک عمل ارادی است. مذهب گرایی با بهداشت روانی مثبت، احساس بهزیستی، کنترل خویشتن و توانایی تحمل در ارتباط است.

### پرخاشگری در کودکان و نوجوانان و درمان آن

محققان علوم رفتاری در کشورهای مختلف هرگز تعریف روشن و واحدی از مفهوم پرخاشگری ارائه نداده اند زیرا تعریف پرخاشگری تحت تاثیر فرهنگ، تجربه و اعتقادات جوامع متفاوت است (ایزدی طامه و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۸۵). به هر حال رفتارهای پرخاشگرانه یکی از مشکلات اجتماعی مهم و اساسی در هر جامعه است که به دلیل اهمیت آن بخصوص در دوران کودکی و نوجوانی توجه ویژه ای می شود. در زیر به مهمترین تعاریف ارائه شده در خصوص پرخاشگری اشاره می شود:

از دیدگاه ارونسون (۱۳۸۷) پرخاشگری رفتار آگاهانه ای است که هدفش اعمال در دورنج جسمانی یا روانی باشد. به عبارت بهتر عمل آگاهانه ای است که باهدف وارد آوردن صدمه و رنج انجام می گیرد. این عمل ممکن است بدنی یا کلامی باشد. خواه در نیل به هدف موفق بشود یا نشود، در هر صورت پرخاشگری است. هیلگارد و اتکینسون (۱۳۸۵) پرخاشگری را رفتاری می دانند که قصد آن صدمه زدن (جسمانی و کلامی) به فرد دیگر یا نابود کردن دارایی آنهاست. مفهوم اساسی در این تعریف قصد است. اگر کسی پای شمارالگد می کند قصد وی نشان دهنده پرخاشگرانه بودن یا نبودن رفتار است. به طور کلی رفتار پرخاشگرانه واجد چهار شرط زیر است:

- الف) فردی که رفتارش توأم با پرخاشگری است آن رفتار را عمدتاً انجام می دهد.
- ب) آن رفتار در روابط بین فردی که حاکی از تعارض یا ناکامی باشد رخ می دهد.
- پ) شخصی که دارای رفتار پرخاشگرانه است قصدش برتری یافتن بر فردی است که مقابل او رفتار پرخاشگرانه داشته است.
- ت) شخصی که چنین رفتاری از او سر می زند یا در جهت جدال تحریک شده یا حد اعلاى شدت، آن مسیر را پیموده است (ایزدی طامه و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۸۷).

با توجه به جمیع تعاریف مربوط به پرخاشگری مهمترین مفاهیم مستتر در این تعاریف

عبارتند از:

- نیت‌مندی: رفتار پرخاشگرانه همراه با قصد و نیت صورت می‌گیرد.

- جلوه رفتاری: عامل پرخاشگری به نوعی (کلامی یا جسمانی) قصد و نیت خود را

آشکار می‌سازد.

- قربانی: پرخاشگری همواره معطوف به شخصی یا چیزی می‌باشد.

پرخاشگری به طور کلی به دو نوع پرخاشگری خصمانه و پرخاشگری وسیله ای تقسیم می

شود. پرخاشگری خصمانه عملی پرخاشگرانه است که از احساس خشم ناشی می‌شود و هدفش

اعمال درد و آسیب است. اما در پرخاشگری وسیله ای قصد و نیت آسیب رساندن به شخص

دیگر وجود دارد، لیکن آسیب رسانی به عنوان وسیله ای برای رسیدن به هدفی غیر از ایجاد

درد و رنج صورت می‌گیرد (ارونسون، ۱۳۸۷: ۲۷۵).

پرخاشگری خصمانه شامل دو حالت پرخاشگری آشکار و پرخاشگری رابطه ای می

باشد. در پرخاشگری آشکار کودک به دیگران صدمه بدنی وارد می‌کند یا او را به چنین

صدمه ای تهدید می‌کند. مثلاً کتک زدن، لگد زدن یا تهدید کردن یک همسال به کتک

زدن. اما در پرخاشگری رابطه ای به صورت محرومیت اجتماعی و شایعه پراکنی رخ می دهد و به رابطه همسالان آسیب می رساند (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۰).

پرخاشگری رابطه ای که شامل دو نوع مستقیم و غیر مستقیم می شود در مورد کودکانی که به کار می رود که به طور عمد سایر کودکان را از گروه طرد و منزوی می کنند. برخی از محققان این نوع رفتار را پرخاشگری اجتماعی و مستقل از پرخاشگری آشکار تعریف کرده اند (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷).

### عوامل موثر بر پرخاشگری کودکان و نوجوانان:

بامطالعه و بررسی نظریات مختلف در حوزه پرخاشگری و خشونت به طور کلی و پرخاشگری کودکان و نوجوانان به طور خاص، موارد ذیل را به عنوان مهمترین عوامل موثر بر پرخاشگری شناسایی و معرفی می نمایم:

#### ۱- خانواده: یکی از عوامل موثر و اساسی در رفتار افراد می باشد. کودک از بدو تولد

خصوصیاتی را از والدین خود به ارث می برد و زمینه های رشد وی را فراهم می کند. نفوذ والدین در کودکان تنها جنبه ارثی و وراثتی ندارد بلکه در آشنایی کودک با زندگی اجتماعی و فرهنگ پذیری وی خانواده و والدین نقش اساسی دارند. ساختار و شکل خانواده، نحوه ارتباط اعضاء هر خانواده با یکدیگر و جامعه ای که خانواده در آن زندگی می کند در بیشتر موارد همسانی ندارد لذا رفتار و تاثیر خانواده ها در افراد متفاوت است (مجتهدزاده و نیسی،

۱۳۸۸: ۸). رفتار متضاد پدر و مادر، جدایی والدین از هم، غیبت طولانی مدت یکی از والدین، وجود جو نامساعد در خانواده پرخاشگر بودن پدر یا مادر یا هردو، تبعیض و بی عدالتی در مورد کودکان و نوجوانان، تحقیر کودکان و نوجوانان و احساس ناامنی، دخالت بیش از حد در کار آنها و رفتار تهدید آمیز از علل روانی اجتماعی مهم در پرخاشگری نوجوانان محسوب می شود (گلچین، ۱۳۸۱)

۲- جنسیت: تفاوت در پرخاشگری میان دو جنس از دو- سه سالگی مشهود است. در مهد کودک پرخاشگری کلامی و بدنی در پسرها بیشتر از دختران است و معمولاً پسرها بیشتر در صدد تلافی برمی آیند. و این تفاوت در پرخاشگری پسران و دخترها در همه فرهنگها و طبقات اجتماعی دیده می شود (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۹). گلچین (۱۳۸۱) در تحقیقی نشان داد که در دختران به طور ذاتی نسبت به پسران از پرخاشگری کمتری برخوردارند و در حالی که پسران بیشتر از پرخاشگری فیزیکی استفاده می کنند، دختران پرخاشگری کلامی از خود نمایش می دهند. و دلیل آن این است که دختران در مواجهه با مشکلات بیشتر به صورت درونی یعنی افسردگی و اضطراب پاسخ می دهند. همچنین پسران در صورتی که مورد تهاجم و حمله قرار بگیرند سریعتر دست به تلافی میزنند و با شدت بیشتری پاسخ می دهند. علاوه بر آن دختران نسبت به پسران گرایش کمتری به تقلید رفتارهای پرخاشگرانه دارند مگر آنکه به

دلیل چنین رفتار هایی از سوی دیگران تقویت شوند و البته در اجتماع ما کمتر به خاطر پرخاشگری دختران راتشویق و تقویت می کنند (سلحشور، ۱۳۷۸).

**۳- سن:** معمولا هرچه کودکان بزرگتر می شوند کم تر دست به رفتارهای پرخاشگرانه می زنند، زیرا می توانند با بیان کلامی به خواسته های خود دست یابند. البته چنانچه کودکان در سنین مدرسه رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان دهند غالباً این نوع رفتار از نوع خصمانه آن خواهد بود. به عبارت دیگر برای رسیدن به خواسته ها و تمایلات خود با قصد و برنامه قبلی عمل می کنند و بیشتر به پرخاشگریهای کلامی مثل انتقاد، تمسخر، یاوه گویی و فحاشی و یا مخالفت های کلامی می پردازند (سلحشور، ۱۳۷۸).

**۴- رسانه ها:** یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در بروز رفتارهای پرخاشگرانه محسوب می شود. از دیدگاه ارونسون (۱۳۸۷) رسانه ها و بخصوص تلویزیون نقش اساسی در اجتماعی کردن کودکان ایفاء می کنند. هرچه افراد در کودکی خشونت بیشتری را در تلویزیون تماشا کنند بعدها در دوره نوجوانی و بزرگسالی خشونت و پرخاشگری بیشتری از خود نشان خواهند داد. کودکان حتی اگر مستعد پرخاشگری هم نباشند اگر برای مدت طولانی در معرض نمایش پیوسته فیلم های خشن قرار بگیرند پرخاشگرتر می شوند .

خشونت در برنامه های تلویزیونی مانند یک الگوی رفتاری عمل می کند که به تماشاگران می آموزد چگونه پرخاشگری خود را به سمت دیگران بروز دهند. همچنین برنامه

های خشن می توانند باعث ظهور افکار و احساسات پرخاشگرانه شوند. خشونت های مکرر تلویزیونی ممکن است حساسیت بیننده را نسبت به خشونت از بین ببرند و رفتارهای پرخاشگرانه را طبیعی و قابل قبول جلوه دهند (صفاری نیا، ۱۳۸۹).

بطور کلی قرار گرفتن در معرض خشونت تلویزیونی به صورت طولانی مدت به نتایج زیر

می انجامد:

- الف) سبک های رفتار پرخاشگرانه را افزایش می دهد .
- ب) محدودیت های اعمال چنین رفتاری را کاهش می دهد.
- ج) عواطف و احساسات بینندگان چنین برنامه هایی را در قبال خشونت خنثی می کند .
- د) تصویری از واقعیت اجتماعی در ذهن بینندگان این برنامه ها شکل می گیرد که مبنای بسیاری از کنش های آنان قرار می گیرد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۹)

### **بازیهای ویدیویی و رایانه ای:**

پرخاشگری و خشونت از جمله موضوعات اساسی مطرح شده در بازیهای ویدیویی و رایانه ای به شمار می آید. بررسی مفاهیم پرخاشگرانه در این گونه بازیها حاوی نوعی از عادی سازی پدیده خشونت و پرخاشگری در جریان بازیهاست. جنگ ستارگان، انهدام سیاره ها، سفینه های فضایی و ربات ها و مانند آن از موضوعات عادی و پیش پا افتاده این بازیهای



رایانه ای محسوب می شود. و از همه بدتر اینکه در برخی از این بازیها کاربران کودک و نوجوان نقش جنایتکاران خیالی را ایفاء می کنند و با حمله به عابران و رهگذران با کشتن آنها امتیاز کسب می کنند. و یا مثلا با ماشین ربایی از مردم در خیابان و دزدیدن مواد مخدر از قاچاق فروشان امتیاز کسب می کند و یا برای قتل عام عابران جایزه می گیرد و صدای شکستن استخوان های آنها به جلوه های واقع گرای بازی اضافه می کند(منطقی، ۱۳۸۷).

در برخی از نسخه های اینگونه بازیها مثل بازی محکوم به فنا در آغاز برنامه اینگونه خاطرنشان می سازد که فقط خاطرتان باشد درب اتاقتان را در جریان بازی قفل نکنید تا در صورت لزوم راه فراری داشته باشید. و در شرح بازی قاتل بیان می شود که اول چند قرص آرام بخش دم دستتان بگذارید و بعد بازی را شروع کنید(منطقی، ۱۳۸۷). با توجه به اینکه انجام این بازیها فعالیتی تعاملی است و در نتیجه فرد را بیشتر درگیر می کند، تاثیر آنها حتی از تلویزیون هم بیشتر است(گانتر، ۱۳۸۸). از دیدگاه منطقی (۱۳۸۷) مهمترین تبعات بازیهای رایانه ای عبارتند از: وجود تخیلات پرخاشگرانه، عادی شدن پرخاشگری، الگوبرداری از قهرمانان پرخاشگر، پرخاشگری به عنوان راه حل مسائل و مشکلات افراد، افزایش پرخاشگری عملی در کودکان و نوجوانان و افزایش قتل و بزهکاری در نوجوانان، حساسیت زدایی نسبت به خشونت و پرخاشگری و در نتیجه یافتن شخصیتی خشن و ستیزه جو و.....

### سلیقه کودکان به عنوان عامل موثر پرخاشگری:

گاهی کودکان با انتخاب های خود موجب تقویت رفتارهای پرخاشگرانه می شوند. مثلا انجام ورزش های رزمی، دیدن فیلم های پرتحرک و خشونت آمیز و انجام بازیهای رقابتی و ... که باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه در آنها می شود. در حالی که شرکت در گروههای موسیقی، نقاشی، انجام فعالیت های فرهنگی و بازیهای جمعی و مانند آن می تواند روحیه آرامش را در کودکان تقویت کند. یکی دیگر از عوامل رشد و تقویت پرخاشگری انتخاب دوست است برخی از همسالان می توانند الگوی رفتاری نامناسبی برای دیگر همسالان باشند (سلحشور، ۱۳۷۸).

### راهکارهایی جهت کاهش پرخاشگری:

۱- آموزش مدیریت خشم: از دیدگاه درتاج (۱۳۸۸) آموزش مهارت های کنترل خشم و پرخاشگری که طی آن راه های درست و مناسب بروز و مدیریت هیجانات ارائه میشود می تواند در کاهش رفتار پرخاشگرانه موثر باشد. با استفاده از خودآرام سازی و خودگویی های مثبت و خویشتن داری، می توان احساس خود کارآمدی و مهارت های اجتماعی را افزایش داد. رئوس محتوا و برنامه های آموزشی مدیریت خشم طی ۸ جلسه به شرح زیر آموزش داده می شود:

-معرفی برنامه و بیان انتظارات و مقررات

-تعریف و تشریح مفهوم خشم و پرخاشگری

-بیان علائم جسمانی خشم و راهها تشخیص زودهنگام آن

-توضیح شیوه آرام سازی خویشتن

-توضیح چگونگی تغییر خودگویی های منفی

-آموزش شیوه ابراز خشم به صورت سازگارانه

-آموزش روش حل مساله

-ارزیابی برنامه و پاسخگویی به سوالات

## ۲-تنبيه:

اگر تنبيه خردمندانه و در زمينه رابطه ای گرم و پرمحبت انجام بگيرد می تواند موثر باشد. عامل مهم ديگر در اثربخشی تنبيه شدت یا محدودیت آن است . تنبيه شديد یا مقيد کننده می تواند بی اندازه ناکام کننده باشد و از آنجا که ناکامی یکی از علل اصلی پرخاشگری است، عاقلانه است که از استعمال فنون ناکام کننده در کوشش جهت تقليل پرخاشگری احتراز شود.

### ۳- پاداش به نمونه های دیگر رفتار :

پاداش دادن به رفتارهای غیرپرخاشگرانه کودک و نوجوان، چرا که برخی معتقدند کودکان شاید برای جلب توجه به رفتار پرخاشگرانه دست زنند و برای آنها تنبیه برنادرده انگاشته شدن ریحان دارد در نتیجه رفتار پرخاشگرانه برای آنها پاداش دارد که با دادن پاداش به رفتارهای غیر پرخاشگرانه این ذهنیت را پاک می کنیم.

### ۴- ایجاد هم حسی نسبت به دیگران :

وارد آوردن درد و رنج عمومی به دیگران برای اغلب مردم مشکل است مگر اینکه بتوانند راهی برای انسانیت زدایی از قربانی بیابند. از طریق خصوصیت هم حسی ارتکاب پرخاشگری مشکل تر می شود. چراکه یک همبستگی منفی بین هم حسی و پرخاشگری در کودکان وجود دارد و هرچه این توانایی افزایش یابد از میزان پرخاشگری کاسته می شود (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳).

### ۵- آموزش مهارت های اجتماعی :

برخی از رفتارهای منفی همچون پرخاشگری از نبود مهارت هایی ناشی می شود که برای گفتمان شایسته و موثر با همسالان مورد نیاز است. از مهمترین راهکارهای کاهش پرخاشگری در بین کودکان و نوجوانان تقویت مهارت های اجتماعی می باشد. برخی از این مهارت ها به شرح زیر است :

## الف) آموزش مهارت ابراز وجود: روشی که در آن رفتارهای مناسب اجتماعی

برای ابراز و بیان احساسات، نگرش‌ها و آرزوها، نقطه نظرات و علایق به افراد آموخته می‌شود تا بتوانند به راحتی و بدون ترس و نگرانی باورها، احساسات و علایق خود را ابراز کنند. آموزش ابراز وجود یک روش چند محتوایی است که دربرگیرنده راهنمایی، ایفای نقش، بازخورد، مدل‌سازی، تمرین و مرور رفتارهای آموخته شده می‌باشد. تحقیقات انجام شده کارایی آن را در کاهش اضطراب، پرخاشگری و افزایش عملکرد تحصیلی نشان داده است (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۷).

## ب) آموزش مهارت حل مساله (کفایت اجتماعی): یکی از مهمترین مهارت‌هایی

که قادر است بالندگی و بهداشت روانی کودکان و نوجوانان را در مواجهه با مشکلات آینده حفظ و تقویت نماید مهارت حل مساله به معنای اعم و حل مساله اجتماعی به طور اخص است. به طوری که افراد ناتوان از حل این مسائل و مشکلات ممکن است با اقدام به راه‌حل‌های ناموثر مانند استفاده از مواد مخدر برای آرامش، استفاده از سیگار برای جلب توجه و ترک تحصیل به علت ناتوانی در برطرف کردن مشکلات تحصیلی نه تنها مشکل را بزرگتر و پیچیده‌تر سازند بلکه حتی در معرض خطر مرگ قرار گیرند. در این راستا تقویت حل مساله یکی از راه‌های مقابله با مشکلات زندگی می‌باشد (واحدی و فتحی آذر، ۱۳۸۵). در واقع آموزش حل

مساله فرایندی برای یافتن پاسخ ها ارائه می دهد و در نتیجه در تغییر رفتار کودک موثر بوده و درک وی را از کارایی خویش افزایش می دهد (بهرامی، ۱۳۸۹).

### ج) هوش هیجانی: در شکل گیری، گسترش و ادامه تعاملات انسانی موثر نقش مهمی

دارد و عموماً یکی از عوامل اساسی هوش هیجانی این است که فرد راهبردهای ارتباطی را چگونه و در چه زمانی و به چه شکل مورد استفاده قرار دهد. هوش هیجانی مجموعه ای از قابلیت های غیر شناختی است که توانایی فرد را در سازگاری با مقتضیات محیطی و فشارهای حاصله افزایش می دهد. هوش هیجانی به عنوان گونه ای توانایی عبارت است از ظرفیت درک، ابراز، فهم، کاربرد و مدیریت (مهار) هیجانان در خود و دیگران (افتخار سعادی و همکاران، ۱۳۸۹). در نتیجه آموزش و بکارگیری هوش هیجانی نقش موثری می تواند در کاهش پرخاشگری کودکان و نوجوانان داشته باشد.

### د) قصه گویی: به طور کلی کودکان و نوجوانان علاقه ای به شرکت در جلسات درمانی

ندارند اما قصه را دوست دارند و از آن لذت می برند. بخصوص پسران که به نظر می رسد به قصه اعتماد می کنند. پسران چون در عرصه هیجانی احساس بی کفایتی می کنند، به قصه ها نیاز دارند تا به آنها زبانی درونی - انعکاسی برای تجربیات احساسی ببخشند. از سوی دیگر چون کودکان پرخاشگر در فهم بیان همدلی نقص هایی دارند و به دفاعی بودن متمایلند و

بعلاوه نسبت به تغییر و درمان مقاوم هستند، قصه گویی می تواند در کاهش پرخاشگری آنها مفید باشد و به آنها بیاموزد که چگونه رفتار خود را تغییر دهند (نصیرزاده و روشن، ۱۳۸۹).

## ۶- موسیقی:

یکی از ابزارهایی که می تواند به طور مستقیم در سطح عاطفه، احساس و تصویرسازیهای ذهنی و به طور غیر مستقیم بر روی شناخت فرد تاثیرگذار باشد. رفتار آشفته نتیجه عدم هارمونی در فرد است و موسیقی می تواند در برگرداندن این هارمونی و نظم و در نتیجه سلامتی فرد موثر باشد. موسیقی درمانی در واقع به کار بردن موسیقی به عنوان ابزاری برای فراهم کردن تغییرات مثبت در رفتار است. هدف موسیقی کمک به افراد برای رسیدن به توانایی های بالقوه آنها، ترمیم، تثبیت و بهبود سلامت جسمی و اجتماعی و هیجانی شان است. موسیقی به دلیل جذابیت و انگیزش ذاتی که دارد فضای امن و مناسبی برای ارتباط اجتماعی فراهم می کند، به همین خاطر از میزان بی تفاوتی اجتماعی، گوشه گیری، عدم لذت، خشونت و پرخاشگری می کاهد (سلطانی و همکاران، ۱۳۸۹).

البته لازم به ذکر است که تحقیق حاضر به صورت نظری و کتابخانه ای بوده و با توجه به پیچیدگی مساله مورد نظر و تفاوت های فرهنگی و اجتماعی که در جوامع مختلف وجود دارد هرگونه اقدام عملی جهت کنترل و مقابله با پرخاشگری کودکان و نوجوانان نیازمند بررسی

های دقیق و کارشناسی به صورت بومی، فرهنگی، اعتقادی و با توجه به شرایط زمانی مکانی خاصی که در آن پرخاشگری روی می دهد، می باشد .

## مبانی نظری پرخاشگری

الف) تئوری رفتار غریزی فروید:

کهن ترین و شناخته شده ترین تبیین در مورد پرخاشگری، که معطوف به این نگرش است که انسان به دلیل طبیعت زیستی اش تا حدودی برای ارتکاب پرخاشگری و خشونت برنامه ریزی شده است. و تنها راه کنترل این سائق فطری تنبیه است (محسنی، تبریزی و رحمتی، ۱۳۸۱). از منظر این تئوری رفتار پرخاشگرانه نتیجه یک انگیزه عمده درونی به سوی عمل است و نه عکس العمل در برابر شرایط طبیعی و تنها یک محرک طبیعی این عمل را آزاد می کند. کسانی که در چارچوب تئوری رفتار غریزی فعالیت می کنند بعضاً معتقدند که پرخاشگری کودکان و نوجوانان می تواند مفید باشد .

ب) نظریه ناکامی - پرخاشگری:

پرخاشگری می تواند معلول هر موقعیت ناخوشایند یا ملال انگیز از قبیل درد، دلتنگی و غیره باشد. مهمترین عامل در ایجاد پرخاشگری از میان همه موقعیت های ملال انگیز ناکامی است. اگر فرد در نیل به هدف خود با شکست مواجه شود ناکامی حاصل احتمال پاسخ پرخاشگرانه او را افزایش می دهد (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳: ۱۳۱). در تفسیر و توضیح این نظریه



می توان گفت که اگر کودکان و نوجوانان در رسیدن به اهداف خود با شکست مواجه شوند یا خواسته های آنها برآورده نشود احساس ناکامی می کنند و این احساس با پرخاشگری نمایش داده می شود.

### ج) نظریه یادگیری اجتماعی:

بر اساس این نظریه همان گونه که کودکان مهارت های شناختی و اجتماعی را از طریق مشاهده عملکرد اطرافیان می آموزند، با تماشای اعمال پرخاشگرانه و خشونت آمیز یاد می گیرند که پرخاشگرانه رفتار کنند (حسینی انجدانی، ۱۳۸۷). آلبرت بندورا نظریه پرداز اصلی این دیدگاه معتقد است از آنجا که بخش اعظم یادگیری مردم از طریق مشاهده در محیط پیرامونشان صورت می گیرد می توان نتیجه گرفت که فرایندهای مشابهی مانند رسانه های گروهی نیز همین تاثیر را بر مخاطبان دارند. مطالعات نشان داده که کودکان و نوجوانان آنچه را که از صفحه تلویزیون می بینند تقلید می کنند یا به ذخیره رفتاری خویش می افزایند. شاخه دیگری از این نظریه به نقش فرایندهای شناختی توجه می کند. اگر رفتارهای خشونت آمیز نشان داده شده از تلویزیون موفقیت به دنبال داشته باشد به کارگیری آن در زندگی واقعی نیز می تواند موفقیت به دنبال داشته باشد در نتیجه تماشای زیاد تلویزیون قالب بندی نگرش ها و رفتار کودکان را در پی دارد (جوادی و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه به دیدگاه‌های مطرح شده در نظریه یادگیری اجتماعی کودکان و نوجوانانی که در معرض تماشای برنامه‌های پرخاشگرانه و خشونت آمیز تلویزیونی و ماهواره ای و یا حتی بازیهای ویدیویی هستند نسبت به سایر کودکان و نوجوانان از میزان بالاتری از پرخاشگری برخوردارند.

#### (د) دیدگاه شناختی :

بر طبق این دیدگاه فرایندهایی مانند ادراک‌های فرد از رویدادها، تعبیرها و استنباطهای فرد از عوامل اصلی به وجود آورنده هرگونه رفتار از جمله رفتار پرخاشگرانه است. طبق این تئوری کودکان پرخاشگر رفتار دیگران را به عنوان نشانه پرخاشگری تعبیر می‌کنند و بر اساس این گونه نحوه پردازش اطلاعات عمل می‌کنند. الگوی برانگیختگی خشم از الگوی شش مرحله ای پردازش اطلاعات اجتماعی متاثر شده است. در مرحله اول کودکان جزئیات رویداد محیطی را رمزگردانی می‌کنند. در مرحله دوم تفسیر مرتبط با موقعیت را تولید می‌کنند و در مرحله سوم یک هدف اجتماعی را شکل می‌دهند که بر پاسخ آنها نسبت به موقعیت تاثیر می‌گذارد. مرحله چهارم تولید ذهنی گروهی از پاسخ‌های رفتاری (راهبردها) مرحله پنجم ارزیابی کیفیت هر پاسخ (ارزیابی راهبردها) را شامل می‌شود و مرحله آخر انجام دادن پاسخ انتخاب شده است (حاجتی و همکاران، ۱۳۸۷).

در مرحله ارزیابی کودکان پاسخ های رفتاری ممکن را برای یک موقعیت اجتماعی خاص بر اساس چندین ملاک ارزیابی می کنند مانند نتایج احتمالی برای هر پاسخ و درجه اطمینانی که آنها درباره توانایی اجرای هر پاسخ دارند. نتایج این ارزیابی تصمیم گیری درباره پاسخ است، به شیوه ای که کودک یک پاسخ را برای تصویب برمی گزیند. نتایج تحقیقات و بررسی ها در مرحله تصمیم گیری درباره پاسخ نشان می دهد که کودکان پرخاشگر اعمال پرخاشگرانه را به شیوه ای ارزیابی می کنند که رفتار پرخاشگرانه مورد انتظار آنها را تصویب می کند که به طور نسبی نتایج مثبتی را در پی دارد و هم چنین سبب می شود تا بیش از همسالان غیر پرخاشگر خود احساس اعتماد و اطمینان به توانایی خود در شکل دادن به رفتار های پرخاشگرانه پیدا کنند. بنابراین برای کودکانی که این الگوی پردازش اطلاعات اجتماعی را ابراز کنند پرخاشگری ممکن است برای بدست آوردن اهداف مورد نظر عملکردی مداوم باشد (حاجتی و همکاران، ۱۳۸۷).

ی) نظریه پرخاشگری - پرخاشگری :

بدرفتاری و اهانت کلامی دیگران اغلب عامل عمده ای در آشکار ساختن اعمال پرخاشگرانه در طرف مقابل است (معمدین و عبادی، ۱۳۸۶). طبق این دیدگاه کودکان و نوجوانانی که در معرض خشونت و پرخاشگری دیگران شامل اعضای خانواده، همکلاسی

هاودوستان یا سایر افراد قرار می گیرند با بوجود آمدن حس انتقامجویی در آنها به صورت رفتار پرخاشگرانه واکنش نشان می دهند.

## تحقیقات انجام شده

## الف) تحقیقات داخلی

- جمعه نیا (۱۳۸۷) رابطه سلامت اجتماعی با سبک های هویت یابی نوجوانان نتیجه بین سلامت اجتماعی و سبک های هویت یابی ارتباط معنی داری وجود دارد.
- حسینی (۱۳۸۷) میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل موثر بر آن. نتیجه بین میزان مهارت های ارتباطی، باورهای مذهبی و میزان پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد.
- فارسی نژاد (۱۳۸۳) رابطه سبک های هویتی با سلامت اجتماعی. نتیجه کسانی که از تعهد هویتی بالایی برخوردار بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند.
- نتایج یافته های رفیع پور در سال ۱۳۷۸ نشان می دهد پابندی های مذهبی، بیشترین تأثیر را بر اعتماد اجتماعی به مسئولان و احتمال افزایش سلامت اجتماعی دارد.
- بهارلو، (۱۳۹۲) اثربخش آموزش رویکرد شناختی - رفتاری عزت نفس بر پر خاشگری نوجوانان پسر شهر کرد. نتیجه آموزش شناختی - رفتاری عزت نفس به طور معنی داری موجب کاهش پر خاشگری نوجوانان می شود.
- جویباری و ثناگو (۱۳۸۴) پر خاشگری نوجوانان. نتیجه تامین سلامت خانواده ها می تواند عامل زیربنایی در سلامت نوجوانان باشد. و آموزش شیوه های مقابله با پر خاشگری و خشونت به نوجوانان می تواند راهگشا باشد.

- نورالهی، (۱۳۸۶) مقایسه پرخاشگری در بین نوجوانان خانواده های مذهبی و غیر مذهبی شهرستان ابهر نتیجه بین مذهب و پرخاشگری رابطه معنی داری وجود دارد .
- پاول (۲۰۰۷) رابطه بین سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان. نتیجه سلامت معنوی عامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه دوم قرار داشت.
- شیلدز و پیرس (۱۹۹۷) در پژوهشی که بر روی پرخاشگری نوجوانان پسر انجام داد. نتیجه مهمترین عاملی که پرخاشگری و رفتارهای خشونت آمیز را تحت تاثیر قرار می داد روابط همسالان و مشاخره های خانوادگی بوده است.
- مک آرتور (۱۹۹۵) بررسی اپیدمیولوژیک سلامت اجتماعی در امریکا. نتیجه اکثریت افراد بزرگسال در ایالات متحده سلامت اجتماعی سطح متوسط تابالا دارند. نسبت قابل توجهی از جمعیت ، سلامت اجتماعی پایینی دارند که به تعبیر مک آرتور آن را می توان نوعی ناسالمی اجتماعی تعبیر نمود.

## منابع و مأخذ

۱. اثنی عشری ، مریم ( ۱۳۷۸ ) بررسی رابطه الگوهای خانواده و باورهای مذهبی با وضعیت هویت در نوجوانان شهر اصفهان ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه فردوسی مشهد.
۲. احمدی راد - مصطفی - مذهب و باورهای مذهبی - انتشارات بهار - سال ۱۳۷۹ - تهران
۳. افروز، زبیده ( ۱۳۸۸ ). بررسی عوامل موثر بر سازگاری اجتماعی سالمندان با تاکید بر شبکه اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۴. آرمانی - بهزاد - مذهب و ریشه های آن - انتشارات نور - سال ۱۳۸۰ - تهران
۵. برک ، لورای ای ( ۱۳۸۲ ) روانشناسی رشد ، ترجمه یحیی سید محمدی ، تهران ، نشر ارسباران.
۶. بوردیو، پیر. ( ۱۳۸۴ ). شکلهای سرمایه. چاپ شده در کیان تاجبخش. سرمایه های اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه. ترجمه افشین خاکباز؛ حسن پویان. تهران: نشر شیرازه.
۷. بهزاد، داود. ( ۱۳۸۱ ). سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقای سلامت روان. تهران: فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۶

۸. بیرو، آلن، فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه باقر ساروخانی، تهران ۱۳۷۰
۹. پاتنام، روبرت. (۱۳۸۰). دموکراسی و سنت های مدنی. ترجمه محمد تقی دلفروز. تهران: نشر روزنامه سلام.
۱۰. پارک، جی. ای و پارک، ک. ک. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی ( کلیات خدمات بهداشتی)، جلد دوم، ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی و دکتر حسین ملک افضلی، چاپ ۳۱ - سوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان (۱۳۷۵)، صص ۳۷
۱۱. تبار درزی، هادی عبدالله، ۱۳۸۶؛ بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۱۲. تشکر، زهرا؛ معینی، محمد رضا. (۱۳۸۱). نگاهی به سرمایه اجتماعی و توسعه. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۴ سال اول. تهران: ن دانشگاه علوم بهزیستی.
۱۳. توسلی، غلامعباس؛ موسوی، مرضیه. (۱۳۸۴). مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید با تأکید بر نظریه های سرمایه اجتماعی. تهران: نامه علوم اجتماعی. دانشکده علوم اجتماعی. ۱- دانشگاه تهران. شماره ۲۶. ص ۳۲



۱۴. جد بابای اصفهانی، زینب (۱۳۸۵). نقش شبکه های فردی در شکل گیری گرایش

دینی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهشگری، دانشگاه الزهرا.

۱۵. جوشن لو، محسن؛ نصرت آبادی، مسعود؛ رستمی، رضا؛ بررسی ساختار عاملی

مقیاس بهزیستی جامع؛ فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال سوم / شماره ۹ / پاییز ۱۳۸۵

۱۶. جویباری لیلا، ثناگو اکرم. نوجوانی دوره پرخاشگری: تجارب نوجوانان پسر ۱۴-۱۶

ساله، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، دوره سوم، شماره یک،

بهار و تابستان ۱۳۸۴. ص ۱ الی ۱۳

۱۷. چلبی، مسعود (۱۳۷۵). تحلیل شبکه در جامعه شناسی، فصلنامه علوم اجتماعی

دانشگاه علامه

۱۸. حاتمی، پریسا (۱۳۸۹) بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی

۱۹. حیدری، سعیده و دیگران (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه

شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی پژوهشی

فیض، شماره ۲ تابستان ۱۳۸۷

۲۰. خیراله پور، اکبر، ۱۳۸۳، بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر

سرمایه پایان نامه کارشناسی ارشد « مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی

« اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

۲۱. دانشجو یان با تأکید بر شبکه های اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته

مددکاری اجتماعی

۲۲. ریتزر، جورج. (۱۳۷۴). نظریه جامعه شناسی در دوران معاصر. ترجمه محسن ثلاثی.

تهران:

۲۳. زاهدی اصل، محمد؛ امنیت انسانی زیر ساخت سلامت اجتماعی؛ نشریه نیکی

۲۴. سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سید جلال؛ شاخص های سلامت اجتماعی؛ مجله

سیاسی-اقتصادی، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴، آذر و دی ۱۳۸۳ - صص ۲۵۳

۲۵. شولتز، دوان - شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸) نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی

سیدمحمدی، تهران، موسسه نشر ویرایش، ۱۳۷۹

۲۶. صادقی، محمود، جایگاه دین در سلامت روان، انتشارات طریق کمال، ۱۳۷۸

۲۷. صالحی هیکویی، مریم (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد

بین شخصی و جنسیت، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهشگری دانشگاه الزهرا.

۲۸. طباطبایی تهران. شماره ۵

۲۹. عاملی رضایی، حسین؛ اهمیت و نقش مشاوره مددکاری اجتماعی در سلامت

خانواده؛ خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری خانواده و بهتر زیستن، تهران،

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، معاونت پژوهش، ۱۳۷۳، ص ۵۲

۳۰. غضنفری ، احمد ( ۱۳۸۲ ) بررسی رابطه سبک هویت دانش آموزان با سلامت روانی

آنان ، رساله دوره دکتری روانشناسی ، دانشگاه علامه طباطبایی.

۳۱. فارسی نژاد ، معصومه ، بررسی رابطه سبک های هویت با سلامت اجتماعی و

خودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان های شهر

تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران ( ۱۳۸۳ )

۳۲. فوکویاما ، فرانسیس . ( ۱۳۷۹ ) ، پایان نظم ( ترجمه غلامعباس توسلی ) ، تهران ،

انتشارات جامعه ایرانیان ، چاپ اول

۳۳. فیروزآبادی ، سید احمد. ( ۱۳۸۴ ). بررسی سرمایه اجتماعی و عوامل مؤثر بر شکل

گیری آن در شهر تهران. استاد راهنما دکتر محمد جواد ناطق پور. تهران: دانشگاه

تهران، دانشکده علوم اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی.

۳۴. قاسمی ، وحید ؛ اسماعیلی ، رضا ؛ ربیعی ، کامران ( ۱۳۸۵ ) ، سطح بندی سرمایه

اجتماعی در شهرستانهای استان اصفهان ، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی ،

سال ششم ، شماره ۲۳ تهران ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳۵. قنبرزاده ماکویی ، پروزی ( ۱۳۸۵ ) ، اع اتید و ویژگی ها و مسائل آن ، تهران:

دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد.

۳۶. کرلینجر ، فرد آن - پدها زور ، الازارجی ( ۱۹۷۳ ) ، رگرسیون چند متغیری در

پژوهش های رفتاری - ترجمه حسن سرایی ، تهران ، مرکز نشر دانشگاهی ( ۱۳۶۶ ).

۳۷. کلمن، جیمز. ( ۱۳۷۷ ). بنیادهای نظریه اجتماعی. ترجمه منوچهر صبوری. تهران:

نشر نی.

۳۸. کنگرلو، مریم ( ۱۳۸۷ ). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد

دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.

۳۹. گرمارودی ، غلامرضا ؛ وحدانی نیا ، مریم سادات ؛ سلامت اجتماعی ؛ بررسی میزان

مهارت های اجتماعی دانش آموزان ، فصلنامه پایش / سال پنجم / شماره دوم / بهار

۱۳۸۵

۴۰. گولد ، ل . کولب ، دایره المعارف علوم اجتماعی ، ترجمه محمد جواد زاهدی

مازندرانی ، چاپ اول ، انتشارات مازیار ، ۱۳۷۶

۴۱. لارنس ، ا- جان ، الیور ، بی ( ۲۰۰۱ ) ، شخصیت ؛ نظریه و پژوهش ، ترجمه محمد

جعفر جوادی و پروین کدیور ، تهران ، انتشارات آبیژ ( ۱۳۸۱ )

۴۲. لنگری ، رضا ( ۱۳۷۸ ) مفایسه میزان پرخاشگری دانش آموزان پسر مهاجر و غیر

مهاجر سال اول متوسطه شهرستان بجنورد در سال تحصیلی ۱۳۷۷-۱۳۷۸ پایان نامه

کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم

۴۳. مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان ، اسفند ۱۳۸۰ ،

دانشگاه تهران

۴۴. محمد ضیایی بیگی، زهره (۱۳۸۶). بررسی ویژگی های شبکه اجتماعی دانشجویان

. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بابلسر.

۴۵. محمدی اصل ، عباس ؛ سلامت اجتماعی در ایران ؛ نشریه گزارش ، شماره ۱۴۵ ،

فروردین ۱۳۸۲

۴۶. منصور - محمود - روان شناسی شخصیت - انتشارات ارجمند - سال ۱۳۸۱ -

تهران

۴۷. موسوی ، میرطاهر ، مشارکت اجتماعی یکی از مولفه های سرمایه اجتماعی ، فصلنامه

علمی پژوهشی رفاه اجتماعی ، سال ششم ، شماره ۲۳

۴۸. نوری زاد - موسی - پرخاشگری و راه های درمان - انتشارات باران - سال ۱۳۷۹

- تهران

49. Berzonsky , M . D ( 2003 ) , Identity style and well-being :

Dose commitment Matter ? Identity : An International  
Journal of Theory and Research . 3 ( 1 ) . 131 – 142

50. Berzonsky , M . D . (2004) . Identity style , parental  
Authority , and Identity commitment . Journal of youth and  
adolescence . 33 (3) . 213 – 220

51. Burke , Peter J . (1991) , Identity process and Social Stress .  
American Sociological Review . 56 . 830- 849
52. Country Progress Report on Social Determinants of Health  
& Equity , Aug , 2006 , Islamic Republic of Iran.
53. Diener , E . , Suh , E . M . , Lucas , R . E . , and Smith , H .  
E . (1999). Subjective Well – being : Three decades of  
progress . Psychological Bulletin . 125 . 276 – 302
54. Keyes , C . L . M , and Magyar – Moe , L . ( 2003 ) . The  
Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being .  
In Lopez , S . J . and Snyder , C . R . Positive Psychological  
Assessment : A Handbook of Models and Measures ( pp .  
411 – 425) . Washington , DC : American Psychological  
Association.
55. Keyes , C . L . M . & Ryff , C. D . ( 2003 ) . Somatization  
and Mental Health : A Comparative Study of the Indiom of  
Distress Hypothesis . Social Science and Medicine . 57 .  
1833 – 1845
56. Keyes , C . M & Shapiro , A . ( 2004 ) , ‘ Social Well- being  
in the U.S : A Descriptive Epidemiology ’ . In orvill Brim ,  
Carol D . Ryff & Ronald C . Kessler ( Eds ) , Healthing Are  
you ? A national study of well-being of Midlife . univwesity  
of Chicago press.

57. Keyes , C . M ( 1998 ) . Social well-being . social psychology Quarterly . 2 . 121 – 140
58. Keyes , C . M ( 2002 ) . The Mental Health Continuum : From languishing to flourishing in life . Journal of Health and Social Research . 43 . 207 – 222
59. Keyes , C . M ( 2005 ) . Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complete State Model of Health. Journal of Consulting and Clinical Psychology . 73 . 539 – 548
60. Keyes , C . M , & Ryff , C . D ( 2000 ) . Subjective change and mental health : a self – concept theory . Social psychology Quarterly . 63 . 264 – 279
61. Keyes , C . M , Shmotkin . D , & Ryff , D . D . ( 2002 ) optimizing well-being : The Empirical Encounter of Two Traditions . Journal of Personality and Social Psychology . 82 ( 6 ) , 1002 – 1022
62. Keyes , C.M . & Shapiro , A . ( 2004 ) . Social Well – being in U.S : A descriptive epidemiology . In Orville Brim , Carol D.