مفهوم سلامت و بیماری در فرهنگ‌های فردگرا و جمع‌گرا: یک پژوهش بین فرهنگی

Concepts of Health and Disease in Individualistic and Collectivistic Cultures: A Cross-Cultural Study

محمد نقی فراهانی[۱]، رضا کرمی نوری[۲]

Mohammad-Naghi Farahani, Reza Kormi Nouri

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱ پذیرش اولیه: ۹۵/۲/۱۰ پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۳۰

چکیده

اگرچه در ادبیات تحقیق، مفهوم سلامت و بیماری خیلی وابسته به یکدیگر در نظر گرفته شده است، به نظر می‌رسد برای تمایز آنها نیاز به شاخص‌هایی داریم که هم ویژگی‌های مشترک فرهنگی و هم تمایزهای فرهنگی را برتاباند. در این مقاله سعی می‌شود توصیف جدیدی ازطبقه‌بندی سلامتی و بیماری روانی ارائه شود و نقش عواطف مختلف در تمایز سلامت از بیماری در فرهنگ جمع گرای ایران با فرهنگ فردگرای سوئد بررسی شود. از دو گروه دانشجویان ایرانی (۲۹۶ نفر) و سوئدی (۳۱۰ نفر) نمونه‌گیری انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد سلامت روان در جامعه ایرانی با عواطف تعادلی رابطه دارد، درحالیکه در نمونه‌ی سوئدی بیشتر با عواطف مثبت رابطه دارد. به نظر می‌رسد در تیپ شناسی افراد سالم و بیمار، چهار گروه شکفته، پژمرده، آشفته و مشکل داروجود دارند و عواطف مثبت و تعادلی می‌توانند این گروه‌ها را از هم متمایز کنند.

کلیدواژه‌ها: سلامت، بیماری، فرهنگ فردگرا، فرهنگ جمع گرا، عواطف.

Abstract

Although in the literature of the study the concepts of health and disease have been considered deeply dependent on each other, it seems that to differentiate them, indexes are needed which make clear both similar cultural characteristics and different cultural characteristics. In this study, an attempt was made to provide a new description of the classification of the mental health and disease and to investigate the role of different feelings in differentiating health from disease in Iranian collectivistic culture and Swedish individualistic culture. In this study, of a group of Iranian students (n=296) and of a group of Swedish students (n=310), a sample of students were selected. Results of the study showed that in the Iranian society there was a relationship between the mental health and balance affect while in the Swedish society there was a more significant relationship between the mental health and positive affect. It seems that in the typology of healthy and sick people there are four flourishing, languishing, trouble and symptomatic groups and that the positive and balance affects can differentiate these groups.

Keywords: Health, Disease, Individualistic Culture, Collectivistic culture, Affects.

۱. (نویسنده مسئول) استاد روان شناسی شخصیت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. Farmn37@yahoo.com

۲. استاد روان شناسی، دانشگاه اوربرو، سوئد.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

مقدمه

سلامتی وضعیتی است که در آن فرد از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی درشرایط خوب و مثبتی به سر می‌برد و فقط به معنای بیمار بودن یا نقص داشتن نیست (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). در حوزه زیستی، مفهوم سلامت و بیماری یک مفهوم تک بعدی در نظر گرفته شده است؛ یعنی افراد یا کاملاً سالم هستند و یا کاملا بیمار. مدل زیستی برای این نگاه به بیماری و سلامت دلایلی اقامه کرده است. اولین دلیل اقامه شده به تاسیس موسسات سلامت روانی مربوط است که در آنجا تاکید روی حوزه آسیب‌شناسی روانی بیشتر از حوزه‌هایی مانند روان‌شناسی بالینی و شخصیت بود (جاهودا، ۱۹۵۸، اسمیت، ۱۹۵۹). دلیل دوم این است فردی که به طور مثال از افسردگی اساسی رنج می‌برد، کارکردها و رفتار هایش بدتر از یک فرد سالم است (سارتدریس، ۲۰۰۱). دلیل سوم این است که بیماری روانی خیلی مهم‌تر و با اهمیت‌تر از سلامت روانی است؛ زیرا درمان نشدن بیماری روانی، خسارت‌های فردی و اجتماعی شدیدی به بار می‌آورد (کیز و لوپز، ۲۰۰۲). این نگاه به مفهوم بیماری و سلامت ناشی از یک تجربه تاریخی است که به آن رویکرد پاتوژنیک[1] گفته می‌شود. رویکرد پاتوژنیک، سلامتی را بیمار نبودن و نقص نداشتن تعریف می‌کند. رویکرد سالتوژنیک[2]، رویکرد دیگری درباره سلامتی است که سلامتی را برابر با وجود افکار، احساسات و رفتارهای مثبت در نظر می‌گیرد. بررسی تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴) نیز با مدل سالتوژنیک همخوان است.

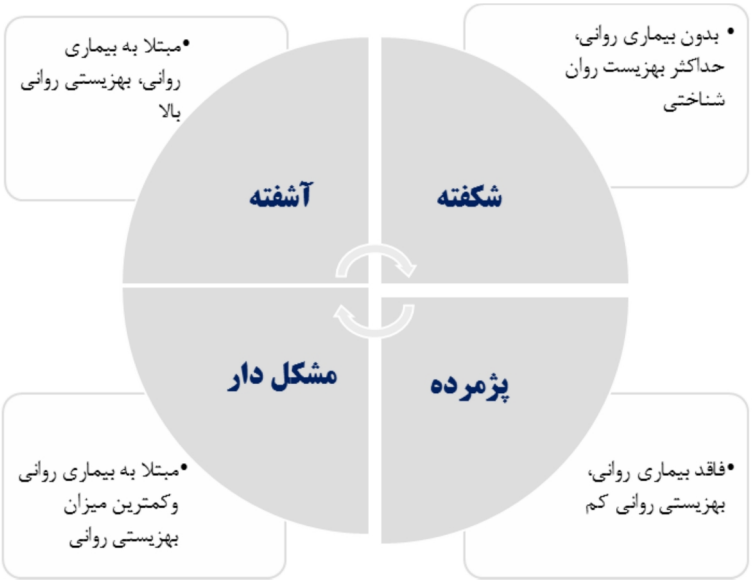
در تعریف سازمان جهانی بهداشت، مفهوم سلامت روانی به معنی عدم وجود بیماری نیست؛ بلکه وضعیت مثبتی در نظر گرفته شده است که در آن فرد خودآگاهی دارد، با استرس های روزمره زندگی به خوبی سازگار می‌شود و عضو مفید و موثری در جامعه است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴). براساس این تعریف، طبقه‌بندی بیماری های روانی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) منعکس‌کننده‌ی سلامت روانی نیست، بلکه فقط بهنجار را از نابهنجار متمایز می‌کند و هیچ اطلاعات و ملاکی درباره سلامت روانی ندارد؛ به عبارت دیگر در طبقه‌بندی اختلالات روانی نمی‌توانیم کسی را که سالم است از کسی که سالم نیست، متمایز کنیم (پارکر، گورجاکا، هاربر، مک لاگین و استودل، اسمیت، ۱۹۹۵).

جاهودا (۱۹۵۸) معتقد است که بیمار نبودن شرط لازم سلامتی است ولی شرط کافی نیست. این دیدگاه در روان شناسی مثبت گسترش یافته است و افرادی چون دینر، لوکاس و اویشی (۲۰۰۲) و سلیگمن (۲۰۰۸) این نظر را داده‌اند که بیمار نبودن، معیار خوبی برای توصیف سلامتی نیست و به جای آن باید ترکیبی از شاخص‌های مثبت سلامتی مانند بهزیستی روانی و شاخص‌های منفی آسیب روانی را مد نظر قرار داد (پارک، ۲۰۰۴، سیندلر و دیگران، ۲۰۰۳، هویتر، گلمن و سیودو، ۲۰۰۷، سولودو و شافر، ۲۰۰۸). براساس این ملاک‌ها، می‌توان مدل‌های دو بعدی را برای تعریف سلامتی ارائه کرد. یکی از این مدل‌ها در شکل ۱ نمایش داده شده است. در این مدل از سلامت و بیماری دو بعد عمود بر هم نه وابسته به هم لحاظ شده است. براساس این مدل که دو بعد آن عبارتند از ویژگی های مثبت و منفی، چهار زیرگونه از سلامتی مشخص می‌شود (کیز، ۲۰۰۵، ونگ و دیگران، ۲۰۱۱).

در مدل دو بعدی سلامت و بیماری، در ربع اول کسانی قرار می‌گیرند که حداکثر سلامت روان و حداقل آسیب روانی را دارند. این افراد که از بهزیستی روانی بالایی برخوردارند و کارکرد فردی و اجتماعی بالایی دارند، شکفته و یا شکوفا شده[3] نامگذاری می‌شوند. در ربع دوم این نمودار، افرادی قرار دارند که بهزیستی روانی‌شان بالاست، در عین حال مبتلا به بیماری روانی هم هستند. این افراد را به اصطلاح آشفته[4] می‌نامند. در ربع سوم نمودار، افرادی قرار دارند که مبتلا به بیماری روانی هستند و سلامتی و بهزیستی روانی شان هم پایین است،

[1]. Pathogenic approach
[2]. Salutogenic
[3]. Flourishing
[4]. Troubled

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]



شکل ۱. مدل ابعادی سلامت و بیماری (کیز، ۲۰۰۸)

این افراد به اصطلاح مشکل دار[1] نامگذاری می‌شوند. در ربع چهارم نمودار افرادی قرار دارند که مبتلا به بیماری روانی نیستند، اما بهزیستی و سلامتی روان-شان پایین است، این افراد به اصطلاح پژمرده[2] نامگذاری می‌شوند (کیز، ۲۰۰۸). براساس این مدل می توان افراد را براساس وضعیت سلامت روانی شان در یک پیوستار از شکفته، مشکل دار، آشفته و پژمرده دسته بندی کرد؛ اما همان گونه که تجلی صفات در بافت‌ها و فرهنگ‌های مختلف فرق دارد، احتمالاًدر فرهنگ ایرانی، ملاک‌های تعیین این دسته‌بندی از سلامت روانی با فرهنگ‌های دیگر متفاوت است.

فرهنگ را می‌توان مجموعه بسیار پیچیده و یک سیستم به طور مداوم در حال تغییر از مفاهیم یاد گرفته شده، به اشتراک گذاشته شده، منتقل شده و دگرگون شده از یک نسل به نسل دیگر تعریف کرد (تریندیس، ۱۹۹۵). فرهنگ شامل هنجارها، باورها وارزش‌هایی است که منجر به رفتار می‌شوند. در حالی که ارزش‌های فرهنگی متعددی برای توصیف عناصر منحصر به فرد و مشترک از فرهنگ‌های مختلف، ارائه و پیشنهاد و بازشناسی و شناسایی شده است، اما گسترده‌ترین مطالعات دربُعد فردگرایی و جمع گرایی انجام شده است (اویزرمن، راگون و کملمیر،۲۰۰۲). در فرهنگ متمایل به فردگرایی، فرد واحد مرکزی جامعه است. در نتیجه بر حقوق فردی، اهمیت و نگرانی برای شخص و خانواده خود، استقلال شخصی و خودشکوفایی فردی تاکید دارد. در مقابل در فرهنگ متمایل به جمع‌گرایی، واحد مرکزی جامعه، گروه است و شیوه زندگی فرد در جهت سازگاری نیازهای فردی با آرمان‌های گروهی است و در این سبک بر همرنگی، وظیفه و تعهدات گروهی، وابستگی متقابل افراد در گروه و انجام نقش‌های اجتماعی تاکید بیشتری می-شود.

در حالی که فردگرایی و جمع گرایی اغلب دو قطب مخالف در نظر گرفته شده است، بهتر است آنها را به صورت یک بعد در هم تنیده در نظر گرفت؛ به این معنا که در هر جامعه‌ای هر دو فرهنگ فردگرایی و جمع گرایی با هم وجود دارد و به صورت خالص نمی‌توان یک فرهنگ را فردگرای کامل یا جمع‌گرای کامل تعریف کرد (کاجیتکیباسی، ۱۹۹۷، ایزرمن و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، هافستد (۱۹۸۰) بیان می‌کند که این دو جهت‌گیری در فرد و در اجتماع به صورت‌های مختلفی ممکن است بازتاب یابد؛ برای مثال ممکن است فردی جمع گرا باشد اما فرهنگ جامعه فردگرایی باشد.

[1]. Symptomatic
[2]. Languishing

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

افـراد در در فرهنـگ فـردگـرا اسـنادهای درونـی بیشتری انجام می دهند و بـه صـورت کلـی عوامـل درون فـردی در هـدایت رفتارشـان نقـش بیشـتری دارند؛ در حالیکه در فرهنگ های جمع گرا، رفتـار و شخصیت به وسیله دیگران به طور مثـال خـانواده و دوستان و اشخاص ذی نفوذ و قدرتمند جامعه شکل مـی‌گیرنـد و علایـق فـردی در ذیـل خواسـته‌هـای دیگران و خانواده قرار می‌گیرند (به لیو، ونگ و کـو، ۲۰۱۱، میامتو، یوچیدا و الثـورت، ۲۰۱۰، یوچیـدا و کیتایاما، ۲۰۰۹). تفاوت دیگر در این دو فرهنگ بـه بافت و زمینه‌ای که رفتار انجام می‌شود، برمی‌گـردد. معمولاً افرا در فرهنگ‌های جمع گـرا، مـذهبی‌تـر از فرهنگ های فردگرا هستند. مذهب و معنویت گرچه می‌توانند با بهزیستی مرتبط شوند ولـی ایـن رابطـه مشروط به بافت فرهنگی است (دینـر، تیـر و میـرز، ۲۰۱۱، لون و بوند، ۲۰۱۳)؛ بنابراین فرهنـگ عامـل بسیار تاثیرگذاری است که باید در تعریـف و تعیـین ملاک سلامت و بیماری در نظر گرفته شـود. هـدف این پژوهش، بررسی پیش بینـی‌هـای مـدل ابعـادی سلامت و بیماری روانی و بررسی این امر اسـت کـه در فرهنگ‌های فردگرا و جمع گرا چـه عـواطفی بـا سلامت روانی یا بیماری روانی ارتباط دارند.

روش

اعضای نمونـه شـامل ۲۹۶ دانشـجوی ایرانـی بـه عنوان یک جامعه جمع گرا شامل ۲۰۰ دختـر و ۹۶ پسر و ۳۱۰ دانشجوی سوئدی به عنوان یک جامعـه فردگرا شامل ۲۲۷ دختر و ۸۳ پسر بودند. میـانگین سن دانشجویان ایرانی، ۲۰ و انحراف معیـار ۱/۷۰ و میانگین سن دانشجویان سوئدی ۲۳ و انحراف معیار ۴/۷ بود. هیچگونه تفاوت معنـی‌داری از نظـر سـنی بین دختران و پسران در کل جمعیت مشاهده نشـد. دانشجویان از دانشکده‌های علوم انسانی و اجتمـاعی در دانشـگاه خـوارزمی در ایـران و دانشـگاه‌هـای استهکلم و اوروبرو در سوئد انتخـاب شـدند. آنهـا در بازه زمانی ۳ ماهه در ایران و سوئد به یک پرسشنامه یک شکل در قالب دو زبان فارسی برای دانشـجویان ایرانی و زبان سوئدی برای دانشـجویان سـوئدی کـه شامل فرم هـای فارسـی عواطـف مثبـت و منفـی و شکفتگی دینر و همکاران (۲۰۱۰) و پرسشـنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ و همکـاران (۱۹۸۸) بود، پاسخ دادند.

ابزار

۱. *پرسشنامه سلامت عمومی* (گلدبرگ و ویلیـامز، ۱۹۸۸): پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمـومی یـک ابزاز غربالگیری برای تشخیص اختلالات روانپزشـکی درموقعیت‌های سرپایی و بستری اسـت. سـوالات در قالـب لیکـرت ۳ درجـه‌ای از ۰ تـا ۳ نمـره‌گـذاری می‌شود و جهت نمره‌گذاری آن بر اساس نمره هـای منفی و آسیب شناختی اسـت؛ یعنـی بیشـتر بـودن نمره به معنی شدت بیشتر آسیب‌های روان‌شـناختی اسـت. پرسشـنامه ۱۲ سـوالی سـلامت عمـومی را منتظری و همکـاران (۲۰۰۸) بـه فارسـی ترجمـه و اعتباریـابی کـرده‌انـد. نسـخه سـوئدی آن توسـط اسکانفیزا (۱۹۹۸) در جمعیـت سـوئدی اعتباریـابی شده است. نتایج در هر دو جمعیت ایرانی و سـوئدی نشـان داد کـه پرسشـنامه بـرای انـدازه گیـری و تشخیص سلامت عمومی دارای اعتبار است.

۲. *مقیـاس شـکفتگی* (دینـر و همکـاران، ۲۰۱۰) مقیاس شکفتگی از هشت گویه تشکیل شـده اسـت که منعکس‌کننـده‌ی جنبـه‌هـای مثبـت سـلامت و کنش روان شناختی شامل جنبه هـایی از ارتباطـات مثبت و معنی دار بودن زندگی و هدفمند بـودن در زندگی است (دینر و همکـاران، ۲۰۱۰). نمـره کلـی برای هر فـرد حـداقل ۸ وحـداکثر ۵۶ خواهـد بـود. آلفای کرونباخ برای نمونه سـوئدی در یـک مطالعـه مقدماتی ۰/۸۴ و برای نمونـه ایرانـی ۰/۷۳ گـزارش شده است (کرمی نوری، فراهانی و تراست،۲۰۱۳).

۳. *مقیاس تجربه عواطف مثبـت و منفـی* (دینـر و همکاران، ۲۰۱۰): این مقیاس از ۱۲ گویـه تشـکیل شده است که ۶ گویه به تجربه‌ی عواطف مثبت و ۶ گویه به تجربه‌ی عواطف منفی اختصاص یافته است (دینر و همکاران، ۲۰۱۰). این مقیاس پالایش یافته مقیاس عواطف مثبت و منفـی واتسـون و همکـاران (۱۹۸۸) است. در بررسی اولیه اعتبـار ایـن ابـزار در نسخه ایرانی و سوئدی مشخص شد کـه تمـامی ۱۲ گویه مناسب برای اندازه گیری عواطف نیستند و در نهایت برای هر کـدام از عواطـف مثبـت و منفـی ۴ گویه مناسب تشخیص داده شد. این نتایج با مطالعه

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

دینر و همکاران (۲۰۱۰) نیز همسویی دارد. آلفای کرونباخ برای ۴ گویه عواطف مثبت برای ایرانی‌ها ۰/۸۴ و برای سوئدی‌ها ۰/۶۶ و برای عواطف منفی ۰/۸۱ برای ایرانی‌ها و ۰/۸۴ برای سوئدی‌ها مشخص شد. نمره گذاری بر اساس روش لیکرت ۵ درجه‌ای است و دامنه نمرات برای هر ۴ گویه مثبت و منفی بین ۴ تا ۲۰ است. هر چقدر نمره فرد در مقیاس های عواطف مثبت و منفی بیشتر باشد به همان نسبت عواطف تعادلی نیز بیشتر خواهد بود.

یافته‌ها

مقایسه میانگین‌های دو نمونه ایرانی و سوئدی نشان می‌دهد در عواطف مثبت نمره ایرانی‌ها پایین‌تر است؛ درحالیکه در عواطف منفی نمره ایرانی‌ها بیشتر است. همچنین یک آزمون تی برای بررسی تفاوت بین کشور ایران و سوئد در تمامی متغیرهای تحقیق انجام شد. لازم به ذکر است که آزمون لون برای برسی فرض واریانس ها نیز انجام شد که نتایج نشان داد که برابری واریانس‌ها فقط در مقیاس شکفتگی بر قرار است، ولی در سایر مقیاس-ها این مفروضه رد شد. نتایج تفاوت میانگین ها نشان داد که فقط دو گروه ایرانی و سوئدی در مقیاس شکفتگی با هم تفاوت ندارند، ولی در سایر مقیاس ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

برای بررسی همبستگی بین متغیرها، آزمون همبستگی پیرسون انجام شد. درحالیکه بین شکفتگی و عواطف مثبت در دانشجویان ایرانی همبستگی منفی است؛ در دانشجویان سوئدی همبستگی مثبت است. بین عواطف منفی با شکفتگی در دانشجویان ایرانی همبستگی مثبت وجود دارد و در دانشجویان سوئدی همبستگی این دو متغیر منفی است. همبستگی شاخص شکفتگی و عواطف تعادلی در دانشجویان ایرانی منفی است و در دانشجویان سوئدی، این همبستگی، مثبت است. بین شکفتگی (شاخص بهزیستی) و سلامت عمومی (شاخص آسیب شنا سی) در دانشجویان ایرانی همبستگی وجود ندارد؛ ولی در دانشجویان سوئدی همبستگی منفیِ معنی دار وجود دارد.

از آنجاییکه بین عواطف مثبت و منفی و تعادلی با شاخص سلامت (شکفتگی) رابطه وجود دارد، برای بررسی نقش عواطف مثبت، منفی و تعادلی دو رگرسیون جداگانه برای نمونه ایرانی و سوئدی انجام شد تا نقش این عواطف در پیش‌بینی شکفتگی به عنوان یک شاخص سلامت روان شناختی بررسی شود. قبل از اجرای رگرسیون چندگانه، پیش فرض همبستگی چندگانه بررسی شد که نتایج نشان داد همبستگی چندگانه بین متغیرها وجود ندارد. نتایج رگرسیون نشان داد از میان عواطف در نمونه ایرانی، عواطف تعادلی و در گروه سوئدی، عاطفه مثبت، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های شاخص شکفتگی

جدول ۱. رگریسون گام به گام برای پیش بینی شکفتگی (شاخص مثبت سلامت) باعواطف مثبت، عواطف منفی و عواطف تعادلی در دانشجویان ایرانی

متغیرها	ضرایب استاندارد			ضرایب غیر استاندارد	
	Beta	T	Sig.	B	خطای استاندارد
عدد ثابت		۱۲/۶۳	۰/۰۰۰	۴۳/۵۸	
عواطف تعادلی	۰/۵۸-	۱۲/۲۰-	۰/۰۰۰	۰/۶۴-	۰/۵۳
عواطف مثبت	۰/۷۰-	۰/۸۰-	۰/۴۲		
عواطف منفی	۰/۵۶	۰/۶۰	۰/۵۴		

جدول ۲. رگریسون گام به گام برای پیش بینی شکفتگی (شاخص مثبت سلامت) با عواطف مثبت، عواطف منفی و عواطف تعادلی در دانشجویان سوئدی

متغیرها	ضرایب استاندارد			ضرایب غیر استاندارد	
	Beta	T	Sig.	B	Std. Error
عدد ثابت		۱۳/۱۵	۰/۰۰۰	۲۴/۸۱	۱/۸۸
عواطف مثبت	۰/۵۶-	۱۱/۸۶	۰/۰۰۰	۱/۴۱	۰/۱۱
عواطف منفی	۰/۳۹	۰/۷۱-	۰/۴۷		
عواطف تعادلی	۰/۶۴	۰/۷۱	۰/۴۷		

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

بودند. برای دانشجویان سوئدی، افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی و تعادلی، به پیش بینی سلامت روانی منجر می‌شود؛ در حالیکه در غیاب عواطف مثبت و منفی در دانشجویان ایرانی، مهمترین عامل تعیین کننده عواطف تعادلی است. نتایج در جداول ۱ و ۲ برای هر کدام از نمونه‌های ایرانی و سوئدی نشان داده شده است.

براساس نمره افراد در شاخص‌های پژوهش، چهار گروه شکفته، پژمرده، آشفته و مشکل دار از هم جدا شدند. یافته ها نشان داد که فراوانی گروه های شکفته، پژمرده، آشفته و مشکل دار در نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۳۴، ۸۲،۷۳ و ۳۲ نفر بود. در جامعه سوئدی فراوانی این چهار گونه به این صورت بود: ۲۸، ۷۸، ۱۱۵، ۲۹.

برای بررسی تفاوت میانگین ها در ۴ گروه سلامت و بیماری روانی در دانشجویان ایرانی و سوئدی در ارتباط با عواطف مثبت، منفی و تعادلی، جدول شماره ۳ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۳ می‌بینید، عواطف مثبت، منفی و تعادلی بین چهار گروه تفاوت‌هایی ایجاد می‌کنند. برای مقایسه میانگین ها از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس و آزمون های تعقیبی استفاده شد. درحالیکه این تفاوت‌ها در عواطف مثبت و منفی در هر دو جمعیت ایرانی و سوئدی کمتر از تفاوت‌ها در عواطف تعادلی است؛ ولی بیشترین تفاوت‌ها در دو گروه پژمرده و مشکل‌دار در عواطف مثبت و منفی و تعادلی در جمعیت ایرانی و هم سوئدی است. کمترین تفاوت‌ها بین گروه‌های سلامت روان شکفتگی ومشکل دار است که در هر دو جمعیت قابل ملاحظه است و این نکته ای است که نشان می‌دهد عواطف نقش دو گانه ای را در پیش بینی سلامت روانی ایفا می کنند.

مقایسه دو به دوی گروه‌های بیماری و سلامت روانی در نمونه‌های ایران و سوئد انجام شد. نتایج این مقایسه‌ها با آزمون تی نشان می‌دهد در هر دو نمونه ایرانی و سوئدی، تفاوت چهار گروه (شکفته، پژمرده، آشفته و مشکل‌دار) در متغیر عواطف مثبت، معنی‌دار بود، به جز بین گروه شکفته و مشکل‌دار. در نمونه سوئدی بین گروه مشکل‌دار و پژمرده، تفاوت معنی‌داری از لحاظ شاخص‌های عواطف مثبت و منفی وجود نداشت. تفاوت بین گروه مشکل‌دار و پژمرده در نمونه سوئدی و شکفته وآشفته در نمونه ایرانی در عاطفه منفی معنی دار نیست. در عواطف تعادلی نیز در دو نمونه ایرانی و سوئدی در هر چهار گروه، به جز بین گروه شکفته و مشکل دار، تفاوت میانگین‌ها معنی دار بود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار گروه های سلامت روانی با توجه به نوع عواطف در جمعیت دانشجویی ایرانی و سوئدی

	جمعیت	ایرانی		سوئدی	
	گروه سلامت روانی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	پژمردگی	۱۲/۰۹	۳/۰۵	۱۳/۵۵	۲/۱۶
	شکفتگی	۹/۷۹	۳/۱۹	۱۵/۴۶	۲
	مشکل دار	۹/۵۹	۲/۴۷	۱۵/۸۲	۱/۶
	آشفته	۷/۵۳	۱/۷	۱۷/۲۲	۱/۸
	جمع گروه	۹/۶	۳/۲۰	۱۵/۷	۲/۵
عواطف	پژمرد گی	۱۱/۳۳	۳/۱	۱۲/۸۸	۲/۷
منفی	شکفتگی	۱۳/۷۶	۲/۹	۱۲/۲	۲/۲۵
	مشکل دار	۱۴/۵	۲/۵	۱۰/۲	۲/۳۰
	آشفته	۱۶/۱۶	۲/۶	۹/۷	۲/۳
	جمع گروه	۱۳/۹	۳/۴	۱۱/۰۴	۲/۸۳
عواطف	پژمرد گی	۰/۸۱	۵/۰۳	۰/ ۶۶	۳/۹
تعادلی	شکفتگی	-۳/۶	۴/۸	۳/۲۱	۳/۶
	مشکل دار	-۵	۴/۴۰	۵/۵۸	۳/۳۴
	آشفته	-۸/۵	۳/۷۴	۷/۵۱	۳/۴۱
	جمع گروه	-۴/۱۶	۵/۸۳	۴/۶۷	۴/۶۷۹

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

بحث و نتیجه‌گیری

مدل مطرح شده در پزشکی، سلامت روانی را به معنی عاری بودن از نشانه‌ها و علایم بیماری روانی و داشتن کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی بهنجار فرض می‌کند. در مدل روان شناسی مثبت، سلامت روانی را به معنی برخورداری از ویژگی‌های مثبت همچون شادی و احساس رضایتِ زندگی و داشتن اهداف مثبت فرض کرده و نداشتن این ویژگی‌های مثبت را به معنی عدم سلامت روانی و بیماری روانی تلقی می‌کند. در مدل دو عاملی سلامت و بیماری، هم نداشتن بیماری و هم داشتن سلامت، به معنی سلامت روانی است و از طرف دیگر، نداشتن سلامت و داشتن نشانه های بیماری، به عنوان بیماری روانی فرض شده است. این مدل از سلامت و بیماری روانی که یک مدل دو بعدی است، به صورت همزمان، علامت‌های سلامت و بیماری را برای شناسایی و تشخیص سلامتی و بیماری به کار می‌گیرد.

نتایج این مطالعه نشان داد در فرهنگ‌های فردگرا، رسیدن به وضعیت‌های سلامت روانی بهینه مانند شکفتگی با عواطف مثبت رابطه دارد، ولی در فرهنگ‌های جمع‌گرا این رابطه برعکس بود؛ یعنی شکفتگی با عواطف مثبت رابطه معکوس و با عواطف منفی رابطه مستقیم داشت. اگرچه در شاخص شکفتگی بین دو جمعیت دانشجویان ایرانی و سوئدی تفاوت معنی داری وجود نداشت؛ ولی نقش عواطف منفی و مثبت در پیش‌بینی شکفتگی در دو فرهنگ متفاوت بود. مدل پیش بینی پژوهش نیز نشان داد که در فرهنگ جمع‌گرا، این عواطف تعادلی هستند که شکفتگی را پیش بینی می‌کنند؛ درحالیکه در فرهنگ‌های فردگرا، نقش عواطف مثبت بیشتر بود. این نتایج به وضوح نشان می‌دهد که تفاوت‌های اساسی بین فرهنگ‌های فردگرا و جمع گرا از لحاظ نقش عواطف در تعیین سالم از بیمار وجود دارد. عواطف مثبت و منفی در بعضی از جوامع جمع گرا مساوی و یا بسیار نزدیک به هم است تا در جوامع فردگرا که عواطف مثبت و منفی در آنها نامساوی و یا با فاصله بسیار زیاد است (کوپنز، ریالو و دینر، ۲۰۰۸). عواطف منفی با رضایت زندگی در جوامع جمع گرا همبستگی مثبت دارد (کوپنز، ریالو و دینر، ۲۰۰۸) که در تحقیق کنونی در نمونه دانشجویان ایرانی نیزهمین یافته تکرار شد. همچنین یافته‌های این پژوهش فرضیه ارتباط عواطف مثبت یا شاخص‌های سلامت روانی در فرهنگ‌های فردگرا را نیز تایید و حمایت می‌کند (شمیاک، اویشی و دینر،۲۰۰۲).

به طور کلی مطالعه کنونی، از نظریه‌هایی که معتقدند باید بین عوامل شناختی و عاطفی سلامت روانی تمایز قائل شد، حمایت می‌کند (اندرو و ویتی، ۱۹۷۶، لوکاس، دینر و سو،۱۹۹۶، پاوت و دینر، ۲۰۰۴، کوپنز، ریالو و دینر، ۲۰۰۸). در حالیکه هیچگونه تفاوت معنی‌داری بین نمره کلی بهزیستی روانی در سوئدی‌ها و ایرانی‌ها مشاهده نشده است، ولی بین عواطف مثبت، منفی و تعادلی و رابطه این عواطف با شاخص‌های سلامت روانی تفاوت وجود دارد. تفاوت عواطف مثبت ایرانی‌ها با عواطف مثبت سوئدی‌ها به مراتب بسیار زیادتر از تفاوت در عواطف منفی است. به نظر می‌رسد، اگرچه، عواطف منفی سوئدی‌ها از ایرانی‌ها کمتر است؛ ولی تفاوت عواطف مثبت بسیار بیشتر است. این تفاوت و فاصله زیاد در عواطف مثبت و منفی در سوئدی ها باعث می‌شود که عواطف تعادلی‌شان در مقایسه با ایرانی‌ها بیشتر شود. این یافته نشان می‌دهد که ایرانی‌ها برای رسیدن به یک عاطفه تعادلی از ترکیب عواطف مثبت و منفی استفاده می‌کنند تا سوئدی‌ها و این می‌تواند تفاوت نقش پیش‌بینی‌کننده عواطف تعادلی را در بهزیستی روانی برجسته و در سوئدی ها نقش عواطف مثبت را در پیش بینی بهزیستی روانی مشخص کند؛ بنابراین به نظر می‌رسد که در تبیین نقش عواطف مثبت و منفی در بهزیستی روانی باید به اهمیت نقش عواطف تعادلی در تمایز فرهنگ‌های مختلف توجه ویژه‌ای داشته باشیم. همانطور که وونگ (۲۰۱۱) نیز بدان تاکید کرده است، بهترین روش برای داشتن یک زندگی خوب و رضایت بخش ترکیب کردن عواطف مثبت و منفی برای رسیدن به یک عاطفه تعادلی است و این زمانی بیشتر نُمود می‌یابد که ما در سطح فرهنگی آن را لحاظ نماییم؛ زیرا مولفه‌های بهزیستی روانی با هنجارهای فرهنگی و ارزش‌های فرهنگی مرتبط است (اویشی، دینر، لوکاس و سو، ۱۹۹۹). همانطور که ممکن است به

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

حداکثر رساندن عواطف مثبت و هیجانات مثبت یک هدف فرهنگی در فرهنگ های غربی باشد، ایجاد شرایط بهینه برای تجربه عواطف تعادلی ممکن است در فرهنگ‌های آسیایی مطلوب‌تر باشد (لو و دیگران، ۲۰۱۱ و کرمی نوری، فراهانی و تراست،۲۰۱۳).

در مطالعات میان فرهنگی، یکی از ابعادی که به طور فزاینده‌ای بررسی شده است، بعد فردگرایی-جمع گرایی است. در بسیاری از بافت‌های فرهنگی غربی، عواطف مثبت با موفقیت های فردی، عزت نفس بالا، سلامتی، احساسات خوب و تجارب مثبت رابطه دارد (هین، لمان، مارکوس، کیتایاما،۱۹۹۹، کیتایاما، مارکوس و کوروکاوا،۲۰۰۰). با وجود این یافته‌ها، نمی‌توان انتظار داشت که عواطف مثبت همچون خوشحالی، معنی معادلی را در سایر فرهنگ‌ها بخصوص آسیایی‌ها داشته باشد. برای مثال، در فرهنگ ژاپنی در مقایسه با فرهنگ اروپایی، عواطف مثبت بیشتر حس حسادت را ممکن است در طرف مقابل برانگیزاند؛ به همین دلیل، افراد در این فرهنگ کمتر عاطفه مثبت از خود نشان می‌دهند (یوشیدا و کیاتاما، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد باورهایی که افرادی در فرهنگ های جمع‌گرای آسیایی درباره هیجان‌ها دارند متاثر از تعالیم مذاهب بودا و تائو است. در این مذاهب، یکی از منابع رنج، پرداختن به هیجان‌های مثبت و خوشی است (شیمیاک، اویشی، دینر، ۲۰۰۲، اسپنسر-راجرز، ویلیام و پنگ، ۲۰۱۰). اگرچه این یافته‌ها منعکس کننده‌ی باورهای آسیایی متعلق به فرهنگ های بودایی و تاویی است و قابل تعمیم به فرهنگ اسلامی و ایرانی نیست، ولی منعکس کننده‌ی وجه مشترک فرهنگ‌های جمع‌گراست که شامل فرهنگ ایرانی نیز می‌شود. فرهنگ‌های جمع‌گرا در مقایسه با فرهنگ‌های فردگرا به صورت دیالکتیکی و جدلی بین عواطف مثبت و منفی عمل می‌کند که نتیجه آن عاطفه تعادلی است و لزومی به تقابل عواطف مثبت و منفی نیست (کرمی نوری، فراهانی و تراست، ۲۰۱۳)؛ بنابراین افراد در فرهنگ‌های جمع گرا در مقایسه با فرهنگ های فردگرا برای به حداکثر رساندن عواطف مثبت و یا در افتادن خیلی زیاد با عواطف منفی، زیاد اولویت قائل نیستند. در حالی که در فرهنگ‌های فردگرا، افراد این باور را دارند که برای یک زندگی سالم و شاد باید بر میزان عواطف مثبت خود بیافزایند و همواره از عواطف منفی خود کم کنند.

نتایج تحقیق کنونی نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین شاخص سلامت عمومی باعواطف مثبت و عواطف منفی و همچنین عواطف تعادلی در نمونه ایرانی وجود ندارد. اگر چه یک همبستگی ضعیف منفی معنی دار بین عواطف مثبت با شاخص سلامت عمومی در نمونه ی سوئدی دیده شد؛ ولی بین عواطف منفی و همچنین عواطف تعادلی با شاخص سلامت عمومی رابطه‌ای وجود نداشت. این نتایج نمی‌توانست دور از انتظار باشد، زیرا مردم در فرهنگ های جمع گرا، وقتی خود را با شاخص‌های منفی می‌سنجند، تلاش حداکثری آنها بر این است که تا آنجا که ممکن است تصویری که بیشتر مورد تایید جامعه است، از خود نشان دهند تا متقابلاً جامعه از آنها ارزش‌گذاری مثبت کند (فراهانی، دیراد و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین به همین دلیل است که همبستگی قوی و معنی‌داری بین قضاوت اشخاص در باره‌ی خودشان با عواطف مثبت و منفی شان مشاهده نشد.

یافته‌های این پژوهش شواهد تجربی را برای حمایت از مدل های ابعادی سلامت روان (کیز، ۲۰۰۸؛ سیلیدو و شافر، ۲۰۰۸) فراهم می‌کند. همانطور که انتظار می‌رفت در هر دو جمعیت درصد کمتری از افراد در گروه شکفتگی (حداکثر سلامت روانی و حداقل آسیب شناسی روانی) و همچنین در گروه مشکل دار روانی (حداکثر آسیب شناسی روانی و حداقل بهزیستی روانی) قرار گرفتند. دو گروهی که در اکثر تحقیقات روانشناسی در حوزه سلامت و بیماری مغفول می‌مانند و به آن ها توجهی نمی‌شود و در واقع اکثریت افراد جامعه را تشکیل می‌دهند دو گروه پژمردگی روانی (حداقل بهزیستی روانی و حداقل آسیب شناسی روانی) و گروه آشفته روانی (حداکثر بهزیستی روانی و در عین حال حداکثر آسیب شناسی روانی) هستند. این دو گروه اخیر، زمانی که با یک شاخص تک بعدی اندازه گیری می‌شوند، هیچ گاه تشخیص بیماری یا اختلال روانی نمی‌گیرند. به طور مثال افراد پژمرده، اگر با شاخص آسیب شناسی روانی ارزیابی شوند، به دلیل نمره

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

حداقلی در این شاخص، سالم در نظر گرفته می‌شوند؛ در حالیکه، اگر با شاخص بهزیستی روانی ارزیابی شوند، این نتیجه به دست می‌آید که زندگی خوشی ندارند؛ بنابراین این مدل بهترمی‌تواند بیماری و سلامت را از هم متمایز کند و از این حیث بر مدل‌های تک بعدی سلامت ارجحیت دارد.

برای بررسی نقش عواطف مثبت و منفی و همچنین تعادلی در دو جمعیت دانشجویی ایرانی و سوئدی، مدل دو بعدی بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که این مدل، می‌تواند نقش عواطف را در پیش بینی سلامت و بیماری روانی نشان دهد. این مدل نشان می‌دهد که اگر صرفاً به عواطف مثبت و منفی بدون توجه به بافت فرهنگی توجه شود، به نتایج گمراه‌کننده‌ای خواهیم رسید. به جهت اینکه عواطف مثبت بالا، ضرورتاً به معنی سلامت کامل نیست. یافته‌ها نشان دادند که افراد آشفته، در مقایسه با بقیه گروه‌ها از عاطفه مثبت بالاتری برخوردارند؛ ولی این افراد در عین حال دارای حداکثر عواطف منفی نیز هستند. اگرچه عواطف مثبت، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی دارند؛ ولی میزان و کیفیت آن را باید با توجه به بافت فرهنگی نیز بررسی کرد. از لحاظ شدت عواطف مثبت، گروه آشفته روانی در حداکثر قرار می‌گیرند. گروه شکفته، در مرتبه دوم، گروه مشکل‌دار در مرتبه سوم و گروه پژمرده در مرتبه آخر قرار می‌گیرند. از لحاظ شدت عواطف منفی این رابطه در گروه ایرانی معکوس است؛ یعنی گروه پژمرده در حداقل عواطف منفی و بعد گروه شکفتگی و گروه مشکل دار هستند. در گروه سوئدی گروه شکفته، کمترین عواطف منفی را دارند که با مطالب قبلی که در خصوص افراد جوامع فردگرا گفته شد، مطابقت دارد. افراد در این جوامع به دنبال به حداقل رساندن عواطف منفی در خود هستند.

عواطف تعادلی با وضوح بیشتری تمایز چهار گروه سلامت و بیماری را در هر دو نمونه‌ی ایرانی و سوئدی نشان داد. بیشترین تفاوت مربوط به گروه پژمرده و آشفته بود. اگرچه جمع عواطف مثبت و منفی در گروه پژمرده نزدیک به صفر است، ولی نباید تصور شود تعادل عواطف یعنی صفر، بلکه بهترین نوع تعادل عواطف باید از صفر بیشتر و تمایل به سنگینی عواطف مثبت داشته باشد؛ بنابراین، اگرچه نقش عواطف مثبت در سلامت روانی در فرهنگ فردگرا تعیین‌کننده است، ولی در همین فرهنگ، نیز کسانی که عواطف تعادلی داشته باشند، در مقایسه با کسانی که صرفاً عواطف‌شان خیلی مثبت است، سالم‌تر هستند؛ بنابراین، افراد باید بتوانند یک تعادل نسبی را در عواطف مثبت و منفی را به گونه ای به وجود بیاورند که عواطف مثبت‌شان بیشتر از عواطف منفی باشد. در فرهنگ‌های جمع‌گرا، تعادل عواطف به معنی نزدیکی عواطف مثبت و منفی با یکدیگر است، ولی در این گروه نیز، این عواطف مثبت است که نقش بیشتری را در مقایسه با عواطف منفی دارند، ولی میزان عدد تعادلی آن به مراتب کمتر از جوامع فردگراست.

مفهوم سلامت وبیماری اگرچه در تاریخ روان شناسی قدمت طولانی دارد، ولی همچنان نظریه‌پردازی درباره آن ادامه دارد. هرچه که جلوتر می‌رویم، بر پیچیدگی این مفهوم اضافه تر می‌شود. در دهه‌های گذشته، متخصصین در حوزه های سلامت و بیماری سعی وافری کرده‌اند که این پیچیدگی‌ها را رمزگشایی کنند؛ ولی هنوزما در نیمه راه هستیم. پژوهش‌های آینده، می‌تواند ابعاد دیگری از عوامل متمایزکننده سلامت و بیماری را در فرهنگ‌های جمع گرا و فردگرا آشکار سازد. محدودیت پژوهش مربوط به اعضای نمونه است که فقط از گروه دانشجویان بودند، همین طور محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است.

منابع

Farahani, M.N., De Raad, B., Farzad, V., & Fotoohie، M. (2014).Taxonomy and structure of Persian personality-descriptive trait terms. International Journal of Psychology, 10,1-11.

Farahani, M. N., & Farzad, V. (2008). Taxonomy and structure of Persian Personality-Descriptive adjectives. Paper presented in 29th International Congress of Psychology، Berlin، Germany.

Garousi Farshi, M.. Mehryar, A., & Ghazi Tabatabayi, M. (2001). Application of the NEO-PI-R test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian University students. Journal of Humanities (Alzahra University, 11, 173-198

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]

Greenspoon, P.J., & Saklofske, D.H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. Social Indicators Research, 54, 81-108.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. American Psychologist, 62,95-108.

Kormi-Nouri, R., Farahani, M., & Trost, K. (2013). The role of positive and negative affect on well-being in Swedish and Iranian university students. Journal of Positive Psychology, 8, 435-443.

Leu, J., Wang, J., & Koo, K. (2011). Are positive emotions just as "positive" across cultures? Emotion, 11, 994–999.

Lyons, M.D., Huebner, E.S., Hills, K.J., & Shinkareva, S.V. (2012). The dual-factor model of mental health: Further study of the determinants of group differences. Canadian Journal of School Psychology, 27, 183-196.

Miyamoto, Y., Uchida, Y., & Ellsworth, P.C. (2010). Culture and mixed emotions: Co-occurrence of positive and negative emotions in Japan and the United States. Emotion, 10, 404–415.

Montazari, A., Harirchi, A.M., Shariati M., Garmaroudi, G., Ebadi M., & Fateh, A. (2008). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health and Quality of Life Outcomes, 1, 66 -78

Suldo, S.M., & Shaffer, E.J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. School Psychology Review, 37, 52-68.

Wang, X., Zhang D., & Wang, J. (2011). Dual-Factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. Psychology, 2, 767-772.

Uchida, Y., & Kitayama, S. (2009). Happiness and unhappiness in east and west: Themes and variations. Emotion, 9, 441–456.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.7.1]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.1]