

## بررسی رابطه شوخ طبعی با سلامت روانی در دانشجویان

### مقدمه

#### 1- مزاح یا شوخ طبعی

مزاح<sup>1</sup> به عنوان یکی از ویژگیهای شخصیتی انسان، کیفیتی منحصر به نوع آدمی است. اگر چه ارائه تعریف دقیقی از مزاح دشوار است، اما حتی در تمدنهای باستان نیز در این باره نظرات و مطالب گسترده ای مطرح شده است. مثلاً در کتاب عهد عتیق، پندی به این مضمون وجود دارد که «دلی شاد به خوبی يك طبيب کار می کند» افلاطون، ارسطو و اندیشمندان و فلاسفه سایر اعصار و قرون نیز درباره مزاح به اظهار نظر پرداختند. در متون احادیث اسلامی نیز روایاتی از پیامبر و ائمه وجود دارد که حاکی از تأثیرات مثبت مزاح در زندگی مؤمنان است. در روایاتی از پیامبر اکرم (ص) ایشان فرموده اند «هیچ مؤمنی نیست جز این که او را شوخی و مزاح است».

متون اخیر روان شناسی بر نقش مزاح در سازگاری و مقابله<sup>2</sup> با استرس از يك سو و اثرات آن در افزایش بهبود کیفیت زندگی از سوی دیگر تأکید کرده اند (نجاریان، براتی

---

1-Humory

2- Coping

و ابراهیمی قوام، 1373). در اصطلاح Humor (به معنی مزاح) از کلمه لاتین Humere به معنای «جاری ساختن» و «مرطوب بودن» مشتق شده است. از دیدگاه فلاسفه و اندیشمندان باستان، مزاح متأثر از اخلاط چهارگانه بدن است که سبب علامت جسمی و روانی اند. آنان معتقد بودند خون قرمز، جاری، گرم و مرطوب است و چنانچه بر سایر اخلاط غالب شود، فرد سالم، امیدوار، با نشاط و سر حال می گردد. اما چنانچه ترشحات سایر اخلاط غلبه یابند فرد در حالتی مرضی قرار می گیرد برای مثال اگر ترشحات کبد که صفرای سیاه است غالب شود فرد دچار نوعی حالت مرضی می شود و از نظر خلقی، حساس، زودرنج، کج خلق و دچار حالات مالیخولیا و افسردگی می شود که سبب نگ رشی منفی و غمگنانه به زندگی می گردد. بدین ترتیب علت انتخاب اصطلاح Humor به جاری و مرطوب بودن خون به مثابه علت سببی مزاح است. در قرون میانه و پس از آن نیز پیرامون مزاح و شوخی نظراتی ارائه شده است. مثلاً توماس هابز<sup>3</sup> فیلسوف انگلیسی معتقد بود که شوخی در درجه اول، روشی در جهت ابراز خشم و غضب آدمی است و هدف آن توهین به مخاطب یا شخص ثالث است (به نقل از راسکین<sup>4</sup>، 1985). کانت<sup>5</sup> مزاح را احساس و تأثیر حاصل از تغییر شکل ناگهانی و بی ربط یک توقع یا انتظار به هیچ و پوچ می دانست.

### آشنایی با متون روانشناسی درباره مزاح

روان شناسان مزاح را به مثابه یکی از ویژگیهای شخصیتی انسان در نظر گرفته و آن را از دیدگاههای مختلف مورد بررسی قرار داده اند. در دهه 1960 م. علاقه روان شناسان به

3- Thomas Hobbes

4- Raskin

5- Kant

نقد و بررسی مزاح و خنده برای وجود آدمی جلب شد. برخی از روان شناسان معتقدند که مزاح و خنده برای وجود آدمی و زندگی او، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است (کورتکف<sup>6</sup>، 1991؛ میندس<sup>7</sup> و کوربین<sup>8</sup>، 1985). دیدگاه عمده درباره نقش روان شناختی مزاح معتقد است که مزاح نوعی سبک سازگاری و انطباق است. فروید<sup>9</sup> (1916) معتقد است که مزاح یکی از سازوکارهای دفاعی «من» و نوعی تلاش اقتصادی جهت صرف انرژی روانی است. آریتی<sup>10</sup> (1975) معتقد است ارتباط تنگاتنگی بین حدس بذله گویی و میزان خلاقیت فرد وجود دارد. پلاچیک<sup>11</sup> (1981) هشت سبک سازگاری برای آدمی برشمرده که در این میان سازوکار وارونه سازی، یعنی توجه به وجوه مضحك شرایط و موقعیت های فشارزا از آن جمله است. از يك دیدگاه جامع تر زیستی - روانی اجتماعی<sup>12</sup> می توان مزاح را نوعی پیام هدفمند اجتماعی دانست که با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی ویژه ای همراه است. بدیهی است که این پیام کارکردهای اجتماعی خاص خود را داراست و محتوا و مسیر ویژه خود را نیز دارد. به عبارت دیگر مزاح به مثابه يك پیام هدفمند به دنبال تحقیق کارکردهای معینی است و در این راه با استفاده از شیوه های ویژه در موقعیت های معینی به کار می رود. توجه به کارکردهای اجتماعی و اهداف مزاح از دیدگاههای مختلف، مورد بحث و بررسی علمای رفتاری و به خصوص روان شناسان قرار گرفته است. برخی از روان شناسان، مزاح را

---

6-Kortov

7- Mindess

8- Corbin

9- Freud

10- Arieti

11- Plutchik

12- Bio-Psycho-Social

اساساً خصومت بار، عده ای آن را دردناك و تحقیرآمیز و تعدادی دیگر مزاح را سرگرم کننده و لذت بخش می دانند. به طور کلی نظرات روان شناختی پیرامون مزاح و بذله گویی را می توان در قالب چند رویکرد نظری مورد بررسی قرار داد. شوخی و شوخ طبعی اساساً خلاق بوده و خود تسهیل کننده خلاقیت بیشتر است. تقریباً تمامی تعاریف شوخ طبعی شامل ضوابطی از قبیل ترکیبهای غیرمعمول، شگفتی، عدم تجانس مفاهیم و برداشتها و نظایر آن می گردد. بر طبق يك تعریف شوخ طبع کسی است که خلاقیتش منجر به اظهار نظرها، داستانها و نمایش نامه های خنده آور است. علاوه بر آن، در بینشی وسیع شوخ طبع کسی است که خود و دیگران را به نحوی فراتر و منفك تر می بیند. چنین شخصی قادر است به خود و وقایع زندگی بخندد و در عین حال با مردم و وقایع مرتبط باقی بماند. شوخ طبعی فرایندهای فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی را ادغام یا سنتز می کند. بنابراین توانایی ایجاد شوخی و مزاح یا «داشتن توانایی شوخ طبعی» ویژگی خلاق مهمی است. بدون شوخی زندگی برای غالب مردم غیرقابل تحمل است. برای بسیاری از مردم شوخی يك راه بقا و يك نیروی شفافبخش است. برای افراد نادری که در خود استعداد شوخ طبعی را پرورش می دهند و در این راه به کار می برند مشاغل پر اجری در کاریکاتور نویسی، قصه گویی و نویسندگی یا هنرپیشگی و نمایش های خنده آور به انواع مختلف وجود دارد. بسیاری از پژوهشگران حل خلاق مسائل را یادآور شده اند که جرقه راه حل های موفقیت آمیز از طریق شوخ طبعی زده شده است. با وجود این روش های ساخت دار حل مسائل تأکید کمی بر پرورش توانایی ایجاد مزاح و به کار بردن آن در حل مسائل گذارده اند. در بسیاری از پژوهش های اولیه «ویلیام جی - جی - گوردن»<sup>13</sup> و

همکارانش در گروه نشان می دهد که راه حل های سدشکنانه غالباً با جوی از بازی همراه بوده است. این نوع بازی شامل مقدار زیادی شوخ طبعی بوده است ولی وقتی کوشش هایی برای تدریس ایجاد جوبازی به کار برده شده، با عدم موفقیت همراه بوده است. با وجود این معلوم شده است که بازی با تشابه ها تغییرات درجه دومی به وجود می آورد که ایجاد مزاح، خنده و جوی مناسب برای بازی ایجاد می کند. مشاهدات تورنس نشان می دهد که این پدیده مکرراً هم در هنگام کاربرد تشابه ها و هم در موقع یورش فکری برای حل خلاق مسائل به وقوع می پیوندد.

## 2- سلامت روان یا سلامت روانشناختی

مفهوم سلامت روان یا سلامت روان شناختی، جنبه ای از مفهوم کلی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است، که علی رغم تلاشهایی که از سوی پیشگامان سلامت روانی در جهان به منظور تأمین هر چه بیشتر سلامتی انسانها به عمل آمده است هنوز معیار قاطعی در زمینه تعریف و مصداق کامل سلامتی روانی در افراد وجود ندارد. توجه به سلامت فکر و روان پس از جنگ بین الملل اول در برخی از دانشکده های اروپا به تدریج متداول شده است تا آنجا که در سال 1944، نوزده کشور در اروپا و آمریکا دارای جمعیت های طرفدار بهداشت روانی شدند. ولی پس از جنگ بین الملل دوم و بر ملا شدن وقایع وحشت انگیز آن موضوع سلامت فکر و بهداشت روانی با تأکید بر کیفیت روابط افراد بشر، مورد توجه جدی و عمیق حکما و فلاسفه پزشکان، کارشناسان، مربیان تعلیم و تربیت، دانشمندان، روحانیون و متفکران علوم اجتماعی قرار گرفت. در سال 1948 با شرکت نمایندگان 48 کشور از جمله ایران «فدراسیون جهانی، سلامتی فکر» در لندن

تأسیس شد و مقرر شد که 4 سال یکبار، کنگره جهانی سلامت فکر با حضور نمایندگان کشورها و با اهداف بررسی مسائل مربوط به روابط فرد با خانواده، فرد با اجتماع، فرد با مسایل و مشکلات زندگی مدرن ماشینی و ... برگزار و مورد بحث قرار گیرد. سلامت روانی علاوه بر بدن سالم، به محیط و شرایط زندگی سالم نیاز دارد. این که محیط و عوامل مختلف آن چگونه بر ساختار روانی فرد و سلامت روانی او تأثیر می گذارد و فرد با چه شیوه ای با کشمکش های محیطی مبارزه می کند، موضوعی است که رویکردهای مختلف روان شناسی هر کدام با توجه به دیدگاه اختصاصی خود پیرامون ماهیت انسان و نیروی انگیزشی او سلامت روانی انسان را به شیوه خاصی تبیین کرده اند. به عنوان مثال برخی از این رویکردها، سلامت روانی را فرآیندی مستمر دانسته اند و برخی دیگر آن را در قالب هنجارها و پیروی از آداب و سنن اجتماعی جستجو کرده اند و گروهی دیگر به هر دو جنبه توجه نموده اند. به عنوان مثال روانپزشکی و روانشناسی بالینی در آسیب شناسی روانی بر اصل انسان بهنجار تأکید داشته اند و بهنجاری یا سلامت روان را معادل «فقدان علایم بیماری» می پنداشته اند اما وضعیت جاری روانشناسی جهان حاکی از توجه شایان روان شناسان به مفهوم سلامت روانی در قالبی ورای بهنجاری و فقدان علایم بیماری است (خدا رحیمی، 1374).

#### - بیان مسئله تحقیق

در این تحقیق روابط میان متغیرهای شوخ طبعی با سلامت روانی در دانشجویان روان شناسی ورودی 1380 در دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز مورد

بررسی قرار گرفته است. تحقیق حاضر گامی در جهت پی بردن به رابطه شوخ طبعی با سلامت روانی است.

### - اهمیت و ضرورت تحقیق

با توجه به توسعه زندگی ماشینی و بالا رفتن فشار روانی بر افراد لازم است که بررسی شود از چه طریقی می توان فشار روانی را کاهش داد بنابراین اهمیت تحقیق حاضر در این است که اگر مشخص شود که بین شوخ طبعی و سلامت روانی رابطه معنی داری وجود دارد می توان در مورد آموزش شیوه های شوخ طبعی، به عنوان یکی از روشهای مقابله با استرس، اقدام کرد تا بدین طریق از شدت فشار روانی بر افراد کاسته شود و افراد به هنگام مواجهه با استرس نیز بتوانند از عهده آن برآیند.

### - اهداف تحقیق

بهترین هدف تحقیق حاضر آن است که مشخص نماید آیا بین شوخ طبعی با سلامت روانی دانشجویان روان شناسی ورودی 80 در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز رابطه ای وجود دارد یا نه؟ هدف کاربردی دیگر این تحقیق آن است که می توان درك عمیق تری از شوخ طبعی به دست آورده و به اهمیت آن به عنوان یکی از راهبردهای مقابله با چالش ها و به تأثیر آن بر سلامت روانی فرد پی برد.

### - تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

#### 1- تعریف مفهومی شوخ طبعی

شوخی طبع کسی است که خلاقیتش منجر به اظهار نظرها، داستانها و نمایش نامه های خنده آور شود. شوخی طبع کسی است که خود و دیگران را به نحوی فراتر و منفک تر می بیند و قادر است به خود و وقایع زندگی بخندد و در عین حال با مردم و وقایع مرتبط باقی بماند. (تورنس، 1993).

## 2- تعریف عملیاتی شوخی طبعی

شوخی طبعی عبارت است از نمره ای که فرد از طریق پرسشنامه هفت ماده ای (مارتین ولفکورت، 1983) به دست می آورد.

## - تعریف مفهومی سلامت روانی

سلامت روانی عبارتست از سازگاری فرد با جهان اطراف به حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر از سوی فرد شود (میلانی فر، 1373).

سلامت روانی عبارتست از توانایی افراد برای دستیابی به اهدافی که برای خود در نظر گرفته است (پاتی، 1994).

- سلامت روانی عبارتست از حالتی که کارکردهای روانی افراد و از جمله اندیشه ها، عاطفه، ادراک و رفتار دچار اختلال نباشد و رابطه آنها با خود، خانواده و اجتماع، رابطه ای هماهنگ و صمیمانه باشد و وظایف و مسئولیتهای محوله را در قبال خانواده و جامعه به خوبی انجام دهد (فدایی، 1373).

- سلامت روانی عبارتست از داشتن سازگاری کافی و احساس خوب بودن از دیدگاه روان شناختی، متناسب با معیارهای قابل قبول روابط انسانی و جامعه (ساعتچی، 1375).



- سلامت روانی عبارت است از واکنشهای مطلوب، متناسب و مستمر شخصیت انسان در موقعیتهای مختلف که راهنمای تحولات رفتاری فرد در برابر ناراحتیها و فشار درونی یا بیرونی است (جاهورا، 1982).

#### - تعریف عملیاتی سلامتی روانی

سلامت روانی عبارت است از نمره ای که فرد از طریق جمع ارزشهای عددی درجات انتخابی اش، برای همه سؤالهای پرسشنامه فرم کوتاه فهرست تجدید نظر شده علایم روانی به دست آورد (نجاریان، 1379).

## فصل دوم

# مبانی نظری و یافته های پژوهشی

www.markazdareesh.ir

## 1- مبانی (رویکردهای) نظری روان شناختی مزاح

راسکین (1985) در مقاله‌ی نظریه‌های روان شناختی مزاح را به اختصار توضیح داده است و سه رویکرد نظری عمده روان شناختی را در تبیین علل روانی مزاح و شوخ طبعی مورد بررسی قرار می‌دهد.

### الف- نظریه اهانت<sup>14</sup>:

خاستگاه این نظریه در آرای قدیم است. براساس نظریه اهانت مزاح در درجه اول روشی است جهت ابراز غضب. بدینسان که هدف از بذله‌گویی و مزاح، توهین به مخاطب یا شخص ثالث است. صاحب‌نظران این رویکرد معتقدند که مزاح بدان دلیل مثبت و پسندیده تلقی می‌گردد که جایگزین مناسبی جهت روشهای خشن تر و غیر مؤدبانه تر ابراز خشم (نظیر توهین و ناسزاگویی) است. اشاراتی از مباحث فوق را می‌توان در نوشته‌های افلاطون، ارسطو، سیسرو<sup>15</sup> و هابز یافت (راسکین، 1985). بارون<sup>16</sup>، برن<sup>17</sup> و گریفیت<sup>18</sup> (1974) نشان داده‌اند که وادار کردن افراد عصبانی به خندیدن با ایجاد حس سرگرمی و تفنّن، به طور معنی داری تمایلات پرخاشگرانه آنان را تعدیل می‌کند.

### ب- نظریه تخلیه هیجانی و آسودگی<sup>19</sup>:

طرفداران این نظریه معتقدند که مزاح و خنده منجر به گشایش خلق و خوی و تشفی انرژی روانی شده نتیجتاً موجب تعادل و آرامش روانی فرد می‌شود. شاید مشهورترین نظریه تخلیه و آسودگی متعلق به فروید باشد. فروید (1916) در کتاب (شوخیها و

---

14- Disparagement Theory

15- Cicero

16- Baron

17- Byrne

18- Griffitt

19- Release

ارتباط آنها با ناهشیاری<sup>20</sup>) اظهار می دارد که مزاح راهی جهت رهایی از رفتارها و افکار بازدارنده و سانسور شده است. براساس نظریه فروید (1916)، تخلیه انرژی روانی از طریق مزاح نوعی تلاش اقتصادی و حسابگرانه و صرفه جویانه و در عین حال ناخودآگاهانه برای برون ریزی تنشهاست او معتقد است که بین رؤیاها و مزاح تشابهات فراوانی وجود دارد و در هر دو مورد فرد به طور ناخودآگاه و به شیوه یی نمادین<sup>21</sup> نسبت به ارضای تمایلات واپس زده شده و کنش زای خویش مبادرت می ورزد.

### ج- نظریه ناهماهنگی و تباین<sup>22</sup>

پیروان این نظریه معتقدند مزاح از کنار هم گذاشتن دو یا چند مفهوم ظاهراً نامرتبط که در ذهن مزاح کننده با یکدیگر مقایسه و در کنار هم گذاشته می شوند و به دست می آید. روان شناسان طرفدار این نظریه معتقدند که دریافت مشابَهت یا تفاوت بین امور، عامل مزاح است و از آن جا که مزاح معمولاً سبب تبدیل بحثی منطقی به بحثی نامربوط و بیهوده می شود لذا خنده آور می شود. به خوبی مشخص است که این نظر با نظرات شناختی نوین در روان شناسی مطابقتهایی دارد. راسکین (1985) معتقد است از نظر پیروان این نظریه در موقعیت های فشارزا، شوخ طبعی، پهنه دیدگاه فرد را به سوی حل هر چه مؤثرتر مشکلات و سازگاری بیشتر با محیط و فشارها گسترش می دهد. طبق این دیدگاه، مزاح در موقعیتهای فشارزا موجب افزایش احساس تسلط، عزت نفس و اعتماد به خود می شود (راسکین، 1985). ساراسون و ساراسون (1987) نیز بر این باورند که مزاح می تواند به عنوان روشی جهت کسب آرامش روانی در شرایط تشنج زا و پر دردسر

20- Wit and its Relation to the unconscious

21- Symbolic

22- Incongruity Theory

به کار رود. در سالیان اخیر نظریه های دیگری از سوی روان شناسان درباره مزاج ارائه شده که از آن جمله می توان به نظریه راسکین (1985) اشاره کرد. نظریه راسکین مبتنی بر معنی شناسی است نظریه راسکین توجهی به موضوعی یا علل خنده ندارد بلکه به این مسئله می پردازد که چگونه يك مطلب، رفتار یا مسئله شوخی تلقی می گردد.

تئوریهای متعددی درباره شوخ طبعی وجود دارد و در جستجو برای سر نخ هایی که رشد خلاقیت را ارتقا می بخشد می توانیم از همه آنها استفاده کنیم. تئوری برتری بر آن است که ریشه های شوخ طبعی در پیروزی بر دیگران است. تئوری عدم تجانس تأکید دارد که شوخ طبعی ناشی از ساختن جفت های بی ارتباط و نامتناسب ایده ها یا وضعیت هایی است که از آداب معمول ناشی می شوند. بر طبق تئوری غافل گیری عوامل شگفت زدگی، هراس ناگهانی یا شوک، یا غافل گیری شرایط لازم بریا شوخ طبعی است. تئوری دو جنبگی مدعی است که اساس شوخ طبعی وقوع همزمان احساسات یا عواطف ناسازگار است. تئوری فراغت یا رهایی ادعا می کند که اساس شوخ طبعی رهایی از تنش یا محدودیت یا آزاد کردن تنش اضافی است. طبق تئوری پیکربندی شوخ طبعی وقتی اتفاق می افتد که عواملی که بدواً غیر مربوط تلقی می شده اند ناگهان به هم ارتباط داده شوند. در تئوری روان کاوی اساس بر این است در شوخ طبعی نوعی صرفه جوئی در به کار بردن احساسات وجود دارد. به عبارت دیگر شوخ طبعی واقعه ای است که حادث شدن آن معمولاً آنچه را که ممکن است باعث تحمل رنج شود به چیزی بی اهمیت تبدیل می کند.

## واکنشهای مزاح

محققان در بررسی کارکردهای مزاح عمدتاً به کنشهای روان شناختی و جسمانی مزاح توجه داشته اند. بررسی متون اولیه مربوط به مزاح بیانگر آن است که با توجه به زمینه های حمایت کننده پسیکوفیزیولوژیک مزاح این پدیده به عنوان عامل تسهیل کننده سلامت روحی و جسمی در نظر گرفته می شود (مارتین<sup>23</sup> و لفقورت<sup>24</sup>، 1983).

آلپورت<sup>25</sup> (1950) معتقد بود فرد نورتیکی که یاد می گیرد به خود بخندد، ممکن است به کنترل خود توانا شده و به این ترتیب معالجه شود. از بررسیهای جالب توجه و حمایت کننده در رابطه با نقش مزاح [به ویژه در رابطه با بیماریهای جسمی] نوشته فرهان کاسنیز (1979) است. او معتقد بود که با خنده و مزاح و نیز با استفاده از ویتامین های خاصی رهایی از يك بیماری عفونی جدی ممکن است. وی بر این باور است که در اثر 10 دقیقه خنده با صدای بلند بیمار می تواند خوابی راحت، بدون دردی به مدت 2 ساعت داشته باشد براساس این نظریه ها عده ای از نویسندگان تصور کرده اند که خنده ممکن است اثری مشابه اثر آندروفینها یا سایر مواد آندروژنی مغز داشته باشد (به نقل از مارتین و لفقورت، 1983). دیکسون<sup>26</sup> (1980) و مارتین و لفقورت (1983) معتقدند که مزاح به عنوان راهبرد و مقابله ای جهت سازگاری با استرس به کار می رود. محققان معتقدند در افرادی که کمتر مزاح می کنند همبستگی بالایی میان آشفتگی و پریشانهای خلق و حوادث منفی زندگی وجود دارد (مارتین و لفقورت، 1983؛ مارتین و دابین<sup>27</sup>،

---

23- Martin  
 24- Lefcourt  
 25- Allport  
 26- Dixon  
 27- Dobbin

1988؛ نزو<sup>28</sup> و بلیست<sup>29</sup>، 1988). در تحقیقات این پژوهشگران و نیز سایر پژوهشهای انجام یافته، بر نقش مزاح به مثابه نوعی راهبرد مؤثر سازگاری و انطباق با شرایط دشوار، تأکید شده است (دیکسون، 1980؛ گلدشتین<sup>30</sup>، 1982). به بیانی دیگر مزاح به مثابه تعدیل کننده و تسکین دهنده پاسخ های هیجانی منفی هم چون اضطراب یا افسردگی در نظر گرفته شده است. تحقیقات اخیر ضمن تأکید بر نقش مزاح در تعدیل کردن فشارهای روانی مدعی هستند که نقش آن در سوی دیگر پیوستار هیجانات نادیده گرفته شده است. کیوپر<sup>31</sup>، مارتین و دانس<sup>32</sup> (1992) در تحقیقی نشان داده اند که مزاح در غنی سازی و پر محتوا کردن تجارب زندگی و در نتیجه در افزایش بهبود کیفیت زندگی به گونه ای مثبت نقش دارد. پژوهشهایی که بر این جنبه از نقش مزاح تأکید دارند معتقدند مزاح در بهبود کیفیت زندگی مشارکت دارد. مثلاً لفکورت و مارتین (1986) نشان داده اند که مزاح به خودپنداره مثبت تر از خود منجر می گردد. یک مطالعه اخیر دیگر نیز مؤید آن است که داشتن نمرات بالاتر در سنجش های مربوط به مزاح با سطوح بالاتر عزت نفس، خود رتبه بندی مثبت تر (برحسب قابلیت اجتماعی بودن) و همگرایی بیشتر بین خودپنداره آرمانی و خودپنداره واقعی همراه است (کیوپر و مارتین، به نقل از کیوپر و همکاران، 1992).

---

28- Nezu

29- Blissett

30- Goldstein

31- Kuiper

32- Dance

## مزاح و سیستم ایمنی بدن

تعدادی از پژوهشگران نقش تعدیل کننده مزاح را به واسطه تأثیر آن بر سیستم ایمنی بدن مورد بررسی قرار داده اند و معتقدند که مزاح ارگانهای ایمنی بدن را در مواجهه و مقابله با عوامل آسیب زا تقویت می کند (جموت<sup>33</sup> و لاک<sup>34</sup>، 1984؛ لابت، آهمن، ولور و مارتین، 1990). همان گونه که پیش از این بیان شد کاسنیز (1979) در این باره معتقد است که مزاح و خنده می تواند حتی درمانی مناسب برای بیماریهای عفونی باشد. لابت<sup>35</sup> و همکاران (1990) در تحقیقی آزمایشگاهی به بررسی نقش مزاح و خنده و تأثیر آن بر وضعیت ایمونوگلوبین بدن پرداخته اند. نتایج نشان داد صرف نظر از میزان خنده ابراز شده، حرکات خنده آور مزاح گونه، سیستم ایمنی بدن را بهبود می بخشد.

## مزاح و عملکرد تحصیلی

نقش مزاح در سایر حیطه های روان شناسی نیز مورد توجه قرار گرفته است. اخیراً به کنش مؤثر مزاح در طرح و برنامه ریزی مواد درسی و آموزشی عنایت شده است. دیکسون (1980) و کیوپر و همکاران (1992) معتقدند که مزاح در نگهداری حافظه و قدرت یادآوری آن تأثیر مثبت دارد. بر این اساس جانسون<sup>36</sup> (1990) اعتقاد دارد که می توان از مزاح در طراحی آموزش متون درسی استفاده کرد. او در پژوهشی نتیجه می گیرد که کاربرد مواد و محتویات آموزشی به همراه مزاح به افزایش درک مطلب و نیز افزایش میزان یادآوری و نگهداری منجر می شود و لذا میزان استعدادهای ذهنی را بهبود می بخشد. در همین رابطه گفتنی است که ارتباطهای بین مزاح و خلاقیت گزارش شده است.

---

33- Jommott

34- Lock

35- Labott

36- Johnson



به طور نمونه، مازلو<sup>37</sup> (1972) معتقد است که یکی از خصوصیات بارز افراد خود شکوفا، شوخ طبعی غیر خصمانه و فلسفی است. تلقی افراد خود شکوفا از مزاح، پیوستگی نزدیکی با فلسفه دارد، به گونه‌ای که بذله‌گویی‌های آنها را می‌توان مزاحهای واقعی نامید. هیلگارد<sup>38</sup>، اتکینسون<sup>39</sup> (1962) همبستگی آماری معناداری بین میزان خلاقیت و درجه بذله‌گویی در دانش‌آموزان يك دبیرستان گزارش می‌دهند.

### نقش درمانی مزاح

نقش درمانی مزاح از دیرباز مورد توجه بوده است. همان‌گونه که ذکر شده، پزشکان باستان مزاح را نتیجه تعادل اخلاط بدن دانسته‌اند و نیز آن‌گونه که کوسنیز (1979) نشان داده است، در درمان بیماریهای خاصی می‌توان از مزاح استفاده‌های کارآمد کرد. آرتور<sup>40</sup>، کریستین<sup>41</sup> و سونیا (1987) معتقدند برای بیماران افسرده، مزاح نوعی روش مناسب و موفق جهت بازیابی حالت تعادل خلق است. آلپورت (1950) و فروید (1916) نیز بر کنشهای درمانی مزاح تأکید کرده‌اند و ساراسون (1987) مزاح را در مواردی بهترین دارو می‌دانند. بسیاری از روان‌درمانگران بر نقش درمانی مزاح تأکید کرده‌اند (برای مطالعه پیرامون نقش لطیفه و شوخی در فرآیند روان‌درمانی به هاشمیان، 1369؛ مراجعه کنید). لوین<sup>42</sup> (1977) به دو هدف عمده مزاح در روان‌درمانی اشاره کرده است: 1) از آن‌جا که مزاح موجب لذت و سرور می‌شود لذا به مثابه يك شیوة درمانی، طریق قابل پذیرش جهت لذت بردن در بسیاری از امور ناگوار است. 2) مزاح

---

37- Maslow

38- Hilgard

39- Atkinson

40- Arthur

41- Christine

42- Levine

ممکن است موجب ارتباط بین فرد و افرادی شود که بیمار از آنها ناراحتی و نگرانی دارد. اخیراً اسپر<sup>43</sup> (1990) نشان داده است که مزاح يك شیوة درمانی بسیار مؤثر در مراقبت از آشفتگیهای روانی، دوران سالخوردگی و کهولت است. او در این باره اعتقاد دارد که افراد سالخورده نسبت به سایر افراد به مراتب بیشتر از مزایای درمانی و مراقبتی مزاح بهره مند می شوند.

### تبیین روان شناختی از تأثیر مزاح در مقابله با استرس

گفته شد که عمده ترین نقش مزاح از نظر روان شناسان تأثیر آن در مواجهه، مقابله و سازگاری با استرس است. علی رغم این اعتقاد که مزاح کنش تعدیلی در برخورد با استرس دارد، با این حال کمتر توصیف و تبیینی پیرامون نحوه این فرایند وجود دارد. ادامه این نوشتار، تبیینی روان شناختی از اثر تعدیل گر واسطه ای مزاح را ارائه می دهد، که براساس فرمول بندیهای مدل های شناختی استرس و به ویژه مدل تعاملی استرس تدوین شده است.

### مدل تعاملی استرس

لازاروس<sup>44</sup> (1966) در فرمول بندی مدل مشهور خویش از استرس، بر این باور است که رابطه بین فرد و عامل استرس زا و محیط ارتباطی پویاست و محرك فشارزا تنها زمانی استرس آور است که شخص آن را چنین ارزیابی کند (لازارویس و فالکمن<sup>45</sup>، 1984؛ 1984). بدین ترتیب در این دیدگاه هیچ محرك محیطی ذاتاً استرس آور نیست، مگر این که فرد آن را در مقابله با توانائیهای خود، چنین ارزیابی کند. براساس نظرات

---

43- Spare

44- Lazarus

45- Folkman

لازاروس، ارزیابی و مقابله دو رکن عمده در فرایند استرس محیط و فردند. این ارزیابی، فرآیند شناختی است که در مراحل اولیه و ثانویه صورت می گیرد. ارزیابی اولیه در این برخورد با عامل استرس زا صورت می گیرد و فرد محرك برحسب شدت، میزان و نوع استرس زایی آن مورد ارزیابی قرار می دهد آن را عاملی آسیب زا، تهدید کننده یا همآورد جویانه (چالش گرانه) ارزیابی و ادراك می کند. بدیهی است محرکی که چالش گر و همآوردجو ارزیابی شود، کمتر استرس زا است تا عاملی که آسیب زا و تهدید کننده ارزیابی می شود. ارزیابی ثانویه، در واقع نوعی (خودارزیابی) است و در آن فرد براساس ارزیابی اولیه به برآورد بررسی توانایی های خود جهت مقابله با عامل استرس زا می پردازد به این ترتیب فرایند ارزیابی شناختی به مثابه تعدیل کننده استرس است (لازاروس، 1996؛ فالکمن، 1984؛ لازاروس و فالکمن، 1984). فرایند مقابله به عنوان دومین رکن در نظریه لازاروس، به تلاشها، راهبردها، رفتارها و شیوه هایی اطلاق می گردد که فرد به منظور کسب مهارت و تسلط بر محیط و کاهش یا تحمل مشکلات و تبعات پدید آمده توسط محرك استرس زا به کار می برد. راهبردهای مقابله اساساً یا مشکل مدار یا هیجان مدارند که انتخاب نوع آن بستگی به عوامل و شرایطی است که بحث پیرامون آنها از حوصله این مقاله بیرون است. نکته جالب توجه در این فرمول بندی آن است که عوامل شخصیتی و موقعیتی ویژه ای می توانند هم بر مرحله ارزیابی و هم بر فرایند مقابله تأثیر گذارند و باعث تعدیل یا تشدید اثر استرس شوند. تری (1991) از جمله به نگرشها و اعتقادات افراد، باور فرد به قابل کنترل بودن موقعیت و محرك استرس زا، عزت نفس شخص، اهمیت حادثه و محرك استرس زا، حمایت های اجتماعی و میزان فاصله هیجانی و

عاطفه ایی که فرد می تواند از محرك فشارزا و موقعیت بگیرد، اشاره می کند. محققان نشان داده اند که مزاح به مثابه راهبردی جهت سازگاری و مقابله با عوامل فشارزا است. تحقیقات اخیر مبین این نکته اند که سازوکار اساسی نقش تعدیل کننده مزاح، فرایندهای شناختی ظریفی است که افراد در برخورد با استرس به کار می برند (دیکسون، 1980؛ مارتین و لفکورت، 1983؛ کیپور و همکاران، 1992). محققان اخیر معتقدند که در مزاح فرایندهای شناختی خاصی دست اندرکارند که مربوط به ارزیابی از عوامل استرس زاینده. دیکسون و همکاران (1988) اعتقاد دارند افراد بذله گو و شوخ طبع با ایجاد دیدگاهها و نظرگاههای شناختی بدیل و چاره ساز، بهتر قادرند از حادثه بالقوه استرس زا فاصله هیجانی بگیرند. این دیدگاههای شناختی بدیل موجب می شود تا حادثه از سوی افراد مزاح گر کمتر تهدیدآمیز، یا مخرب ارزیابی شود. کیپور و همکاران (1992) معتقدند که به این ترتیب فرایندهای شناختی مزاح با موضوع ارزیابی و خودارزیابی همراهند، لذا نتیجه می گیرند که مزاح بیشتر با ارزیابیهای شناختی مثبت تری از حوادث بالقوه استرس زا همراه است (کیپور و همکاران، 1992). آنها هم چنین دریافته اند که افراد شوخ طبع و بذله گو نسبت به افراد کمتر مزاح گو مردودی در يك امتحان تحصیلی را کمتر تهدید آمیز و منفی (بلکه بیشتر نوعی چالش و هموردی مثبت) ارزیابی کرده بودند.

علاوه بر نقش مزاح در فرایندهای ارزیابی شناختی، مطالعات دیگر بر نقش مقابله یی مزاح تأکید کرده اند در حقیقت در این مطالعات، مزاح به سان راهبردی مقابله یی بررسی شده است (آرتور، کریستین و سونیا، 1988؛ وارنر، 1991). وارنر (1991) در

مطالعه‌ی روی دانشجویان پرستاری دریافت این افراد که در یک بخش روانپزشکی مشغول به آموزش بودند، با مواجهه و برخورد با شرایط، رفتار تازه و افکار تازه و عجیب و غریب، دچار اضطراب، ترس و بیم و تنش درباره خود و نیز سلامتی خود شده بودند. نتیجه تحقیق وارنر (1991) بیانگر آن است که این دانشجویان به منظور تعدیل روابط محیطی - شخصیتی استرس آور و کسب بازده‌های مثبت در آن شرایط، ضمن ارزیابی‌های شخصیتی از موقعیت، مزاح را به عنوان یک شکل از سازگاری مورد استفاده قرار داده بودند. مزاح یکی از ویژگی‌های شخصیتی آدمی است که از دیرباز از سوی فلاسفه، اندیشمندان و متفکران مورد توجه قرار گرفته است. روان‌شناسان نیز به بررسی حیطه‌های گوناگون مزاح علاقه مند بوده‌اند و آن را از دیدگاه‌های متفاوت مورد بحث قرار داده‌اند. در این رابطه رویکردهای نظری اهانت، تخلیه و آسودگی، ناهماهنگی و تباین و نظریه راسکین از آن جمله‌اند. اخیراً تلاشهایی به عمل آمده تا سایر جوانب مزاح نیز مورد بررسی قرار گیرد و در این باره به کنشهای مزاح صرفنظر از جنبه‌های نظری آن، عنایت شده است. به طور کلی مزاح دارای کارکردهای جسمانی و روان‌شناختی ویژه‌ای است. مزاح می‌تواند سیستم ایمنی افراد را در برابر عوامل آسیب‌زا تقویت کند. هم‌چنین کنشهای روان‌شناختی مزاح در برخورد با استرس به نوعی با کنشهای جسمی مربوط است و با توجه به تأثیر استرس بر سیستم‌های ایمنی بدنی، کارکردهای سازگاری مزاح جایز اهمیت است. در زمینه‌های تعلیم و تربیت، روان‌درمانی و نیز ایجاد نوعی نگرش مثبت به زندگی که موجب بهبود در کیفیت زندگی می‌شود نیز بر نقش مزاح تأکید شده است. تبیین‌های چندی از مزاح به عمل آمده است که از جمله می‌توان به تبیین شناختی از مزاح

به مثابه يك راهبرد مقابله ای در سازگاری با استرس اشاره کرد. با توجه به آن چه بیان شد، درك مزاح به عنوان عاملی در کیفیت بهتر و مؤثرتر زندگی و نیز درمان مشکلات روانی، انکارناپذیر است. بنابراین می توان با ساراسون و ساراسون (1987) هم رأی شد که خنده می تواند در برخی موارد بهترین دارو باشد (شوخی طبیعی خود را هرگز از دست ندهید، ص 116).

## 2- مبانی نظری سلامت روانی

تاکنون نظریه های بسیاری که در آنها سلامت روان مورد توجه قرار گرفته است ارائه گردیده اند با نگاهی گذرا به برخی از معروفترین آنها می پردازیم (به نقل از خداحیمی، 1374).

## نظریه فروید

به عقیده فروید اکثر مردم به درجات مختلف، روان نژند هستند و سلامت روانی يك آرمان است نه يك هنجار آماری (هوگان، 1976). طبق نظریه فروید ویژگیهای خاصی برای سلامت روانی ضرورت دارد. نخستین ویژگی خودآگاهی است. یعنی هر آن چه که ممکن است در ناخودآگاه موجب مشکل شود بایستی خودآگاه شود و خودآگاهی حقیقی ممکن نیست مگر این که کنترل غیرواقعی و غیرضروری یا زیاد از حد (من برتر) در هم شکسته شود. به نظر فروید خودآگاهی عنصر اصلی (ولی نه عنصر کافی) سلامت روانی است. (کورسینی، 1973). فروید بیگانگی منطقی از علاقمندیها و اشتیاقهای عمومی را، معیار نهایی سلامت روانی می داند (گلداستینک، 1939).

## نظریه موری

به عقیده موری<sup>46</sup> (1983) فرد سالم از ساختار روانی خودش آگاهی لازم دارد. هم چنین وی در حین این که بین نیازهای مختلفش تعارضی ندارد از انواع نیازها نیز به نحوه مقتضی استفاده می کنند. در انسان سالم بهنجار بین (من برتر) و (من آرمانی) فاصله زیادی وجود ندارد. موری عقیده دارد که در انسان سالم ابتدا «نهاد» سپس (من برتر) و آن گاه «من» به ترتیب، نقش عمده را در کنترل رفتار ایفا می کنند و با نظارت خردمندانه (من) و مواظبت (من برتر) تکانه های نهاد به صورت قابل قبولی ارضا می شوند. به عقیده موری تمام انسانها با شدت و ضعف متفاوت، دچار «عقده» هستند. اما فقط عقده های افراطی و شدید، موجب نابهنجاری و بیماری می شوند. موری معتقد است که تخیل و خلاقیت مهم ترین ویژگی سلامت روانی هستند.

## نظریه آدلر

سلامت روان به عقیده آدلر (1973) یعنی داشتن اهداف مشخص در زندگی، داشتن فلسفه ای استوار و مستحکم برای زیستن، داشتن روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای هموعان، داشتن جرأت، شهامت و قاطعیت عمل کردن برای نیل به اهداف خود، کنترل داشتن بر روی عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل آنها.

## نظریه فروم

فروم (1968) معتقد است که انسان دارای سلامت روان کسی است که عمیقاً عشق می ورزد، آفرینشگر است، قدرت تعقل و خرد را در خویش کاملاً پرورانیده است. خودش و جهان را به شکل عمیقی ادراک می کند، احساس درست پایدار دارد، با جهان در پیوند است و در آن ریشه و اصالت دارد و حاکم بر سرنوشت خویش است. فروم انسان سالم را دارای جهت گیری بارور می داند، یعنی آن نوع جهت گیری که در آن خود قادر است تمام استعدادهای بالقوه و قدرتهای خویش را به کار گیرد.

## نظریه مزلو

به عقیده مزلو<sup>47</sup> (1968) افراد برخوردار از سلامت روان، نیازهای سطح پایین را برآورده کرده اند و اختلال روان شناختی ندارند. می دانند که هستند؟ چی هستند و به کجا می روند. ادراک افراد سالم از واقعیت، صحیح است. آنها جهان را به صورت عینی ادراک می کنند. این افراد خودانگیخته، سالم و طبیعی هستند، عواطف خود را صادقانه و بدون رنجش دیگران نشان می دهند. افراد سالم نیز به خلوت و استقلال دارند. کنش آنها



متصل است. این افراد را تجارب عارفانه یا اوج دارند و همین تجارب، موجب اعتلا و احساس قدرت و قاطعیت آنها می شود.

### نظریه اسکینر

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر<sup>48</sup> (1973) معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است. و چنین انسانی وقتی با مشکلی روبرو می شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش استفاده می جوید و این کار را تا وقتی ادامه می دهد که به سطح هنجار مورد پذیرش جامعه برسد. انسان سالم کسی است که تأییدات اجتماعی بیشتری را به خاطر رفتارهای متناسبش، از محیط و اطرافیان دریافت کند.

### نظریه کارل یونگ<sup>49</sup>

به نظر یونگ سلامت روان شناختی و خودشناسی یکسان هستند. تحقق خود با سه معیار مشخص می شود. نخست بایستی واپس زنی تخلیه شود. تنشهای بین کنشها و نگرشهای ناخودآگاه و خودآگاه به آرامش مبدل شوند، فرد بتواند از راه معرفت به آرامش و صفای درونی برسد. دوم فرد بایستی بیان نمادین ناخودآگاه را درک کند. سوم شخص بتواند از طریق ایمان شخصی به نماد یا اسطوره خصوصی خوشناسی نزدیک شود. به نظر یونگ خودشناسی و (خودبرون) حالت گریز از بودن و میل به شدن است. به نظر یونگ بودا و مسیح افرادی هستند که در نهایت به تفرد رسیده اند. به عقیده یونگ کیمیاگری قرون وسطی یعنی تلاش برای تبدیل عناصر پست به عناصر عالی مانند طلا، تمثیل و تجسمی از

---

48- B. F. Skinner

49- Yong

تلاش روان انسان برای متحد ساختن عناصر پست و عالی روان خویش. این فرایند ذاتی روانی است و منظور از آن همانند فرایند تفرد است. فرایند تفرد نوعی تلاش درونی برای خودیت و تحقق خود است. از طریق این فرایند کلیت شخصیت به ثمر می رسد به عقیده وی روان نژندی نیز از اختلالات تفرد است. لذا کانون توجه در روان درمانی او معطوف مسیر طبیعی این فرآیند بوده است (هیزپاک، 1996).

### افراد سالم از نظر روانی

مشکل است که بگوئیم که يك شخص از لحاظ روانی تا چه حد سالم و طبیعی است. میزان آن برحسب تمدن جامعه، زمان، مکان فرهنگ و انتظارات هر جامعه تفاوت دارد. آن چه در زیر می آید برای پی بردن به سلامت روانی انسان می تواند راهنمای کوچکی باشد.

1) شخص سالم از زندگی بیشتر راضی است و اظهار خوشی می کند و کمتر ناراحت و دل گیر است.

2) از استقلال فردی خود آگاه است. امکانات، خواستها، امیال و هدفهای خود را می داند، کیفیت و واقعیت وجود خویش و محیطش را درك کرده، روش خود را با واقعیت هماهنگ می کند.

3) می تواند مناسبات دوستانه و صمیمانه با دیگران برقرار سازد که هم خود از این دوستی احساس رضایت کند و هم طرف صحبتش از دوستی او برخوردار باشد.

(4) در برابر پیشامدها و وقایع معمولی روز احساس رضایت کند و زندگی را زیبا و سالم می بیند و هر چند که ممکن است در مقابل مشکلات و وقایع سخت، شخص احساس ناتوانی کند.

(5) خود و دیگران را دوست دارد و از محبت کردن به آنها لذت می برد.

(6) شخص سالم عهده دار زندگی خویشتن است و انتظار ندارد که دیگران، زندگی خوب و راحت برایش تأمین کنند.

(7) در موارد بخصوص و حاد، حق دارد که خشمگین و عصبانی شود.

(8) به ماهیت وجود خود پی می برد، بد و خوب خویشتن را قبول دارد و از تأثیر رفتار خود روی دیگران آگاه است.

(9) دیگران را تحقیر نمی کند و برای خود مزیت اضافی قایل نمی شود.

(10) آشفته گی و ناراحتی هایش را به نحوی اظهار می کند که قابل قبول جامعه ای که در آن زندگی می کند باشد. تأثر و آشفته گی خود را مهار می کند که باعث ناراحتی اطرافیان نشود.

(11) به امکان انجام يك کار معتقد است، پر توقع نیست و همیشه راهی را انتخاب می کند که می داند در آن راه امکان عملی شدن يك منظور بیش از راههای دیگر است.

(12) شخص سالم حس بذله گویی دارد که اغلب با آگاهی و خوش خلقی همراه است. از فرصتهای عادی، برای شادی دوری نمی کند و از غصه و نگرانی استفاده نمی کند.

(13) آن چه را که هست قبول می کند و می داند که زندگی مطلوب و دلخواه خیالی بیش نیست و همیشه يك نوع ناتمامی و نقص در همه جا می توان یافت.

(14) هم در میان جمع احساس خوشی می کند و هم در تنهایی.

(15) قبول دارد که کشمکش و ناسازگاری همیشه وجود دارد و باید به هر صورتی با ناسازگاری ها و کشمکش ها مقابله کند.

(16) با این که بین دیگران است ولی همیشه شخصیت و ماهیت خود را حفظ می کند.

### نظریه اسلام

اسلام علاوه بر نظریات معنوی و فلسفی و علمی در مورد انسان، الگوهای عینی شخصیت کامل و سالم را نیز مدنظر قرار می دهد و در واقع پیامبر خاتم و ائمه معصومین (ع) و فاطمه زهرا (س)، نمونه های عالی انسان کامل در اسلام و مذهب تشیع می باشند، آنها مظهر سلامت روانی و مظهر حیات روانی هستند. آنها خودآگاهانه ترین، پویاترین و متکامل ترین رابطه را با کل هستی دارا هستند و سایر انسانها به میزان تقرب به ملاکهای آنها، از سلامت و تکامل روانی برخوردارند (احمدی، 1371؛ شهید مطهری، 1362).

به طور خلاصه ویژگیهای انسان سالم و کامل، از دیدگاه اسلام به شرح زیر می باشد:

پیوسته در حال تزکیه و تهذیب نفس باشد (سورة شمس، آیه 2)، ارزشهای انسانی را در حد اعلا در خودش بپروراند (سورة بقره، آیه 124) پرهیزکار و با تقوا می باشد از هر گونه قید و بند مادی و موانع دنیوی سر راه کمال رسیدن به قرب الهی، آزاد است، هرگونه ناملایمتی را با ذکر خداوند تسلی می بخشد، صبر، شکیبایی، استقامت و شهامت دارد (سورة بقره - آیه 153)، اعمال و رفتار با نیت او هماهنگ است و نفاق و دورویی در رفتار و گفتار را یکی از مقدم ترین صفات انسانی می داند، شفقت و دلسوزی، مهربانی،

تعهد و مسئولیت در مقابل هم نوعان از ویژگیهای مهم اوست، هم از عقل و هم از عشق، برای رسیدن به کمال، استفاده می نماید، خودخواهی، خودپرستی و پیروی از هوای نفس ندارد، خودش را فریب نمی دهد، فریب و وسوسه درون خود را نمی خورد، نسبت به خودش آگاهی و هشیاری دارد و کنترل نفس خود را بر عهده دارد، اجتماعی، مسئول و متعهد است، ایثارگر است و حتی در آن چه که کمال احتیاج را به آن دارد، دیگران را بر خودش مقدم می دارد (سورة حشر - آیه 9)، خودشناسی دارد و خودشناسی او مبنای شناخت خداوند است، رفتار و موضع گیریهای او، قابل پیش بینی است، چون اعمال و رفتار او بر مبنای اعتقادات او صورت می گیرد و به همین علت دچار رفتارهای تکانشی، غیرقابل پیش بینی و خارج از آداب معاشرت و اصول اخلاقی نمی شود، «عشق» از ویژگی های مهم اوست و عشق او به جایی می رسد که در حضرت حق محو می شود و به منبع فیض و حقیقت می پیوندد. هرگاه از مسیر حق منحرف شود بلافاصله توبه و بازگشت نموده و به خداوند اتکا می نماید، هشیار و خودآگاه می باشد و بطرف هشیاری و خودآگاهی کامل در حرکت است، با جهان درون و جهان برون خود، ارتباطی مبتنی بر واقعیت و پذیرش دارد، همواره با یاد خدا زندگی می کند و متکی به خداوند است و در همه حال خدا را ناظر بر اعمال خود می داند، عدالت جو، عدالت گر و عدالت دوست است، خوش رو، خوش برخورد، منظم و پرتلاش، امانت دار و سخاوت مند و ... است. قرآن مجید در سورة مؤمنون و حضرت علی علیه السلام در نهج البلاغه و شهید مطهری در کتابهای «انسان کامل» و «هدف زندگی» ویژگیهای مؤمنین یا انسانهای سالم و کامل

را به تفصیل بیان فرموده اند که به منظور جلوگیری از اطاله کلام از ذکر کامل آنها خودداری می شود و علاقه مندان می توانند به این منابع مراجعه فرمایند.

### اهمیت سلامت روان

مفهوم سلامت روان در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی است. سازمان بهداشت جهانی، علامت روانی را چنین تعریف می کند. «حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی». برخی چنین تصور کرده اند که نقطه مقابل سلامت روانی، بیماری روانی است، در حالی که چنین نیست و مفهوم سلامت روانی بسیار گسترده تر از این است (خدارحیمی، 1374). سلامت روان قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن است. فرد سالم احساس می کند «راحت» است و می تواند با خودش و دیگران زندگی کند. او محدودیتها و استعدادهای خود را می شناسد، کمبودهای خود را می پذیرد و برای بهبود رفتار خویش، گام بر می دارد، وی از درون و احساسات خویش آگاه است و بر آنها تسلط دارد و معیارهای جامعه ای را که در آن زندگی می کند، زیر پا نمی گذارد. سلامت روان، قدرت تصمیم گیری در بحرانها و مقابله با مشکلات زندگی و فشارها است. زیرا چنین شخصی می داند که در طول زندگی با فراز و نشیبهای بسیاری ممکن است مواجه شود، بنابراین برای دست یابی به سعادت که يك امر نسبی است باید تلاش کند. شخص سالم از کار و زندگی خود احساس رضایت می کند و از وقت آزاد خویش استفاده مفید می نماید. شخصی که از نظر درونی نقصی ندارد، با دیگران از در تفاهم وارد می شود و برای احساسات و عواطف مردم، اهمیت قائل شده و آنها را محترم می شمارد. چنین فردی تفاوتهای افراد را می پذیرد و به آنها

خرده نمی گیرد و در میان هر گروهی که قرار می گیرد با حفظ فردیت خویش، قادر است جزئی از آن گروه شود. چنین فردی می تواند دوست بدارد و محبت بپذیرد، به دیگران اعتماد کند و مورد احترام و اعتماد دیگران قرار گیرد. شخص سالم اهداف «واقع گرایانه» برای خود در نظر می گیرد و برای دست یابی به آنها اقدام می کند. او سعی می کند حقایق را قبول کرده و خود را با آنها وفق دهد و با اجتماع سازش می کند. شالوده سلامت روانی در زمان کودکی پی ریزی می شود و هیچ گاه از تکامل باز نمی ایستد. خانواده ای از سلامت روانی برخوردار است که همه افراد آن رابطه خوبی با هم داشته باشند و تنشها و درگیری هایشان با هم کم باشد، در غیر این صورت خانواده از نظر سلامت روان بیمارگونه است. با توجه به پی ریزی اساس سلامت روان در دوران کودکی می بینیم که بتدریج که سن فرد بالا می رود در اثر همین روند تکاملی است که رفتارهای کودکانه نیز کنار گذاشته می شوند و به جای آنها، رفتارهای منطقی و مناسب سن از فرد سر می زند. عواملی وجود دارند که بر هم زننده سلامت روانی انسانها می باشند این عوامل در سه دسته جای می گیرند.

### الف- عوامل زیستی:

تعدادی عوامل زیستی وجود دارند که از طریق ژنها به نسل بعد منتقل می شوند، مثلاً افسردگی مادران قابل انتقال به فرزندانها می باشد. تعدادی عوامل زیستی نیز وجود دارند که بر کارکرد سیستم عصبی مرکزی اثر گذاشته و سلامت روانی فرد را بر هم می

زنند، مثلاً اختلال در ترشح غده تیروئید بر مغز اثر می‌کند و موجب کم‌طاقتی و عصبانیت فرد می‌شود.

### **ب- عوامل عاطفی و روانی:**

انتظارات و ذهنیات منفی ما، عامل اصلی مشکلات روانی ما می‌باشند، عواملی، مانند فشار روانی مستمر، فضاهای عاطفی سرد، جدایی، تبعیض و بی‌محبتی موجب افسردگی، وسواس، بی‌خوابی، بی‌قراری و اضطراب در افراد می‌شود.

### **ج- عوامل اجتماعی:**

خانواده و اجتماع در تأمین سلامت روانی افراد نقش مؤثری دارند. کمبودهایی در زمینه مسکن، تغذیه و برخورداری از رفاهی نسبی، همه و همه بر سلامت روانی انسانها اثر دارند.

### **3- رابطه بین استرس، کنار آمدن و سلامتی**

تعریف استرس دشوار است. نظریه پردازان مختلف این اصطلاح را به شیوه‌های متفاوتی به کار برده‌اند. یکی از شیوه‌های رایج تعریف استرس در نظر گرفتن آن به عنوان محرك است. توماس هولمز (1979) استرس را واقعه محرکی که لازم است فرد با آن سازگار شود، تعریف کرد. بنابراین، استرس به عنوان يك محرك، هر موقعیتی است که درخواستهای غیرمعمول و فوق‌العاده داشته و نیازمند تغییر در الگوی زندگی جاری فرد باشد (هولمز و راهه، 1967). موارد استرس به عنوان يك «محرک» شامل امتحان، بلایای طبیعی، شغل‌های خاطره‌آمیز و جدایی زناشویی است. این وقایع استرس‌زا هستند، چون فرد را ملزم به انجام رفتارهای سازگارانه برای کنار آمدن با درخواستهای محیطی



تحمل شده می کنند و چون سلامتی فرد توسط پیشامدهای محیطی تهدید شده است، چون سازگاری با چنین وقایعی دشوار و بالقوه خطرناک است، مردم دچار استرس می شوند. استرس به شکل دیگر می تواند به صورت يك پاسخ فیزیولوژیکی در نظر گرفته شود (سلیه، 1976)، طبق نظر سلیه فیزیولوژیک الگوی نامتمايز فعالیت فیزیولوژیکی ذاتاً ناگوار است، زیرا تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس و افزایش تنش عضلانی، کارکرد تعادل حیاتی را مختل می سازد. طبق نظر سلیه، هرگاه شخصی برای مدتی نسبی طولانی انگیزتگی فیزیولوژیکی را تجربه کند (مثل بیمار تب دار)، بدن دچار استرس می شود. پژوهشگران دیگر می گویند: واکنش استرس نه تنها تغییرات فیزیولوژیکی، بلکه اختلال واکنشهای رفتاری، حرکتی مثل لرزش است، اختلالهای گفتار، آشفتگی هیجانی (مثل اضطراب) و بدکاری شناختی (مثل اختلال حافظه) را نیز شامل می گردد (لازاروس، 1966).

زیاد مهم نیست که چه موقعیتی موجب واکنش فیزیولوژیکی می شود، بلکه شدت، حدت و ناپایداری واکنش فیزیولوژیکی بعدی با اهمیت است. اخیراً گرایش این است که استرس را نه بعنوان واقعه محرك و نه پاسخ فیزیولوژیکی، بلکه به عنوان يك فرایند تعریف کنند، لازاروس و فراکمن (1984) مخالف مفهوم استرس به عنوان محرك هستند، زیرا مردم در واکنشهایشان به استرس زاهای بالقوه، کاملاً با هم فرق دارند، دو نفر موقعیت بالقوه استرس زای یکسان را به خاطر این که از نظر عوامل فردی مثل ادراک، یادگیری، حافظه و قضاوت با یکدیگر فرق دارند به صورت متفاوت تجربه می کنند. چون مردم به محرکهای یکسان به صورت متفاوت واکنش می دهند، پس باید استرس را

چیزی بیش از يك محرك در نظر گرفت. لازاروس و فراکمن مخالف در نظر گرفتن استرس به عنوان پاسخ فیزیولوژیکی نیز هستند. بسیاری از وقایع زندگی، نظیر ورزش و عاشق شدن، به تشدید فعالیت دستگاه عصبی خودمختار می انجامد، ولی شخص ورزش و عشق را به صورت يك «استرس زا» تجربه نمی کند. دونده و عاشق برانگیخته شده مستعدند که از نظر جسمانی و روانی نشاط کنند حتی اگر شدیداً احساس استرس کنند. چون يك پاسخ فیزیولوژیکی یکسان می تواند در يك زمینه مثبت و در زمینه ای دیگر منفی تعبیر شود، پس استرس را باید چیزی بیش از يك پاسخ فیزیولوژیکی دانست. لازاروس و همکارانش تأکید زیادی بر فرایندهای شناختی دارند که بین شرایط محیطی و واکنش پذیری فیزیولوژیکی میانجی می شوند که این شرایط در نهایت آنها را تولید می کند. از این دید مهم ترین متغیرها، وقایع محرك دشوار و پاسخ های فیزیولوژیکی فزونکار نیستند، بلکه متغیرهای مهم آنهایی هستند که درون فعالیت ذهنی فرد قرار دارند. اهمیت بحث درباره نظریه استرس لازاروس به عنوان يك فرایند، تأکید بر این واقعیت است که بین رویارویی با يك استرس زای بالقوه و واکنشهای نهایی شخص به آن، فعالیت شناختی بسیار زیادی میانجی می شوند. طبق نظر لازاروس، ماهیت استرس تغییر و فرایند است، و بیشتر رویارویی های استرس زا از طریق فرایندی سه مرحله ای صورت می گیرد. اولین مرحله، مرحله پیش بینی است، در ابتدا فرد باید برای وقایع استرس زا آماده شود و فکر کند به چیزی شبیه است و چه پیامدهایی ممکن است به همراه داشته باشد. هنگامی که استرس زا وارد می شود، شخص می کوشد با آن کنار آید، این مرحله انتظار است. مرحله انتظار، شامل زمانی می شود که فرد منتظر است که آیا پاسخ های کنار آمدن وی

شایستگی لازم را دارد یا نه. بالاخره مرحله پیامد است، مرحله پیامد، شامل رو به رو شدن شخص و واکنشهای وی به پیامد موفق یا ناموفق پاسخ کنار آمدنش است (ریو، 1995).

### پیامدهای استرس

وقتی واقعه استرس زا وجود ندارد، حالت هیجانی، تفکر و فیزیولوژی ما در سطح بهنجار و متعادل است. از طرف دیگر استرس حالت هیجانی را آشفته ساخته، به فعالیت شناختی آسیب می رساند و تعادل حیاتی بدن را مختل می کند. پس اختلالاتی بالقوه استرس زا شامل اختلالات هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی هستند (ریو، 1995).

### اختلال هیجانی

اختلال هیجانی به صورت احساس اضطراب، زودرنجی، خشم و افسردگی و گناه است. به نظر می رسد که اضطراب و افسردگی شایع ترین اختلال هیجانی باشند، به طوری که اضطراب به صورت هیجان انتظاری و افسردگی به صورت هیجان بعد از کنار آمدن رخ می دهد. زیکا<sup>50</sup> و چمبرلین<sup>51</sup> (1987) از تعداد زیادی دانشجوی پاره وقت خواستند تا يك مقیاس گرفتاری را برای اعلام فراوانی و شدت گرفتاریهای روزانه شان که ناشی از کار، خانواده، وضعیت مالی و سلامتی است پر کنند. پژوهشگران به دنبال اثرات گرفتاریهای روزانه بر سلامت هیجانی دانشجویان بودند. دانشجویانی که گرفتاریهای روزانه زیاد و شدیدی داشتند مراتب اضطراب، ناکامی و افسردگی بیشتری را گزارش کردند. اثر هیجانی مخرب گرفتاریها بستگی به ویژگیهای شخصیت نداشت و در زنان و

50- Zika

51- Chamberlain

مردان هر دو صدق می کرد. ظاهراً یکی از پیامدهای مخرب استرس زاهای بالقوه، اضطراب، ناکامی، افسردگی و آشفتگی های هیجانی است.

### اختلال شناختی

استرس علاوه بر این که بر تهییج پذیری تأثیر دارد، اختلال شناختی را نیز تولید می کند تحت استرس، الگوی تفکر شخص اغلب آشفته است. برخی اوقات، حافظه فراموش کار می شود و تمرکز آسیب می بیند. در مجموع استرس توان افزودن عناصر نگرانی و خودسنجی منفی را به الگوی تفکر ما که معمولاً سازمان یافته است، دارد. يك توجه برای این که استرس چگونه کارکرد شناختی را آشفته می سازد این است که تمرکز توجه فرد را محدود می کند.

زمانی که استرس افزایش می یابد توجه ما به درخواستهای تکلیف کاهش می یابد، در حالی که، توجه ما به خودمان و به جنبه های نامربوط تکلیف در محیطمان افزایش می یابد، مثلاً افکار شکست، نگرانی و تردید، ذهن شخص را اشغال می کنند و با افکار مربوط به عملکرد تکلیف در تعارض قرار می گیرند، مثلاً بامیستر<sup>52</sup> (1984) متوجه شد که ورزشکاران اغلب تحت فشار (تحت استرس) خفه می شوند، زیرا بیش از اندازه خودآگاه شده و از عملکردشان منحرف شده اند. دومین توجه برای این که چگونه استرس به کارکرد شناختی آسیب می رساند این است که کیفیت تصمیم گیری شخص را تحت تأثیر قرار می دهد. تصمیم گیری منطقی، جستجوی فعال اطلاعات مربوط به تصمیم گیری را درگیر می سازد. یعنی جذب و درك بی طرفانه آن دانش و ارزیابی دقیق تمام چاره های دیگر. ولی تحت استرس تصمیم گیرندگان، اطلاعات مربوط را به صورت

ناقص سازماندهی می کنند، زمان کافی برای بررسی چاره های دیگر مصرف نمی کنند و قبل از بررسی تمام چاره های دیگر تصمیم گیری می کنند (کینان، 1987).

### اختلال فیزیولوژیکی

استرس باعث فزون کاری دستگاه عصبی سمپاتیک می شود، زمانی که فعالیت سمپاتیک ادامه می یابد، هورمونها و احشای فزون کاری اختلال فیزیولوژیکی را تولید می کنند (سلیه، 1956). سلیه برای آزمون نظریه اش، حیوانات آزمایشی را تحت محیطهای استرس زای مزمن گوناگون قرار داد. (مثل درجه حرارت سرد و گرم، تزریق مواد محرك، فعالیتهای سخت عضلانی) وی دریافت که در اثر برانگیختگی طولانی سمپاتیک، شکل واقعی اندام های احشایی تحت تأثیر قرار گرفت. وی خصوصاً متوجه شد که استرس مزمن موجب بزرگ شدن غدد آدرنال و کوچک شدن غدد لنف گردید.

سلیه برای توجیه این که چگونه استرس طولانی موجب تغییر ساختارهای اندام های درونی می شود يك الگوی سه مرحله ای از واکنش های فیزیولوژیکی ارائه می دهد.

اول بدن وارد مرحله هشدار می شود. مرحله هشدار برانگیختگی سمپاتیک است به طوری که قلب، ششها و دیگر اندامها فعالیتشان را افزایش می دهند معمولاً بعد از رفع محرك استرس را برانگیختگی پاراسمپاتیک به طور طبیعی ایجاد می شود و بدن از واکنش هشدار خود آزاد می گردد. اما اگر محرك استرس را ادامه یابد، بدن وارد مرحله دوم فعالیت سمپاتیک می شود یعنی مرحله مقاومت. در طول مدت این مرحله، بدن برون داد دستگاه عصبی سمپاتیک خود را برای هم خوانی با درخواستهای محرك استرس را هماهنگ می کند. مقاومت بدنی نشان می دهد که فرد نه تنها رنج می برد (واکنش

هشدار)، بلکه می‌کوشد تا توازن تعادل حیاتی خود را نیز حفظ کند. اگر محرك استرس زا تا آن جا پیش رود که دستگاه عصبی سمپاتیک نتواند درخواستهای استرس زا را برآورده کند، بدن وارد آخرین مرحله، یعنی فرسودگی می‌شود. در مرحله فرسودگی، بدن بالاخره قدرت مقاومتش را از دست می‌دهد به طوری که اندام های بدن در معرض آسیب قرار می‌گیرند (به خاطر بار اضافی). اگر محرك استرس زا ادامه یابد، ممکن است از حال رفتن یا مرگ اتفاق افتد.

### کنار آمدن

وقایع استرس زا مردم را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تأثیر قرار می‌دهند، ولی مردم روشهایی را برای برخورد با استرس زها و اثرات آنها دارند. مردم اثرات زیان بخش استرس زها را با راهبردهای کنار آمدن کاهش می‌دهند. کنار آمدن یعنی هر نوع تلاش سالم یا ناسالم، هشیار یا ناهشیار برای جلوگیری، از بین بردن یا ضعیف کردن استرس زها، یا تحمل کردن اثرات آنها به طوری که حداقل آسیب رسانی را داشته باشد. معمولاً 2 شیوة کنار آمدن با استرس وجود دارد: به صورت مستقیم و به صورت دفاعی. روشهای مستقیم کنار آمدن مستلزم توجه شخص به واقعه استرس زا و به کارگیری امکانات رفتاری و شناختی برای تغییر دادن واقعه است، به طوری که موقعیت از استرس زا بودن به موقعیت بدون استرس تغییر کند. روشهای کنار آمدن دفاعی مستلزم اجتناب از واقعه استرس زا، زمانی که رخ داده است یا جلوگیری کردن از پاسخ هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی به آن، و از این رو کاهش دادن اثرات آن است.

## روشهای کنار آمدن مستقیم

اولین گام در کنار آمدن موفقیت آمیز، ارزیابی دقیق مشکل است (یعنی فهمیدن این که چرا شخص اصلاً دچار استرس شده است). معمولاً این ارزیابی، مستلزم شناسایی منبع استرس و مسئله گشایی برنامه ریزی شده است. به دو دلیل کنار آمدن مؤثر است: اول اگر مؤثر واقع شده باشد، نتایج آن بهتر شدن رابطه بین شخص و موقعیت است؛ یعنی این که مسئله گشایی برنامه ریزی شده در تغییر مثبت موقعیت، شخص یا هر دو اثر داشته است. دوم مسئله گشایی برنامه ریزی شده باعث می شود که شخص احساس بهتری داشته باشد، حالات هیجانی بهتری را به وجود می آورد، هیجان منفی کمتر و هیجان مثبت بیشتری را تولید می کند، ظاهراً به این خاطر که توجه فرد را از اثرات و پیامدهای زیان بخش استرس را دور می سازد و آن را متوجه امکانات امیدوار کننده تر و روشنتر می کند.

## کنار آمدن مواجهه ای

شکل کمتر نتیجه بخش مسئله گشایی برنامه ریزی شده، کنار آمدن مواجهه ای است. کنار آمدن مواجهه ای، مستلزم نزدیک شدن مستقیم به منبع استرس و تلاش برای تغییر دادن فوری آن است. مثلاً در یک رابطه کاری ممکن است مدیری به کارمندش بگوید که کار او جالب نیست و باید سخت تر کار کند و یا استعفا دهد. این نوع کنار آمدن، اغلب به جای این که تغییر سازنده ای را موجب شود به پیامدهای نامطلوب می انجامد و حالت های هیجانی منفی به بار می آورد. فولکمن و لازاروس (1986) متوجه شدند که ابراز خشم، خصومت و پرخاشگری که اغلب با کنار آمدن مواجهه ای همراه است باعث می شود تا شخص احساس کند بدتر شده است و نه بهتر. ولی سپس توجه به اثرات خاص آن

است. در کنار آمدن مستقیم لازم است فرد بکوشد تا 1) منبع استرس را شناسایی کند و 2) يك راهبرد مبارزه ای برای کاهش دادن استرس را ابداع کند و به آن تحقق بخشد. مواجهه ذهنی و بدنی با منبع استرس، مهم ترین نکته روشهای کنار آمدن مستقیم است، تلاش ذهنی، مثل مسئله گشایی یا تلاش بدنی مانند صحبت کردن، موقعیتهای را تغییر می دهد، و از این رو راهبردهای کنار آمدن مستقیم را به وجود می آورد. ایجاد برنامه های جدید به هنگام روبرو شدن با شکست یا طرد، تنظیم کردن وقت، کمک گرفتن از يك دوست یا تغییر دادن بدن مثل ورزش و آموزش نظامی، موارد دیگری از کنار آمدن مستقیم هستند.

### مسئله گشایی برنامه ریزی شده

مسئله گشایی برنامه ریزی شده یعنی محاسبه این که برای کاستن و یا از بین بردن محرك استرس را چه اعمالی را باید دنبال کرد و بعد برای این که آن برنامه به ثمر برسد تلاش لازم به کار برده شود. برای يك وکیل یا دانشجوی پرستاری که باید يك امتحان شایستگی را برای استخدام دولتی بگذرانند، مسئله گشایی برنامه ریزی شده ممکن است این باشد که اولویتهای را مشخص کنند، وقت خود را تنظیم کنند، کتابهایی را مطالعه کنند و مقالاتی را بنویسند و موادی که برای گذراندن این امتحان لازم هستند، مرور کنند. مسئله کنار آمدن مواجهه ای می تواند در برخی شرایط مؤثر باشد. آلدوین<sup>53</sup> و رونسون<sup>54</sup> (1987) دریافتند که معامله (یعنی توافق یا سازش برای بدست آوردن چیزی مثبت از موقعیت)، می تواند کنار آمدن مؤثری باشد. برای این که معامله مؤثر واقع شود باید موقعیت دشوار

---

53- Aldwin

54- Revenson



را بدون تحريك آشفته‌گی هیجانی بهبود بخشید. در مجموع این روش زمانی که حالت‌های هیجانی آزارنده را همانند اشکال دیگر کنار آمدن مواجه ای به حداقل برساند، روش کنار آمدن مؤثری است.

### حمایت اجتماعی

جستن حمایت اجتماعی دیگران روش کنار آمدن مستقیم است. حمایت اجتماعی اصطلاحی است که بر شبکه دوستان فرد و کمک رسان‌های بالقوه دلالت دارد؛ یعنی گروه محرم رازی که شخص می تواند به هنگام نیاز، بحران آشفته‌گی هیجانی به آنها رو آورد. نمونه هایی از عناصر شبکه اجتماعی شامل همسر، خویشاوندان، والدین، بهترین دوستان، همسایگان خوب، همکاران شغلی و دوستان گروه مذهبی است. حمایت اجتماعی فرایندی است که دیگران توسط آن امکانات عاطفی و عملی خود را برای به دوش کشیدن نیازهای فرد هنگام رنج بردن از يك بحران، به میان می آورند و او را یاری می دهند. مردم به دلایل گوناگون جویای حمایت دیگران اند. چنان که شبکه های اجتماعی، دولتی، کمک به گرفتاریهای روزانه، کمک مالی و دسترسی به منابع مورد نیاز را برای آنها تدارك می بیند. در سطح هیجانی تر، حمایت اجتماعی فرصتهایی را برای مهرورزی، پشت گرمی و تشویق، اطمینان آفرینی، دوستی و مجالست و حس هویت و مقاوم شخصی را فراهم می آورد. در نتیجه حمایت اجتماعی به صورت بالقوه از يك طرف، اطلاعات، مشاوره و کمک واقعی و از طرف دیگر، تشویق و دلگرمی و اطمینان از این که همه چیز بالاخره درست خواهد شد را ارائه می کند. حمایت اجتماعی به دو طریق اثرات زیان بخش استرس زها را کاهش می دهند: 1) حمایت اجتماعی با واکنش کردن فرد علیه تجربه

کردن استرس زها قبل از این که رخ دهند، استرس را کاهش می دهد. پیوستن به يك شبکه محرم راز، احتمال این که فرد وقایع زندگی منفی (مثل مشکلات اقتصادی، قانونی و حقوقی) را تجربه نکند، افزایش می دهد. اگر کسی يك حمایت اجتماعی غنی از نظر مشاوره، منابع و امکانات و کمک مالی داشته باشد، استرس زهای بالقوه علتی برای نگرانی نخواهند بود؛ 2) شبکه های حمایت اجتماعی به عنوان سیری در مقابل استرس عمل می کند (پاور، 1988). دانش و اطمینان از این که شخص می تواند هنگام استرس به شبکه حمایت اجتماعی پناه برد، این امکان را به او می دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدید کننده ارزیابی نماید. اگر کسی دوستی داشته باشد که می داند چگونه می تواند اتومبیل را تعمیر کرد، پس خرابی اتومبیل کمتر مسئله ساز است.

### روشهای کنار آمدن دفاعی

تلاشهای کنار آمدن مستقیم برای تغییر دادن منبع استرس احساس شده، مبارزه می کنند. از طرف دیگر، تلاشهای کنار آمدن دفاعی برای متوقف ساختن اثرات ناخوشایند استرس مبارزه می کنند. هنگامی که مردم به صورت ذهنی یا جسمی می کوشند تا از موقعیت استرس زا یا نشانه های ناشی از این موقعیت ها بگریزند روشهای کنار آمدن دفاعی را به کار می گیرند.

### مکانیزمهای دفاعی

یکی از شیوه های کنار آمدن دفاعی، استفاده از مکانیزم های دفاعی است، با استفاده از انکار، واپس روی، فرافکنی یا واکنش وارونه، مردم می کوشند واقعیت استرس زا را تعریف نموده و آن را به صورت واقعه بی ضرری که تهدید کننده نیست ارزیابی کنند،

مثلاً از طریق انکار، رئیس يك شرکت از اقرار به این که شرکت در حال ورشکستگی است، خودداری می کند. با انکار وجود تهدید (یا این که به سلامتی شخص نامربوط است) هیچ پاسخ استرس لازم نیست. مکانیزم های دفاعی انکار و واپس روی نسبتاً ناپخته بوده و به ناسازگاری می انجامد. البته مکانیزم های دفاعی دیگر نسبتاً معقول بوده و به کنار آمدن موفق می انجامد و حتی موجب بهبود سلامت جسمانی و روانی می گردد. یکی از مکانیزم های دفاعی معقول که درباره آن زیاد مطالعه شده است، شوخ طبعی است. نزو، نزو و بلیست (1988) رابطه بین فراوانی وقایع زندگی منفی که مردم تجربه می کنند، شوخ طبعی و تجربه های افسردگی آنها را در يك دوره دو ماهه بررسی کردند. مهم ترین یافته پژوهشی آنها در شکل 1-1 نشان داده شده است.

مردم صرفنظر از گرایش به استفاده از شوخی به عنوان يك راهبرد کنار آمدن، زمانی که استرسهای زندگی، نادر بودند، دچار افسردگی کمی می شوند. ولی در مورد استرس زندگی متوسط و زیاد، هر چه شوخ طبعی، شخص بیشتر بود احساس افسردگی کمتری دارد (افسردگی توسط BDI، پرسشنامه خودسنجی افسردگی اندازه گیری شد). در واقع شکل 1-1 نشان می دهد که اشخاصی که زیاد شوخ طبع بودند، هنگامی که با سطح بالایی از استرس زندگی روبرو می شدند، در مقایسه با سطح پایین زندگی، افسردگی بیشتری را گزارش نمی کردند. این واقعیت که شوخ طبعی، فرد را در مقابل اثرات افسرده کننده استرس محافظت می کند این سؤال را مطرح می سازد که چرا شوخی این اثر را دارد. امکان دارد شوخی به یکی از این دو دلیل کارساز باشد: از يك طرف ممکن است شوخی روشی برای تخلیه کردن تنش ناشی از استرس باشد، ممکن است مردم برای پنهان کردن

افسردگی شان واقعاً بخندند. از طرف دیگر امکان دارد شوخی همان کاری را بکند که مکانیزم های دفاعی دیگر می کنند. یعنی انکار و تحریف واقعیت. چون شوخی به خاطر رهایی از ناهماهنگی رخ می دهد و نه به خاطر تنش ایجاد شده، این عقیده که شوخی تنش را با خنده می پوشاند، پذیرفتنی نیست برعکس شوخی به این دلیل کارساز است که به شخص این امکان را می دهد تا واقعیت را به گونه ای از نظر اجتماعی پذیرفتنی و نسبتاً معقول تحریف کند.

### کاهش دهندگان شیمیایی استرس

دومین راهبرد کنار آمدن دفاعی استفاده از داروهای کاهش دهنده تنش است. داروهای آرام بخش نظیر الکل، باربیتورات ها، آرام بخش ها و بنزودیازپین ها همگی اثر پاراسمپاتیک مانند، بر دستگاه عصبی داشته و موجب آرامش و خواب می شوند. داروهای آرام بخش به این خاطر مؤثرند که اختلالات فیزیولوژیکی استرس را بی اثر می کنند. اگر يك شغل، امتحان یا رابطه موجب اختلالات فیزیولوژیکی شود (فعالیت طولانی سمپاتیک)، داروهای آرام بخش می توانند به صورت مصنوعی يك بهبودی فیزیولوژیکی خنثی کننده را راه اندازی نمایند. از طرف دیگر این داروها بی نتیجه اند زیرا به تلاش شخص برای کنار آمدن با اختلالات شناختی و هیجانی استرس کمک نمی کنند. به عبارت دیگر داروهای آرام بخش موجب آرامش بدنی می شوند ولی برای تغییر دادن منبع یا علت اختلالات فیزیولوژیکی کاری انجام نمی دهند. از این رو داروهای آرام بخش را روش کنار آمدن دفاعی می دانند زیرا هدف آنها نشانه های استرس است و نه علت آن.

## پسخوراند زیستی

روشهای کنترل استرس نظیر مراقبه، پسخوراند زیستی و آرمیدگی تدریجی با کاهش دادن تنش جسمانی مثل داروهای آرام بخش عمل می کنند. امتیاز این روشهای کنترل استرس این است که اشکال داروهای آرام بخش را ندارند یعنی موجب اعتیاد جسمانی و وابستگی روانی نمی شوند. به جای پاسخ دهی به يك استرس زا به صورت آشفته گی فیزیولوژیکی، روشهای کنترل استرس به فرد آموزش می دهند تا آرام باشد، عمیقاً نفس بکشد و تنش عضلانی را آرام کند. روش کنترل استرس که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته است پسخوراند زیستی است پژوهشهای زیادی گواه بر این واقعیت اند که انسانها می توانند با پسخوراند مناسب و به موقع، بر دامنه وسیعی از پاسخ های فیزیولوژیکی خودکار، کنترل ارادی داشته باشند (مثل فشار خون، حرارت پوست)، (میلر، 1987).

معمولاً فرد را به آزمایشگاه می برند و از او می خواهند بکوشد عملاً توانایی افزایش و کاهش يك پاسخ فیزیولوژیکی را کسب کند، مثلاً ممکن است به مدیران آموزش دهند تا عملاً تنش عضلانی را کاهش دهند که در غیر این صورت، به سر درد میگرنی منجر می شود. علی رغم موفقیت این شیوه در آزمایشگاه چندین پژوهشگر از پسخوراند زیستی انتقاد کرده اند (هول دوید و لازاروس، 1982). انتقاد اساسی این است که استرس زاهای محیط طبیعی، کنترل شخصی پاسخ های فیزیولوژیکی را به آسانی مختل می کنند. مردم قادر نیستند به راحتی پاسخ های فیزیولوژیکی خود را هنگامی که به طور همزمان در يك موقعیت استرس زا درگیر هستند، کنترل کنند. به عبارت دیگر، در حالی که فرد به پیامدهای از دست دادن کار یا گذراندن يك امتحان فکر می کند، حفظ کنترل شخصی بر

فشار خون دشوار است یعنی باید توجه داشت که در پسخوراند زیستی اگر کسی واکنش پذیری فیزیولوژیکی اش را کنترل کند کمتر قادر به کنترل خود استرس زا است، انتقاد دیگر، انتقادی کلی از تمامی روشهای کنار آمدن دفاعی است. این روشها به جای درمان علت استرس نشانه های آن را درمان می کنند.

## ورزش

آخرین روش کنترل استرس ورزش بدنی است، مک کن و هولمز (1984)، گروهی از آزمودنیهای زن دانشگاه را در برنامه اروپیک شرکت دارند در حالی که گروهی دیگر را در این برنامه شرکت ندارند متوجه شدند که شرکت در این برنامه به طور چشمگیری استرس و افسردگی را کاهش داد. در نگاه اول این یافته به نظر متناقض می رسد زیرا اروپیک مطمئناً روشی برای برانگیختگی سمپاتیک است و نه پاراسمپاتیک. بنابراین سؤال این است که چرا یک فعالیت افزایش دهنده انگیختگی به گزارش ذهنی کاهش تنش می انجامد؟ طبق نظر مک کن و هولمز تفاوت بین انگیختگی ناشی از اروپیک و انگیختگی ناشی از استرس در این است که انگیختگی اروپیک ارادی است، در حالی انگیختگی استرس غیرارادی است. ظاهراً وقتی شخص برانگیختگی اش کنترل ارادی دارد فرصت غلبه کردن و کنترل پاسخ دهی فیزیولوژیکی اش را داراست. به علاوه انگیختگی اروپیک همیشه دوره ای از آرامش کامل را به همراه دارد که ادراک کنترل فرد بر واکنش پذیری فیزیولوژیکی اش را بیشتر تقویت می کند.

**یافته های پژوهشی در زمینه مزاح (شوخی طبعی)**

می توان با استفاده از تمام تئوریهای ذکر شده بریا به دست آوردن سرخ هایی برای شناسایی توانایی شوخ طبعی استفاده کرد. تورنس کوشیده است چنین سرخ هایی در نویسندگی و نقاشی کودکان بیابد. در برخی وضعیت های اجتماعی، صورت هایی از شاخص های ذیل ممکن است مفید واقع شود. شاخص به اقداماتی از اقدامات زیر مبادرت می ورزد:

- 1- ایفای نقش های کمدی، خنده آور و تفریحی
  - 2- ترسیم نمودن آن چه کمدی، خنده آور و تفریحی است از طریق نقاشی
  - 3- خلق کاریکاتورهای آن چه شوخی آمیز و ابتکاری است.
  - 4- در نمایشنامه های دراماتیک ایفای نقش کمدی، خنده آور تفریحی
  - 5- در بازیها افراد را به خنده انداختن
  - 6- ساختن لطیفه ها یا داستانهای مضحك
  - 7- در بحث به خنده انداختن (نه مسخره کردن) مردم
  - 8- شرح تجارب شخصی با شوخ طبعی و با دیگران شوخی کردن
- مسئله اساسی در استفاده از مشاهداتی از قبیل آنچه در بالا شرح داده شد یافتن ضوابط مناسب و قابل اعتماد درباره این مطلب است که چه چیز مطلبی را خنده آور، با مزه، کمدی و تفریحی می کند، به غیر از آن باعث خنده می شود بهترین ضوابطی که مؤلف یافته است آن چیزهایی است که در تئوری های شوخ طبعی که در قسمت قبل مرور گردید مستمر است که عبارتند از:

- وفق دادن زیرکانه یا برتر در هنگام پیروزی یا موفقیت
  - الحاق عوامل نامتجانس به یکدیگر
  - عامل غافل گیری، شکستن يك مسیر کاری یا کاردار عادی
  - تجربه نمودن دو عاطفه یا احساسات ناسازگار
  - تجربه رهایی از تنش یا فارغ شدن از فشار
  - الحاق عوامل نامتجانسی که ناگهان به هم ارتباط داده می شوند و مهم تلقی کردن چیزی که مهم نیست و غیر مهم تلقی کردن یا جلوه دادن آن چه که مهم است.
- از تمام ضوابط، ضابطه ای که در آن الحاق عوامل نامتجانس ناگهان به هم ارتباط داده می شوند، یکی از معتبرترین و قابل اعتمادترین شاخص ها است. این ضابطه را هم چنین می توان برحسب تضادهای ادراکی که ناگهان روشن می شود تعریف نمود. در استفاده از نظریه توانایی شوخ طبعی در ارزیابی پاسخ های اشکال تصویری به عناوین، سرلوحه ها و تصاویر آزمون های تفکر خلاق تورنس در صورتی که کیفیت به تصویر در آوردن مطالب کمدی، خنده آور یا تفریحی باشد امتیاز داده می شود. علاوه بر واکنش های فیزیولوژیک خنده، ضوابط ذیل در امتیاز دادن به شوخ طبعی مورد استفاده قرار گرفته است: نزد هم آوردن عدم متجانس هایی (ادراکی یا تصویری) که به طور طبیعی از يك وضعیت ناشی می شود برای آن که يك مسخرگی در رفتار انسان به تصویر درآید، بزرگ کردن (آگرانده سیمان)، تجنیس (آوردن دو کلمه که در تلفظ یکی ولی در معنی تفاوت داشته باشند) بازی با لغات، مسخره کردن، طعنه، متضادها و متضادهای مستتر و کاریکاتور به وقوع



يك يا دو مورد با يك علامت مثبت (+) و به وقوع سه مورد يا بيشتر با دو علامت مثبت (++) امتياز داده می شود. روندهای پرورشی با داده های ذیل که درصد افراد در هر سطح آموزشی را که حداقل يك پاسخ حاکی از شوخ طبعی ارائه نموده اند، نشان داده شده است.

سطح آموزشی	تعداد	درصد
مهد کودک	676	7
کلاس اول	502	22
کلاس دوم	356	13
کلاس سوم	1983	37
کلاس چهارم	1058	35
کلاس پنجم	659	46
کلاس ششم	1256	48
دوره اول دبیرستان	945	44
دوره دوم دبیرستان	429	64
دانشگاه	272	68

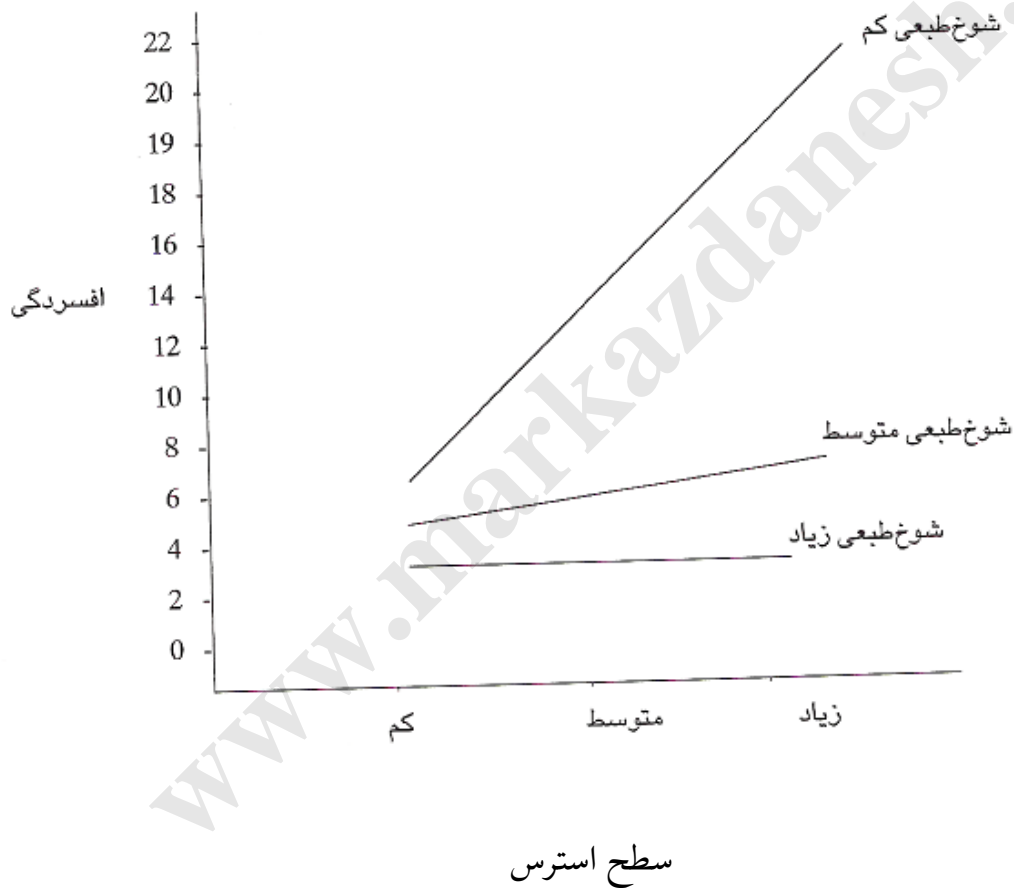
پرورش شوخ طبعی در سالهای اول هم نامنظم و هم کند است. قسمت عمده شوخ طبعی در مهد کودک و کلاسهای اول و دوم تقریباً تصادفی به نظر می رسد. با وجود این در کلاس سوم بیش از  $\frac{1}{3}$  افراد پاسخ هایی می دهند که حاکی از شوخ طبعی ارزیابی می

شود و این رشد با افت کلاس چهارم مواجه می شود دوران رشد دیگر در کلاس پنجم و رشد نهایی در سالهای دوره دوم دبیرستان به وقوع می پیوندد و به سالهای دانشگاه گسترش می یابد.

### ترغیب پرورش توانایی شوخ طبعی

با آن که به نظر می رسد شوخ طبعی در غالب روش های ساخت دار خلاق مسائل به طور طبیعی اتفاق می افتد، تدوین کنندگان برنامه های آموزشی از یافتن روشهای مستقیم فراهم ساختن و تمرین در شوخ طبعی اظهار یأس می کنند. این بدان معنی نیست که توانایی شوخ طبعی نباید مانند سایر توانایی ها تمرین شود تا مفید باشد. مؤلف مدتها است اعتقاد داشته است که شوخ طبعی را می توان در کلاس مورد استفاده قرار داده تا از آن درك عمیق تری به دست آورد. برای تشویق شوخ طبعی فقط معلم لازم است خندیدن را مجاز اعلام کند. با آن که به نظر می آید توانایی شوخ طبعی تا حدود کلاس پنجم به شکوفایی کامل نمی رسد ولی داده ها نشان می دهد که در واقع در سنین پائین شروع به پرورش می کند نوع دیگر از ترغیب و تشویق آن است که از شوخ طبعی طبیعی که در نوشتارها، نقاشیها، بحث ها، بزرگ کردنها و وضعیتهای روزانه زندگی کودکان وجود دارد لذت برده آن را مورد شناسایی و تأثیر قرار داده و بکار می بریم. والدین، سرپرستان و مدیران و سایر مسئولین می توانند روش مشابهی را در ترغیب و تشویق شوخ طبعی در خانواده ها و مؤسسات صنعتی و بازرگانی، سازمان های دولتی و غیره مورد استفاده قرار دهند. علاوه بر آثار جالب آن در حل خلاق مسائل و بیان خلاق به نظر می رسد که شوخ

طبیعی آثار درمانی داشته و به ایجاد جوی سالم در گروهها کمک می کند. اثر درمانی آن بدین علت است که به شخص کمک می کند دیدگاهی حاکی از شوخ طبعی درباره مسأله به دست آورد. شخص می تواند با استفاده از شوخ طبعی به اعمال، طرز فکرها و رفتار خود از دیدگاهی بی طرفانه و همراه با شوخ طبعی نگریست و در نتیجه این شیوه نگرش را برای اعمال تغییرات لازم بر زندگی خود به کار برد. (تورنس، 1993).



نمودار 1-1: رابطه بین افسردگی (BDI)، سطح استرس و حس شوخ طبعی را نشان می دهد.

فصل سوم

# روش تحقیق

جامعه آماری تحقیق

نمونه و روش نمونه گیری

ابزار اندازه گیری

روش اجزاء تحقیق

روش تحلیل داده ها

## جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل دانشجویان روان شناسی ورودی 80 دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز در سال تحصیلی 84-83 می باشد که 100 نفر از آنها بعنوان نمونه تحقیق انتخاب گردیدند (نمونه گیری در دسترس) و سپس با اتخاذ برنامه ریزی لازم و اجرای شیوة مناسب، کلیة پرسشنامه های ارسالی جمع آوری گردید. ضمناً سه هفته بعد همان آزمودنیها با روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفتند.

### ابزار اندازه گیری

#### 1- پرسشنامه تجدید نظر شده علائم روانی SCL25-R

در این تحقیق، برای سنجش سلامت روانی آزمودنیها، از فهرست تجدید نظر شده علائم روانی SCL25-R استفاده گردید. پرسشنامه مذکور شامل 25 سؤال می باشد و به وسیله نجاریان در سال 1379 معرفی شد و توسط محقق این تحقیق در سال 1383 بر روی 100 نفر از دانشجویان هنجاریابی شد که نتایج بدست آمده کاملاً رضایت بخش بود. این پرسشنامه در مورد بیماران روانپریش، افراد دچار ضایعات مغزی و عقب مانده های ذهنی معتبر نمی باشد. سؤالهای پرسشنامه مذکور، حالات فرد را از يك هفته قبل تا زمان تکمیل پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می دهد.

#### نمره گذاری پرسشنامه SCL25-R

پاسخ های ارائه شده به هر يك از سؤالهای پرسشنامه مذکور، با زدن علامت ضربدر توسط آزمودنیها در يك مقیاس 5 درجه ای از هیچ (نمره صفر) تا خیلی شدید (نمره 4) ثبت

می گردد. در ضمن هر چه نمره های فرد پایین تر باشد نشانه سلامت روان است و هر چه نمرات بالاتر باشد نشانه عدم سلامت روان می باشد.

### **پایایی پرسشنامه تجدید نظر شده علائم روانی R-SCL25**

پایایی پرسشنامه مذکور توسط محققین این تحقیق با استفاده از روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب پایایی به دست آمده برابر 0/68 است که از نظر روان سنجی در حد قابل قبولی است.

در ضمن ضریب همبستگی بین نمره های مقیاس شوخ طبعی (مزاح) با سلامت روان 0/20- گزارش گردیده است که در سطح 0/05 معنی دار است. توضیح اینکه نمره سلامت روان عدم سلامت روان را می سنجد.

### **2- مقیاس شوخ طبعی (مزاح) مارتین و لفکورت**

در این تحقیق، برای سنجش شوخ طبعی آزمودنیها، از مقیاس شوخ طبعی مارتین و لفکورت 1983 استفاده گردید. پرسشنامه مذکور شامل 7 سؤال می باشد و به وسیله مارتین و لفکورت در سال 1983 معرفی شد و توسط محقق این تحقیق در سال 1383 بر روی 100 نفر از دانشجویان روان شناسی ورودی 80 دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز تهران اعتباریابی شد که نتایج بدست آمده کاملاً رضایت بخش بود.

### **- نمره گذاری مقیاس سنجش شوخ طبعی**

پاسخ های ارائه شده به هر يك از سؤالهای پرسشنامه مذکور، با زدن علامت ضربدر توسط آزمودنیها در يك مقياس 4 درجه ای از كاملاً مخالف (نمرة يك) تا كاملاً موافق (نمرة چهار) ثبت گردید. در ضمن نمره گذاری سؤال 1 و 4 پرسشنامه در جهت مخالف سؤالات ديگر است. پایائی پرسشنامه مذکور توسط محققين اين تحقيق با استفاده از روش بازآزمائی مورد بررسی قرار گرفت. ضريب پایائی به دست آمده برابر 0/645 است که از نظر روانسنجی در حد قابل قبولی است. در ضمن ضريب همبستگی بين نمره های مقياس شوخ طبعی (مزاح) با سلامت روان 0/20 - گزارش شده است که در سطح 0/05 معنی دار می باشد.

توضیح اینکه نمره های سلامت روان، عدم سلامت روان را می سنجد یعنی هر چه نمره های آزمون سلامت روان بالاتر باشد فرد دارای سلامت روان کمتری است.

### طرح تحقيق و منطق انتخاب آن

تحقيق حاضر، يك تحقيق کاربردی از نوع توصیفی و با روش همبستگی می باشد و در پی مشخص کردن توصیف و پیش بینی رابطه بين متغیرهای پیش بینی کننده سلامت روان با شوخ طبعی دانشجویان روان شناسی ورودی 80 دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز می باشد و از طرفی هیچ کدام از متغیرهای مذکور، مورد دستکاری قرار نمی گیرند، و از هر فرد اطلاعاتی در مورد هر دو متغیر مذکور بدست می آید، بنابراین طرح مذکور، مناسب ترین طرح برای بررسی موارد فوق می باشد.

## روش اجرای تحقیق

روش اجرای تحقیق به این صورت بود که در روز و ساعت خاصی که اکثر دانشجویان روان شناسی در دانشگاه حضور داشتند پرسشنامه ها توزیع گردید و مقرر شد که پرسشنامه های تکمیل شده ظرف مدت 30 دقیقه و بدون ذکر نام و نام خانوادگی، عودت داده شود. در ضمن از آنها تعهد شفاهی گرفته شد که سه هفته بعد مجدداً همکاری لازم را نمایند.

## روش تحلیل داده ها

در این تحقیق، پس از جمع آوری پرسشنامه ها و اطمینان از کامل بودن آنها، اقدام به کدگذاری مشخصات فردی و اطلاعات بدست آمده گردید و سپس کدهای مذکور بر طبق الگوی معینی وارد کامپیوتر شد و با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و تحلیل های آماری به شرح زیر صورت گرفت:

1- روش های آمار توصیفی مانند محاسبه میانگین، انحراف معیار، درصد، فراوانی، حداقل و حداکثر نمره ها.

2- محاسبه ضرایب پایائی پرسشنامه ها

3- محاسبه ضرایب همبستگی ساده پیرسون بین نمره های متغیرهای مورد نظر ضمناً سطح معنی داری  $\alpha = 0/05$ ، به منظور آزمون فرضیه ها، در نظر گرفته شد.



## فصل چهارم

### یافته های تحقیق

یافته های توصیفی

یافته های مربوط به زمینه تحقیق

در این فصل: یافته های تحقیق حاضر، تحت دو عنوان به شرح زیر ارائه می گردند:

الف- یافته های توصیفی

ب- یافته های مربوط به فرضیه های تحقیق

الف- یافته های توصیفی

در این بخش، اطلاعاتی را در مورد میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره، حداکثر نمره

کسب شده در مورد متغیرهای مورد بررسی، به شرح زیر ارائه می گردد.

جدول 1-4: میانگین انحراف معیار، حداقل نمره مزاح (شوخی طبعی) و سلامت روان در

دانشجویان رشته روان شناسی ورودی 1380 دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرکز (N=100).

متغیرها	شاخص های آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
مزاح (در مرحله اول)	17/33	2/68	11/00	23/00	100	
مزاح (در مرحله بازآزمایی)	17/46	2/59	12/00	24/00	100	
سلامت روانی (در مرحله اول)	51/19	14/36	25/00	92/00	100	

100	88/00	28/00	13/95	50/20	سلامت روانی (در مرحله بازآزمایی)
100	28/00	18/00	1/73	21/99	سن

جدول 1-4 نشان می دهد که میانگین نمره های مزاح در مرحله اول آزمون و همچنین حداقل و حداکثر نمره نسبت به مزاح دوم (بازآزمایی) کمتر است و فقط انحراف معیار مزاح اول (آزمون) نسبت به مزاح دوم (بازآزمایی) بیشتر است، همچنین در نمره های سلامت روانی اول (آزمون) میانگین و انحراف معیار و حداقل نمره نسبت به نمره های سلامت روانی دوم (بازآزمایی) بیشتر است. در حالی که در سلامت روانی دوم (بازآزمایی) فقط حداقل نمره نسبت به سلامت روانی اول بیشتر است.

جدول 2-4

سن	سلامت روانی مرحله بازآزمایی	سلامت روانی مرحله اول	مزاح مرحله بازآزمایی	مزاح مرحله اول	همبستگی ها
0/0181	-0/1232	-0/1947	0/6450	1/0000	مزاح (مرحله اول)
0/0147 -	-0/1710	-0/1264	1/0000	0/6450	مزاح (مرحله بازآزمایی)
0/0764	0/6879	1/0000	-0/1264	0/1947 -	سلامت روانی (مرحله اول)
0/0151	1/0000	0/6879	-0/1710	0/1232 -	سلامت روانی (مرحله بازآزمایی)

جدول 2-4 نشان می دهد که پایایی سلامت روان به روش بازآزمایی 0/6879 است. و همچنین پایایی مزاح (شوخی طبعی) به روش بازآزمایی 0/6450 است، به علاوه، همبستگی بین سلامت روان و شوخی طبعی (مزاح)  $r=0/20$  در سطح 0/05 معنی دار است. «توضیح اینکه تست سلامت روان عدم سلامت روان را می سنجد».

### ب- یافته های مربوط به فرضیه تحقیق

در این بخش، یافته های مربوط به آزمون فرضیه های تحقیق به منظور پی بردن به روابط ساده و چند متغیری (دو متغیری) متغیرهای پیش بین و ملاک به ترتیب مورد بررسی قرار می گیرند. داده های جدول 2-4 مربوط به آزمون فرضیه اول تحقیق است که این فرضیه به شرح زیر است.

فرضیه 1- بین عدم سلامت روان و شوخی طبعی (مزاح) دانشجویان رشته روان شناسی ورودی 1380 دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز تهران رابطه منفی معنادار وجود دارد.

نتایج ارائه شده در جدول 2-4 نشان می دهند که بین عدم سلامت روان و مزاح (شوخی طبعی) روابط منفی معنی داری در سطح 0/05 وجود دارد. بنابراین این فرضیه تحقیق تأیید می شود. پرسشنامه سلامت روان عدم سلامت روان را می سنجد.

فصل پنجم

# بحث و نتیجه گیری

### تبیین یافته های تحقیق

در این بخش، به ترتیب اقدام به ذکر فرضیه های تحقیق، یافته ها، شواهد مربوط به فرضیه ها و تبیین نتایج بدست آمده در مورد هر فرضیه به شرح زیر می نماییم.

**فرضیه اول تحقیق:** بین عدم سلامت روان دانشجویان روان شناسی ورودی 1380

دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز و شوخ طبعی (مزاح) آنها رابطه

منفی معناداری وجود دارد. ضرایب همبستگی ساده مربوط به این فرضیه، در جدول 2-4

فصل چهارم ارائه گردیده است و نشان می دهند که بین عدم سلامت روان و مزاح روابط

منفی معنی داری در سطح 0/05 وجود دارد و حاکی از آن است که هر چه عدم سلامت

روان بیشتر باشد مزاح یا شوخ طبعی کمتر است و هر چه سلامت روان بیشتر باشد مزاح

(شوخی طبعی) در سطح بیشتری است بنابراین فرضیه تأیید می شود. می توان بیان داشت

که از شوخ طبعی به عنوان سپری برای مقابله با فشارهای روانی استفاده کرد.

با توجه به توسعه زندگی ماشینی و بالا رفتن فشار روانی بر روی افراد لازم است

راهکارهایی ارائه شود که سلامت روانی افراد را در حد مطلوب نگه دارد و بر مشکلات

و موانع سازگاری افراد در برابر محیط غلبه نماید. از اینرو شوخ طبعی به عنوان یکی از آن راهکارها، برای افزایش سلامت روانی و غلبه بر مشکلات و موانعی که فی النفسه فاقد هر گونه اعتبار و ارزشی می باشند، ارائه می گردد.

با توجه به توسعه زندگی ماشینی و بالا رفتن فشار روانی بر روی افراد لازم است راهکارهایی ارائه شود که سلامت روانی افراد را در حد مطلوب نگه دارد و بر مشکلات و موانع سازگاری افراد در برابر محیط غلبه نماید. از اینرو شوخ طبعی بعنوان یکی از آن راهکارها، برای افزایش سلامت روانی و

### محدودیت‌های تحقیق

تحقیق حاضر با محدودیت‌های به شرح زیر مواجه گردیده است.

- وجود سودگیری احتمالی در یافته های تحقیق
- عدم تعمیم یافته های پژوهش زیرا نمونه انتخاب شده معرف و نماینده واقعی جامعه نمی باشد.
- عدم همکاری بعضی از دانشجویان به دلایل مختلف از جمله وقت نداشتن و یا اینکه عدم اعتقاد به این گونه پژوهشها.
- تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه ممکن است باعث خستگی آزمودنیها و تأخیر در تحویل به موقع پرسشنامه گردیده باشد.

- سوگیری بعضی از دانشجویان در پاسخ دهی به سؤالهای پرسشنامه - بدلیل ترس از افشای نظریات و حالت‌های روانی آنان، علی‌رغم همه تدابیری که برای جلب اعتماد آنها به کار گرفته شده بود.

### پیشنهادهات

در این قسمت پیشنهادهایی با توجه به نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر (پیشنهاد کاربردی) و همچنین با عنایت به مطالعات و بررسی‌های محققین در طول مدت انجام تحقیق (پیشنهادهای نظری) به شرح زیر ارائه می‌گردد:

با توجه به اینکه در این تحقیق مشخص گردید که بین متغیرهای سلامت روان و مزاح (شوخی طبعی) دانشجویان روان‌شناسی ورودی 1380 دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز همبستگی ساده و معنی‌داری وجود دارد، بنابراین می‌توان به مسئولین و سایر دست‌اندرکاران توصیه نمود که با انجام پژوهشهای جامع و کامل نسبت به شناسایی دقیق عوامل مذکور اقدام نمایند و سپس با دستکاری و کنترل آنها تغییرات مطلوبی در سطح سلامت روان و مزاح (شوخی طبعی) به عمل آورند.

پیشنهاد می‌گردد که در پژوهشهای آینده برای اندازه‌گیری مزاح و سلامت روانی از پرسشنامه‌های دیگر و جدیدتری که سؤالات آنها بهتر است استفاده شود.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آینده علاوه بر سنجش میزان سلامت روان آزمودنیها، به بررسی سنجش متغیرهای دیگر پرداخته شود زیرا ممکن است عوامل دیگری مانند



خلاقیت، حالت‌های هیجانی، روابط اجتماعی و مسئولیت‌پذیری و ... با شوخ طبعی رابطه داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود در صورت امکان استفاده از روش‌های احتمالی نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس به خاطر محدودیت‌های آن اجتناب ورزید.

### منابع فارسی:

تورنس، نی پال. استعدادها و مهارت‌های خلاقیت و راه‌های آزمون و پرورش آنها، ترجمه: حسن قاسم زاده (1372). نشر دنیای نو.

ریو، جان مارشال (1995). انگیزش و هیجان. ترجمه: یحیی سید محمدی (1373)، چاپ اول. تهران: نشر ویرایش.

ساعتچی، محمود (1369). روانشناسی در کار، سازمان و مدیریت. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.

شفیع آبادی، عبدالله (1375). راهنمایی و مشاوره شغلی و حرفه ای. چاپ هشتم، تهران، انتشارات رشد.

کریمی، یوسف (1374). روانشناسی شخصیت. چاپ اول. تهران: نشر ویرایش

میلانی فر، بهروز (1373). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.

نجاریان، بهمن (1373). مزاح از دیدگاه روانشناسی، مجله علوم انسانی دانشگاه الزهراء شماره 11 و 12.

## REFERENCES

- Allport, G.W. (1950). The Individual and His Religion. New York: Macmillan.
- Arieti, S. (1975). Creativity: The Magic synthesis. New York: Basic Books, INC. Publishers.
- Arthhur. D., Christine, A. & Sonia, S. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between events and psychological

distress: A perspective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 320-325.

Baron, R.A., Byrne, D. And Griffitt, W. (1974). *Social psychology (Understanding Human Relation)*. Boston: Allyn and Bacon. Inc.

Couvsins, N. (1979). *Anatomy of on Illnes*. New York: Norton.

Dixon, N.F. (1980). Humer: A cognitive alternative to stress? In I.G.Sarason and C.D. Spielberger (eds), *Stress and Anxiety (Vol.7)*. Hemisphe: Washington, D.C.

Fleming, R., Baum, A. & Singer, J.E. (1984). Towards an integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 46, 939-949.

Folkman, S. (1984). Personal control, stress and coping processes: A theoretical analysis.

*Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.

Freud, S. (1961). *Wit and its Relation to the Unconscious*. New York: Moffat.

Getzels, J.W. & Jackson, P.W. (1962). *Creativity and intelligence: Explorations with Gifted students*. New York: John Willey.

Goldstein, J.H. (1982). A laugh day: can mirth keep disease at bay? *The Sciences*. Vol. 22, 221-25.

Hilgard, E.R., Atkinson, R.C. & Atkinson, R.L. (1975).

*Introduction to psychology* (6 th end). New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

Jemmott, J.B. & lock, S.E. (1984). Psychological factors, immunological mediation and human susceptibility to infectious disease: How much do we know? *Psychological Bulletin*, Vol. 95, 75-108.

Johnson, H.A. (1990). Humor as an innovative method for teaching sensitive topics. *Educational Gerontology*, 916(6), 547-559.

Kortkov, D. (1991). An exploratory factor analysis of the sense of humor pesonality construct: A pilot project. *Personality and Individual Differences*, 12(5), 395-397.

Labott, S., Ahleman, S., Wolever, M.E., & Martin, R.B. (1990).

The Psychological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behavioral Medicine*. 1694. 182-189.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal, and coping.

New York: Springer.

Lefcourt, R.S. & Martin, R.A. (1986). Humor and Life Stress:

Antidote to Adversity. New York: Springer/verlag.

Levine, J. (1977). Humors form of therapy. Introduction to

symposium, In A.G. Chapman & H.C. Foot (Eds.) It's a Funny

Thing. Oxford: Humor Pergamon Press.

Martin, R.A. & lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a

moderator of the relation between stressors and moods. Journal of

Personality and Social Psychology, 45(6). 1313-1324.

Martin, R.A. & Dobbin, J.P. (1988). Sense of humor, hassels, and

immunoglobulin An evidence for a stress-moderation effect of humor.

International Journal of Psychiatry in Medicine. Vol. 18, 93-105.

Maslow, A.H. (1972). A holistic approach to creativity. In C.W.

Taylor, Climate for Creativity. New York: Pergamon Press.

Mindess, H. & Corbin, S. (1985). The humor movement. Paper

presented at the fifth International Conference of Humor, Ireland.

Nezu, A.M, Nezu, C.M. & Blissett, S.E. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A persepective analysis. Journal of Personality and Social Psycholgy, Vol. 54, 520-525.

Plutchik, R. (1981). Emotion: A Psycoevolutionary synthesis. New York: Harper and Rom.

Raskin, V. (1982). Psychological theories of humor. Psychology Today, October, 39.

Saper, B. (1990). The therapeutic use of humor for psychiatric disturbances of adolescents and adults. Psychiatric Quarterly, 61(4), 261-172.

### بسمه تعالی

دانشجوی محترم

با سلام

پرسشنامه ای را که در پیش روی دارید حاوی 7 جمله توصیفی، چهار گزینه ای می باشد. لطفاً هر يك از جملات را با دقت مطالعه نموده و سپس، یکی از گزینه های ارائه شده را با علامت (x) انتخاب نمایید. بدیهی است اظهار نظر واقعی و دقیق شما مدنظر می باشد. از اینکه وقت عزیز و گرانبهای خود را صرف مطالعه و تکمیل این پرسشنامه می فرمایید، بسیار سپاسگزاریم.

## موافق

- 1- وقتی مشکل دارم شوخ طبعی خود را از دست می دهم.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً
- 2- اغلب اوقات متوجه می شوم که اگر سعی کنم با دیدی تمسخرآمیز به مشکلاتم بنگرم، آنها به میزان زیادی کاهش می یابد.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً
- 3- وقتی در يك موقعیت تنش زا قرار می گیرم، معمولاً به دنبال موضوعات و مطالب خنده آور برای گفتن هستم.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً
- 4- بایستی اقرار کنم که اگر شوخ طبعی بیشتری می داشتم شاید زندگیم راحت تر می شد.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً
- 5- احساس می کنم اگر در موقعیتی باشم که مجبورم بخندم یا گریه کنم، ترجیح می دهم که بخندم.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً
- 6- حتی در موقعیتهای سخت هم، معمولاً می توانم موضوعاتی برای خنده یا مزاح پیدا کنم.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً
- 7- براساس تجارب شخصی ام، خنده راه بسیار مؤثری برای مقابله با مشکلات است.  
کاملاً مخالف      مخالف      موافق      کاملاً

## ASCL - 25

فهرست ذیل شامل مسائل و مشکلاتی است که گاهی اوقات مردم با آنها روبرو می شوند. لطفاً هر يك از آنها را به دقت بخوانید و سپس مشخص نمایید که این مسئله یا مشکل خاص طی هفته گذشته چه اندازه باعث ناراحتی شما شده است.

سن:      جنس:      وضعیت تأهل:      رشته تحصیلی:



1- آیا احساس کرده اید که بدون اینکه راجع به افکار خصوصیتان به کسی چیزی گفته باشید، دیگران از آنها با خبر شده اند؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

2- آیا احساس تنگی نفس کرده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

3- آیا ناگهان و بدون دلیل دچار ترس شده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

4- آیا احساس کرده اید که نسبت به آینده امید خود را از دست داده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

5- آیا ایرادگیر و بهانه جو شده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

6- آیا احساس کرده اید که قسمتهایی از بدنتان به خواب می رود یا دچار گِزگز (مورمور) می شود؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

7- آیا احساس ترس کرده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

8- آیا احساس لرزش در اندام بدن خود داشته اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

9- آیا این احساس را کرده اید که مردم نسبت به شما مهربان نیستند یا شما را دوست ندارند؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

10- آیا مجبور بوده اید که به دلیل ترس بعضی کارها را انجام ندهید یا به بعضی جاها نروید یا به بعضی چیزها دست نزنید؟

- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 11- آیا در برخی کارها بی توجه و بی دقت شده اید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 12- آیا حالت تهوع یا دل بهم خوردگی داشته اید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 13- آیا این فکر به ذهنتان خطور کرده است که به زندگی خود خاتمه دهید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 14- آیا از مسافرت با اتوبوس یا قطار احساس ترس کرده اید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 15- آیا این احساس را داشته اید که می ترسید تنها از خانه بیرون بروید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 16- آیا در گلو احساس گرفتگی کرده اید مثل اینکه چیزی در گلویتان گیر کرده باشد؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 17- آیا دچار حالت گر گرفتگی یا سرما شده اید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 18- آیا بی اشتها شده اید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 19- آیا صداهایی بگوشتان می رسد که دیگران نمی توانند آنها را بشنوند؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 20- آیا وقتی مردم به شما نگاه می کنند یا درباره شما حرف می زنند احساس ناراحتی می کنید؟
- بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ
- 21- آیا در تمرکز حواس دچار مشکلاتی شده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

22- آیا اتفاق افتاده است که احساس کنید مغزتان کار نمی کند؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

23- آیا افکاری به ذهنتان وارد شده است که احساس کنید مال خودتان نیست، بلکه

دیگران آنها را در ذهنتان گذاشته اند؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

24- آیا این احساس را داشته اید که دیگران شما را زیر نظر دارند یا درباره شما حرف

می زنند؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ

25- آیا در بعضی از قسمتهای بدن خود احساس ضعف و سستی کرده اید؟

بشدت زیاد تاحدی کمی هیچ