

# رابطه ی الگوهای ارتباطی خانواده و بهزیستی روانشناختی نوجوانان

محمد وحیدی فراشاه، سعادت احمدی، زهرا شیرینی

کارشناس ارشد روانشناسی. ahmadi.psy23@gmail.com

## مقدمه

تقریباً 60 سال قبل سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً "بیمار نبودن" تعریف کرد. (سازمان بهداشت جهانی، 2004) سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمیگیرد (لارسن<sup>1</sup>، 1991) اغلب روانپزشکان، روانشناسان و محققان بهداشت روانی جنبه های مثبت سلامت را نادیده میگیرند (ریف و سینگر، 1996: سلیگمن، 2003) تلاش هایی که در جهت گذر از الگوهای سنتی سلامتی صورت گرفته، گرچه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبودن بیماری) فراهم ساخته، ولی کافی نیست (به نقل از بیانی و همکاران، 1386) البته الگوهای جدید سلامت نیز به طور عمده برویژگیهای منفی تاکید دارند و در آنها ابزارهای اندازه گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحرک، درد، خستگی، و اختلالات خواب) مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سروکار دارد (ریف، 1998) در دهه گذشته ریف و همکارانش الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. به منظور تعریف ملاک های سلامت روانی مثبت، کارهای مزلو را در مورد خودشکوفایی، عقیده راجرز را در باره کارکرد شخص کامل، کار یونگ را در مورد تفرد، مطالعات آلپورت را در مورد بالندگی و دیدگاههای رشدی فراخانای زندگی، خصوصاً "مراحل رشد روانی-اجتماعی اریکسون، کارهای بهلر را در مورد تمایلات اساسی زندگی، توصیف نیوگارتن از تغییرات شخصیت در بزرگسالی و پیری و همچنین کارهای جاهودا در مورد ملاک های سلامت مورد توجه قرار داد براساس الگوی ریف بهزیستی روانشناختی از 6 عامل تشکیل میشود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی) خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی) زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در محیط). (ریف، 1989) و ریف و کیز (1995). الگوی ریف به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است (چانگ و چن، 2005)

با مطالعه ارتباطات خانواده، چفی و همکارانش (چفی و مک لئود، 1971 تیمز، 1976، آستین، 1970، مک لئود، 1971، به نقل از کوئر و فیتز پاتریک، 2002) با ابتکار خود نظریه ای را مطرح کردند که بیان می کرد الگوهای ارتباطات خانواده شیوه هایی را منعکس می کنند که بوسیله آنها خانواده واقعیت اجتماعی را تغییر و تفسیر کرده اعضایش را در آن تعبیر و تفسیر سهیم می سازد. اولین بعد اساسی ارتباطات خانواده جهت گیری گفت و شنود و مکالمه است، منظور این است که خانواده تا چه حد شرایطی را بوجود می آورند که در آن تمام اعضای خانواده تشویق به شرکت آزادانه و راحت در تعامل بحث و تبادل نظر درباره طیف وسیعی از موضوعات شوند. اعضای خانواده هایی که دارای جهت گیری گفت و شنود زیاد هستند آزادانه به طور مکرر و خود انگیزه با یکدیگر تعامل می کنند. خانواده های که در این بعد پایین هستند، اعضا تعامل کمتری با یکدیگر دارند و تنها در موضوعات کمی بصورت باز با همه اعضای خانواده بحث می کنند و همه اعضا در تصمیم گیری های خانواده نقش ایفا نمی کنند (کوئرتر رو ایسا، 2000). بعد مهم دیگر ارتباطات خانواده جهت گیری همنوایی است، جهت گیری همنوایی به این معناست که ارتباطات خانواده تا چه شرایط همسان بودن نگرشها، ارزشها و عقاید را مورد تاکید قرار میدهد. خانواده هایی با جهت گیری

<sup>1</sup>-Larsen