



خانواده و بهداشت روان دانشجو



صدیقه صفایی

کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

امروزه سازمان آموزش عالی به حق از پیچیده ترین و بزرگترین ابداعات بشری به شمار می آید و هدف از آموزش عالی گسترش افکار انسان ها و ایجاد ژرف نگری و خلاقیت، خودآگاهی، آزاداندیشی و تعالی در جامعه است. در واقع برای رسیدن به توسعه همه جانبه و ایجاد یک جامعه سالم که امروزه هدف اصلی جوامع بشری می باشد (طراویان، ۱۳۸۳). برای رسیدن به این مهم، وجود بهداشت روان در دانشجویان از ارزش ویژه ای برخوردار است؛ زیرا سلامت روانی عرصه را برای شکفتن و رشد استعداد های گوناگون و گرایش های اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی باز می سازد و نیروی سازندگی و ابداع را در آنها تقویت و شکوفا می کند. از سوی دیگر یکی از ضروریات اساسی زندگی دانشجویی که توجه به آن در رشد و جامعه اثر مستقیمی داشته است و پرداختن به آن شرط اساسی در بهره وری بهینه از نیروهای کارآمد و تحصیل کرده می باشد، بهداشت و سلامت روانی دانشجویان است.

بهداشت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان پیرامونش با حداکثر امکان به گونه ای که مایه شادی و برداشت سودمند و موثر به طور کامل شود (توکلی، ۱۳۸۴). بهداشت روان، روانپزشکی پیشگیرانه^۱، بهداشت روانی اجتماعی^۲ یا روانپزشکی اجتماعی^۳ به کلیه روش ها و تدابیری اطلاق می شود که برای پیشگیری از دچار شدن و درمان بیماری های روانی و توانبخشی بیماران روانی به کار می رود. بهداشت روانی عبارت است از مجموعه اقداماتی که در پیشگیری از پدید آمدن و یا یشرفت روند وخامت اختلال های شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش موثر دارند (شاملو، ۱۳۸۱). بهداشت روانی راحالت سازگاری نسبتاً خوب، احساس بهزیستی و شکوفایی توان و آمادگی های شخصی تعریف کرده اند. این اصطلاح به گونه کلی برای کسی به کار می رود که در سطح بالایی از سازگاری رفتاری و عاطفی عمل می کند، نه کسی که صرفاً بیمار نیست (ساپینگتون^۴، ۱۹۸۹).

تنش های دوره دانشجویی تا حدی از محیط دانشگاه و از فشارها و محدودیت های ذاتی دوره دانشجویی به عنوان مرحله ای انتقالی ولی بسیار مهم در زندگی افراد سرچشمه می گیرد. الزام به رعایت مقررات ویژه، خودکاری و استقلال نسبی در گزینش نحوه تخصیص منابع شخصی (زمان، انرژی و علاقه) و تلاش برای دستیابی به هدف های آموزشی

^۱ - preventive psychology
^۲ - community mental health
^۳ - community psychiatry = public health psychiatry
^۴ - Sapington



نسبتاً بالا در محیط رقابتی همراه با محدودیت های ناشی از زندگی دانشجویی (غالباً دوری از خانواده، خوگرفتن با محیط فیزیکی و اجتماعی نوین، سازگاری با نظام ارزش ها و انتظارات دانشگاه و...) از جمله منابع تنش و استرس نظام آموزش عالی هستند (مهریار، ۱۳۸۵). افزون بر این سال های تحصیل در دانشگاه به دلایل دیگری از جمله میل به تفریحات متعدد اجتماعی در برابر تمایل به درس خواندن، ترس از ابراز شخصیت در برابر میل به خودنمایی، میل به ازدواج در برابر موانع، ارتباط با جنس مخالف، تنفر از رفتار دیگران در برابر ناتوانی در بروز احساسات خود و مشکلات اقتصادی که مانع رسیدن به هدف های هنری - علمی است، دوره خاصی از زندگی تلقی می شود (ادهم و همکاران، ۱۳۸۷). در نتیجه دانشجویان مستعد از دست دادن سلامت روانی بوده و نیازمند در یافت آموزش و مشاوره در این زمینه هستند.

بسیاری از پژوهش های اخیر در جهان آشکار کرده اند که بخش چشمگیری از دانشجویان اقدام به خودکشی می کنند یا فکر خودکشی را در سر می پروراند (کولینز و پیکل^۱، ۲۰۰۰). خودکشی اقدام به آن تنها نشان دهنده بخش کوچکی از مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان است. به علاوه حداقل برای گروهی از مردم و متخصصان، گویی حضور در دانشگاه و خودکشی دو مساله جمع نشدنی است. زیرا هریک مولفه متضاد را تداعی می کنند. شاید به نظر می رسد که ورود به دانشگاه زمانی است برای تعهد، امید و افزودن فرصت های زندگی، و خودکشی واپسین چاره است برای رهایی از ناامیدی و جبر (جوفه^۲، ۲۰۰۷). در بیشتر پژوهش ها در زمینه خودکشی دانشجویان، متغیرهایی مانند شرایط نامساعد اجتماعی، آسیب های روانی، استرس های نوجوانی، آسیب های کودکی یا جو بد خانوادگی دیده می شود. با توجه به برخی پژوهش ها (تانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۹) می توان ادعا نمود که عوامل خانوادگی یکی از عوامل خطر مهم یا از عوامل محافظت کننده تاثیر گذار در زمینه خودکشی جوانان به شمار می رود. خانواده واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان است (غلامرضایی و پیناگی، ۱۳۹۰). و به عنوان یک نهاد اجتماعی ارزشمندترین وظیفه را در قبال اعضای خود دارد که یکی از مهم ترین وظایف آن تربیت اعضای خود و توجه به سازگاری و رفتار آنان است.

بسیاری از پژوهشگران توجه خود را به مفهوم کلیدی انسجام و انعطاف پذیری که توسط اولسون و همکاران (۲۰۰۷) معرفی شده است معطوف ساخته اند. رویکرد های سیستمی، خانواده را دارای ساختار می داند (به نقل از نیکولز، ۱۳۸۷). ساختار خانواده مجموعه نا مشهودی از خواسته ها یا ضوابط کارکردی است که خانواده برای تحقق بخشیدن به کارکرد های خود آن را وضع کرده است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸). خرده سیستم ها به منزله اجزای

^۱ - Collins & Paykel

^۲ - Joffe

^۳ - Tong

ساختار خانواده هستند که توسط مرزهای میان فردی متمایز می شوند و دامنه ای از خشک تا مبهم یا آغشته دارند (نیکولز، ۱۳۸۷). مرزه ای کاملاً خشک به حفظ جدایی افراد کمک می کند و همزمان بر احساس تعلق به کل نظام خانواده صحنه می گذارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸). مرزه ای خشک بسیار محدود کننده هستند و تماس کلی را با نظام های فردی دیگر مشکل می سازد و مایه فاصله گرفتن افراد و سامانه های فرعی خانواده از هم می شود. این افراد و خرده سامانه ها، مستقل اما منزوی هستند. این فاصله و انزوا همیاری و روابط عاطفی یا به قول اولسون انسجام را محدود می کند.

برعکس، سامانه های درهم تنیده، احساس تشدید شده ای از حمایت و انسجام پدید می آورد، اما به بهای از دست دادن استقلال و خود مختاری. اگر چه نظام خانواده باید برای حفظ انسجام، به اندازه کافی پایداری کند، اما برای کنار آمدن با موقعیت های در حال تغییر باید به اندازه کافی انعطاف پذیری داشته است (نیکولز، ۱۳۸۷). در واقع مینوچین (۱۳۸۳) برچسب آسیب را برای خانواده هایی در نظر می گیرد که وقتی با یک موقعیت تنش زا روبه رو می شوند، انعطاف پذیری الگوهای تبادلی و مرز بندی های خود را افزایش می دهند و بدین ترتیب، جلوی بررسی دیگر شق ها را می گیرند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۸).

بنا به گزارش کر^۱ و همکاران (۲۰۰۶) اغلب نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده اند یا افکار جدی خودکشی دارند، نسبت به گروه نرمال یا نوجوانان افسرده ایی که به خودکشی اقدام نکرده اند، خانواده خود را کنارگیرتر، بی عاطفه تر و نامطمئن تر می دانند. برخی از پژوهش ها پا را فراتر گذاشته اند و نوعی رابطه علی را میان برخی از عوامل خانوادگی و خودکشی مدعی شده اند (فرگسن^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). افزون بر این در مروری که بیوترایز^۳ (۲۰۰۳) بر پژوهش های مربوط به خودکشی انجام داد، دریافت که عوامل خانوادگی که در کودک آسیب رسان هستند، همچون جدایی والدین، اختلافات خانوادگی، سوء استفاده جسمی و جنسی در خانواده و وجود والدینی با اختلال روانی در بیشتر پژوهش ها دیده می شود.

مطالعه در زمینه سلامت خانواده، ابعاد آن و عوامل پیش بینی کننده و ارتقا دهنده آن به دلیل ارزش بسیار همیشه توجه روانشناسان، فلاسفه، پزشکان را به خود جلب نموده است (تایلور^۴، ۱۹۹۵). یکی از مهم ترین عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با بهداشت روان که در دهه های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، مذهب و سلامت معنوی بوده است.

^۱ - Kerr
^۲ - Fergusson
^۳ - Beutrais
^۴ - Taylor



این باور که مذهبی بودن یا معنویت نتایج سودمندی در رابطه با سلامتی دارد، توسط بررسی‌های تجربی بسیاری مورد حمایت قرار گرفته است (نجات و همکاران، ۲۰۰۶). در حقیقت، مذهبی بودن به عنوان تعدیل‌کننده استرس بر سازگاری فرد تعیین شده است. برخی بررسی‌ها دریافته‌اند که مذهب در دانشجویان رابطه مثبتی با عزت‌نفس بالا و مقابله مسأله‌مدار داشته و دارای رابطه‌ای منفی با افسردگی، مقابله اجتنابی، مصرف مواد و یا درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر بوده است (مالتبی^۱، لوئیس و دی، ۱۹۹۹).

در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است که از آموزش‌ها و برنامه‌های مذهبی می‌توان به بهترین شکل به عنوان وسیله‌ای برای پیشگیری در بروز اختلال‌های روانی بهره برد. سبک زندگی مذهبی به خوبی می‌تواند آرامش فردی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری همراه داشته باشد. کوئینگ^۲ و همکاران (۱۹۹۲) در نتیجه پژوهش‌های خود بیان می‌کنند که دین اثر سودمند و مطلوبی در از میان بردن فساد و کاهش مرگ و میر دارد و افرادی که در امور مذهبی شرکت می‌کنند از دید روحی و جسمی سالم‌تر از افرادی هستند که باورهای مذهبی ندارند (علی‌جانی، ۱۳۸۴). در پژوهش دیگری که برگین و استینج فیلد^۳ (۱۹۸۸) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دانشجویان مذهبی اغلب در دامنه بهنجار مقیاس اضطراب^۴ و افسردگی^۵، مفهوم خود^۶، باورهای غیرمنطقی^۷ و دیگر اندازه‌های عینی ارزشیابی شخصیت و بهداشت روانی قرار می‌گیرند. این یافته‌ها و پژوهش‌های دیگری از دهه ۱۹۸۰ به بعد انجام شد، نشان دادند که باورهای مذهبی عملاً در خدمت بهداشت روانی هستند (به نقل از بهرامی احسان، ۱۳۸۰).

در نتیجه یکی از شرایط لازم برای دست‌یابی به بهداشت روان در میان خانواده، برخورداری از یک نظام ارزشی منسجم می‌باشد و پژوهش‌های انجام شده نیز عامل پیدایش بسیاری از ناسازگاری‌های روانی را تضاد و نبود یک سامانه ارزشی در فرد می‌داند (دسوزان^۸، ۲۰۰۶). برای اعضای خانواده بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی و فلسفه‌ای مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان‌هایی که با نیکبختی و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوند نزدیک دارد و شرط لازم برای کسب بهداشت روانی در میان آنها می‌باشد. شناخت فرهنگ سلامتی حاکم بر خانواده، به ویژه با توجه به نقش و جایگاه ارزش‌های دینی در درون جوامع و تبیین ارتباط میان این ارزش‌ها و بهداشت روانی خانواده‌ها می‌تواند راهگشای حل و فصل برخی از ناکارآمدی‌ها در حوزه سلامت روانی برای خانواده‌ها در دوران کنونی باشد. روشن است که در چنین شرایطی ضمن فراهم آمدن سلامت روانی حداکثر برای خانواده و با توجه به توضیحات ارائه شده در خصوص نقش

^۱ - Maltby, Lewis & Day

^۲ - Koeing

^۳ - Bergin & Stinchfield

^۴ - anxiety

^۵ - depression

^۶ - self concept

^۷ - irrational belief

^۸ - Desozan





انکارنشدنی تاثیر ساختار و سلامت خانواده بر دانشجو، می توان بهبود و افزایش بهداشت روان را برای دانشجویان انتظار داشت. همچنین در صورت بروز مشکلات تحصیلی، سازگاری و روانشناختی برهم زنده سلامت روان دانشجو، از حضور و همراهی خانواده به بهترین شکل بهره برد.

منابع:

ادهم، د.، دادخواه، ب.، محمدی، م؛ مظفری، ن؛ امیری، م؛ داداشیان، س؛ و ستاری، ذ (۱۳۸۷). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۸، ۲۳۴-۲۲۹.

بهرامی احسان، ه (۱۳۸۰)، بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت گیری مذهبی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی (دوره جدید)، سال ششم، شماره ۱، ص ۹۰ - ۶۷.



توکلی، ح. (۱۳۸۴). مقایسه سلامت روان دبیران رسمی و حق التدریس مقطع متوسطه شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

سایینگتون، اندرو، ای (۱۹۸۹) سلامت روانی، برگردان حمیدرضا شاهین برواتی (۱۳۸۲)، تهران، انتشارات روان.

شاملو، س (۱۳۸۱)، سلامت روانی، تهران، انتشارات رشد.

طراویان، م. (۱۳۸۳) بررسی رابطه بین جو سازمانی مدارس متوسطه شهر اصفهان و تعهد سازمانی دبیران، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

علیجانی، م (۱۳۸۴)، رابطه بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، فصل نامه مطالعات روان شناختی، بهار و تابستان ۸۵، دوره دوم شماره ۲۰۱، ص ۱۰۶ - ۸۹.

غلام رضایی، م؛ پناغی، ل. (۱۳۹۰). ساختار خانواده در دانشجویان اقدام کننده به خودکشی، فصل نامه سلامت روان، سال پنجم، ۲۳؛ ۹۸-۳۰.

گلدنبرگ، ای؛ گلدنبرگ، ه. (۱۳۸۸). خانواده درمانی، برگردان: حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقش بندی و الهام ارجمند، تهران: روان.

مهریار، (۱۳۸۵). ابعاد تعاملی بهداشت روانی دانشجویان با سیستم های درون و برون دانشگاهی. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری.

مینوچین، س (۱۳۸۳). خانواده و خانواده درمانی، برگردان: باقر ثنائی، تهران: انتشارات امیرکبیر.

نیکولز، مایکل، پی؛ شوارتز، ریچارد، سی. (۱۳۸۷). خانواده درمانی، مفاهیم و روش ها، برگردان: محسن دهقانی، تهران: نشر دانژه.



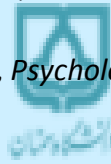


Beautrais, A. L.(۲۰۰۳). Life course factors associated with suicidal behavior in young people. *American Behavioral Scientist*, ۴۶, ۱۱۳۷-۱۱۵۶.



Collins I. P., & Paykel, E. S.(۲۰۰۰) Suicide among Cambridge University students ۱۹۷۰-۱۹۹۶. *Social psychology and Psychiatric Epidemiology*, ۳۵, ۱۲۸-۱۳۲.

Desozan, R.(۲۰۰۶). Migration and mental health, *Psychology and Development Societies*, ۱۸, ۱۰, ۱-۱۴.



Fergusson, D. M., Woodward, L. J., Horwood, J.(۲۰۰۰). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood, *Psychological Medicine*, ۳۰, ۰۲۳-۳۹.



Joffe, p.(۲۰۰۷).An empirically supported program to prevent suicide in a college student population. *Suicide and life –Threatening Behavior*, ۳۸, ۸۷-۱۰۳.

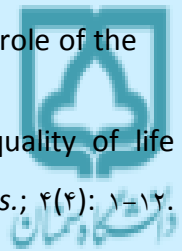
Kerr, D. C. R., Lesli, J and Cheryl, A., k.(۲۰۰۶). Suicide adolescents' social support from family and peer: Gender-specific association with Psychopathology, *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۳۴, ۱۰۳-۱۱۴.

Koeing, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, v., & Dispasaquale, B. (۱۹۹۲).

Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American journal of psychiatry*, ۱۴۹(۱۲), ۱۶۹۳- ۱۷۰۰.

Mltby J, Lewis CA, Day L. Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. *British J of Health Psychol.* ۱۹۹۹; ۴:۳۶۳-۳۷۸.

Nejat S, etal.(۲۰۰۶) Validation and normalization world health organization quality of life questioner. *Scientific J of School of Public Health and Institute of Public Health Res.*; ۴(۴): ۱-۱۲. [Persian]



Taylor, W(۱۹۹۵). Values and religion issues in psychotherapy and mental health. *American Psychotherapy*, ۴۶, ۳۶۴-۳۷۷.

Tong, T. C., Ko, C.H., Yen, J. Y., Lin, H. C., Liu, S. C., Huang, C. F., Yen, C. F.(۲۰۰۹). Suicide and its association with individual, family, peer and social factors in an adolescence population in southern Taiwan . *Suicide and life –Threatening Behavior*, ۳۹, ۹۱-۱۰۲.

