

سلامت روانی و حمایت اجتماعی

حمید پیروی / احمد عابدیان^۲

پرسشها

- سلامت و آسیب پذیری روان چگونه است؟
- حمایت اجتماعی به چه صورت است؟
- حمایت اجتماعی چه نقشی در سلامت روان دانشجویان دارد؟

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین شیوه های مقابله ای و حمایت اجتماعی با سلامت روانی در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران انجام شده است. آزمودنی های پژوهش را ۲۷۷۶ نفر (۱۱۵۶ نفر پسر و ۱۶۲۰ نفر دختر) تشکیل داده اند که به کمک پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی به همراه سیاهه مقابله با شرایط استرس زا، پرسشنامه های حمایت اجتماعی و سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفته اند. طبق نتایج به دست آمده از این پژوهش همبستگی میان سلامت روان و حمایت اجتماعی مثبت می باشد. شواهد پژوهشی دیگر مبنی بر اینکه طرق غیرانطباقی تفکر و رفتار در افرادی با حمایت اجتماعی کم روی می دهد و میزان حمایت اجتماعی موجود شخص هم در آسیب پذیری و هم در مقابله وی نقش دارد. براساس یافته های پژوهش حاضر ۱۰٪ از دانشجویان دسترسی عملی به حمایت اجتماعی ندارند. این یافته با توجه به نتایج ذکر شده در رابطه با اهمیت حمایت اجتماعی در سلامت روان لزوم ارائه خدمات و مداخلات لازم جهت دسترسی دانشجویان به حمایت اجتماعی را آشکار می گرداند. کلید واژه ها: سلامت روانی، شیوه های مقابله ای، حمایت اجتماعی، دانشجو، آسیب پذیری

^۱ قائم مقام مرکز مشاوره دانشگاه تهران، تهران، خیابان ۱۶ آذر
^۲ کارشناس مرکز مشاوره دانشگاه تهران، تهران، خیابان ۱۶ آذر

Abstract

Introduction: The purpose of this study was investigating the relationship between mental health with social support and coping responses among freshman students of Tehran university.

Method: Subjects were all statistical universe, 2776 students (1156 male and 1620 female) completed the following relevant scale: demographic questionnaire, general mental health questionnaire (Goldberg 1972), social support scale (Cassidy & burnside 1996) and coping response scale (Andler Parker 1990) administered to assessment, mental health, social support and coping responses

Result: The results showed that among mental health and social support was positive correlation and too non adaptive thought and behavior styles occurs in people with low support and social support rate affect vulnerability and coping. %10 students have not access real support.

Conclusion: Generally, conclusion show that based on some variable such as indicators of coping response, social support and many demographic features, we can identify vulnerable and at-risk students.

Key Word: Mental Health, Social Support, Student, Vulnerability

مقدمه

دانشگاهها سازمان هایی هستند که هر ساله تعداد قابل توجهی جمعیت جوان را جذب می کنند و طی زمان معینی توانمندی های علمی و عملی این اشخاص را پرورش می دهند و در نهایت نیروهای آموزش دیده و متخصص را در اختیار جامعه و سیعتر می گذارند. دوره تحصیلی دانشگاهی بواسطه حضور عوامل متعدد، دوره ای فشارزاست. مدل رایجی که برای توضیح شروع بیماری روانی معرفی شده است مدل آسیب پذیری - استرس^۱ (کاپلان^۲، سادوک^۳ و گرب^۴ ۱۹۹۴) می باشد. در نتیجه با توجه به تشدید سطوح استرس در دوره تحصیلات دانشگاهی می توان انتظار

^۱ Vulnerability-stress model

^۲ Kaplan

^۳ Sadok

^۴ Grebb

داشت درصدی از دانشجویان که سطوح بالاتر آسیب پذیری را دارا می باشند در معرض خطر ابتلا به بیماریهای روانی خاص قرار گیرند.

آسیب پذیری را می توان به طرق مختلف صورت بندی کرد. شیوع خانوادگی اختلالات روانی که از طریق معیار میزان انطباق قابل برآورد است، یکی از شاخص های وجود زیرساختهای زیست شناختی برای اختلال و عارضه روانی خاصی است. در سطح روان شناختی نیز می توان به متغیرها و عوامل معینی به عنوان شاخص های آسیب پذیری اشاره نمود: از جمله میزان شیوه های مقابله ای، حمایت اجتماعی، نگرش های ناکارآمد، سبک اسنادی خاص، صفات شخصیتی خاص و غیره.

مساله اصلی که در پژوهش حاضر دنبال می شود بررسی رابطه میان سلامت روانی با شیوه های مقابله ای و حمایت اجتماعی در دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ دانشگاه تهران است. پژوهش حاضر در پی آن است تا به این سوال پاسخ دهد که آیا می توان از روی شاخص های شیوه های مقابله با فشار روانی و حمایت اجتماعی و نیز پاره ای از متغیرهای جمعیت شناختی بر مبنای شاخص سلامت روانی میزان آسیب پذیری دانشجویان را مشخص نمود.

شیوه های مقابله ای و سلامت روان

مقابله به روش مواجهه با دشواریها، ارزیابی آنها و کوشش برای غلبه بر آنها گفته می شود. مهارتهای مقابله فزونی هستند که برای هر اقدامی در دسترس فرد قرار دارند. در فایق آمدن بر فشارهای روانی، مهارتهای عمومی کارآیی دارند. داشتن مجموعه ای کارآمد از مهارتهای مقابله، احساس « قابل کنترل بودن» را بیشتر می کند. با افزایش در اختیار داشتن رفتار ممکن است بتوان شرایط محیطی را تغییر داد (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۷).

بروم^۱ و جانسون (۱۹۹۳؛ به نقل از حاجبی و همکاران ۱۳۸۴) تأثیرات مخرب استرس را ناشی از ناتوانی دراز مدت در مقابله با موقعیتها اعلام کردند. یعنی زمانی که ارگانیزم در معرض یک محرک آسیب رسان قرار می گیرد پاسخ زیست شناختی او کافی نیست تا وی را مستحکم و

^۱ Broom

پابرجا نگه دارد لذا وی ناتوان از مقابله می‌گردد. در این تعریف مقابله چیزی بیش از موفقیت در مهار نمودن محیط درونی نیست. معذالک، محیط درونی صرفاً فیزیولوژی بدن نیست، دستگاههای مهار روانی نیز منابعی هستند که به رویارویی با مشکلات عمده زندگی می‌پردازند. تعاملات اجتماعی، رفتار جنسی، انجام وظایفی که در زندگی روزمره شغلی لازم است و جنبه‌های زیربنایی محافظت بدن، همگی فرآیندهای مهار روانی پیچیده‌ای هستند که ممکن است واجد یا فاقد توانایی لازم برای برخورد مؤثر با استرس باشند. میزان این توانایی در انسانها با یکدیگر تفاوت دارد به عبارت دیگر بعضی‌ها بهتر از دیگران توان مقابله دارند. این مسئله بیانگر تفاوت‌های فردی بین انسانها در زمینه پاسخ‌گویی زیست‌شناختی و روانشناختی به یک محرک مشخص است.

در دهه گذشته سازه‌ای به نام مقابله توجه زیادی را در متون روانشناسی به خود جلب کرده است (بیلینگز^۱ و موس، ۱۹۸۱؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰؛ پرلین^۲ و اسکولر^۳، ۱۹۷۸؛ همه به نقل از روهد^۴ و همکاران ۱۹۹۰) و بیشتر به عنوان عامل میانجی بین استرس و اختلال جسمی یا روانی مطرح بوده است.

تعاریف زیادی از مقابله به عمل آمده است. یکی از روشن‌ترین تعاریف مقابله توسط لازاروس و همکارانش فراهم آمده است (۱۹۸۱)؛ به نقل از فیورشتاین و همکاران ۱۹۸۷ و کاپلان و همکاران (۱۹۹۳)؛

فولکمن و لازاروس ۱۹۸۸؛ به نقل از شریدان^۵ و رادماچر^۶ ۱۹۹۲؛ همه به نقل از حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶). آنها مقابله را چنین تعریف می‌کنند: کوشش‌های شناختی و رفتاری برای مهار کردن نیازها و مدارا با خواست‌های درونی و بیرونی و تعارض‌های بین آنها که به عنوان تقاضای سنگین یا فراتر از منابع شخصی ارزیابی می‌شوند. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) به نقل از کلینکه^۷،

¹ Bilings'

² Pearlin

³ Schooler

⁴ Rohde

⁵ Sheridan

⁶ Radmacher

⁷ Klinke

(۲۰۰۱) دو شکل کلی مقابله را مشخص کرده‌اند. مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان. راهبرد متمرکز بر مشکل می‌تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. هدف راهبردهای مقابله‌ای معطوف به بیرون، تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است در صورتی که راهبردهای مقابله‌ای معطوف به درون شامل تلاشهایی است برای بررسی مجدد نگرشها و نیازهای خود و کسب مهارتها و پاسخ‌های تازه، مقابله متمرکز به هیجان شامل تمرین جسمانی، مراقبه و جستجوی حمایت است. نتایج یک زمینه یابی نشان داد که زنان و مردانی که از روشهای مقابله ای فعال- رفتاری و شناختی استفاده می‌کردند، مشکلات را آسان می‌گرفتند و اضطراب کمتری داشتند، همچنین این افراد، از اعتماد به نفس بالایی برخوردار بودند. افرادی که از مسایل و مشکلات اجتناب می‌کردند مستعد اضطراب و افسردگی بودند و از تنش جسمی رنج می‌بردند، همچنین اجتناب کننده ها از منابع مالی، تحصیلی و حمایت خانوادگی کمتری برخوردار بودند (کلینکه ۲۰۰۱).

مقابله با استرس می‌تواند به شیوه‌ای انجام پذیرد که به شخص کمک کند تا استرس را کاهش داده و دستگاه بدن را به حالت تعادلی خود برگشت دهد. از این شیوه مقابله تحت عنوان راهبردهای سازگارانۀ مقابله نام برده شده است. نوع دیگر راهبردهای مقابله، پاسخ‌های ناسازگارانۀ هستند که موجب می‌شوند نیازها و تمایلات و استرس ارگانسیم شدیدتر شده و دستگاه را در وضعیتی بی‌ثبات نگاه می‌دارند. بکارگیری راهبردهای سازگارانۀ مقابله، پیامدهای مثبت طولانی دارند به این ترتیب که استرس بوسیله تلاش‌های خود شخص کاهش می‌یابد و به دنبال آن سطح مهارت‌های وی بالاتر رفته و سلامت او تأمین می‌شود. در عین حال شخص در برابر عوامل استرس‌زا مقاوم می‌گردد.

اندلر^۱ و پارکر^۲ (۱۹۹۰) براساس سبک مقابله، افراد را به سه گروه تقسیم می‌کنند، سبک مقابله‌ای مسئله مدار، سبک مقابله‌ای هیجان مدار و سبک مقابله‌ای اجتنابی. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که براساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنش انجام دهد، محاسبه می‌کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر

1 Andler

2 Parker

درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می‌شود. برعکس، راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که براساس آن فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خود می‌باشد. واکنش‌های مقابله‌ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی می‌باشد و بالاخره استراتژی‌های مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیتها و تغییراتی شناختی است که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا می‌باشد. رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (هرن^۱ و میشل^۲ ۲۰۰۳؛ به نقل از جعفرنژاد و همکاران ۱۳۸۳).

آیا ابعاد شخصیت و سبک‌های مقابله با تنش، با سلامت روانی افراد ارتباط دارد؟ محققین ارزیابی شناختی بر این باورند که الگوهای ارزیابی شناختی افراد نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا براساس ابعاد مختلف شخصیت، پاسخهای هیجانی ویژه‌ای از قبیل خشم، احساس گناه یا غرور ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر فرآیندهای ارزیابی شناختی، پاسخهای ذهنی، روانشناختی و رفتاری را به موقعیت تنش‌زا پیش‌بینی می‌کنند. در مطالعه اسمیت و همکاران، ۱۹۹۲ (به نقل از مرادی و همکاران، ۱۳۸۰) بر روی دانشجویان مشخص شد که دانشجویانی که از روشهای مقابله مؤثر و سازگارانه استفاده می‌کنند، از خودپنداره و احساس ارزشمندی بالاتری برخوردار بودند، در حالی که دانشجویانی که از روشهای مقابله‌ای غیر انطباقی، منفعلانه و اجتنابی استفاده می‌کردند، از خودپنداره پایین تری برخوردار بودند.

در بررسی رابطه مهارتهای مقابله با استرس روی دانشجویان دانشگاه شیراز خیر و همکاران (۱۳۸۰) نشان دادند که برخورداری از مهارتهای مقابله با استرس تاثیر مثبتی بر پیشرفت دانشجویان دارد و از طرفی عدم استفاده موفقیت آمیز از مکانیزمهای مقابله با استرس منتهی به خستگی و فرسودگی عاطفی می‌گردد که یکی از پیامدهای آن افت تحصیلی خواهد بود.

1 Hern

2 Mitchell

در پژوهشی که خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۰) بر روی دانشجویان دانشگاههای تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و دانشگاه علوم پزشکی تهران نتایج نشان می دهد که دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر بیشتر از شیوه مقابله ای حل مسئله و تفریحات جسمانی استفاده می کنند، در حالی که دانشجویان دختر بیشتر از مهارت های مقابله ای حمایت اجتماعی و انجام کار سخت استفاده می کنند.

حمایت اجتماعی و سلامت روانی

راتوس^۱ (۱۹۹۰) معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق تعدیل و تضعیف می کند:

۱- توجه عاطفی: شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات، همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن ۲- یاری رسانی: یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می انجامد. ۳- اطلاعات: ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله ای افراد ۴- ارزیابی: ارائه پسخوراندن از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد منجر به تصحیح عملکرد ۵- جامعه پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه پذیری بوجود می آید در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال می آورد.

پژوهش ها به طور ثابت بر نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی بر استرس تاکید داشته اند (فلیمنگ^۲ و همکاران ۱۹۸۲). میزان مرگ و میر در مردانی که متاهلند به نحو معنی داری پایین تر از کسانی است که مجردند (هاوس^۳ و همکاران ۱۹۸۲).

لو^۴ (۱۹۹۷) معتقد است حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس زا را تعدیل می کند و به تجربه عواطف مثبت می انجامد. حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت

^۱ Rathus

^۲ Fleming

^۳ House

^۴ Lu

دارد. دیلی^۱ و آندرز^۲ (۲۰۰۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب فائق آمدن بر مشکلات زندگی زناشویی می شود. زوجینی که از حمایت اجتماعی برخوردارند رضایت بالاتری از زندگی زناشویی دارند و بر بحرانهای زندگی بهتر فائق می آیند. استروبی^۳ و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کردند که حمایت اجتماعی به مثابه یک تعدیل کننده تجربه سوگ عمل می کند. افرادی که فقدان را تجربه می کنند وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با آن کنار می آیند و بهبودی از تجربه سوگ با سهولت بهتری صورت می گیرد. همچنین حمایت اجتماعی در کاهش علائم افسردگی پس از سوگ تاثیر معناداری می گذارد.

ادبیات پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی را می توان به دو دسته تقسیم کرد: اول مطالعاتی که متمرکز بر سیستم های حمایتی در محیط است. دوم، مطالعاتی که به سازه حمایت اجتماعی تصویری توجه دارند یعنی بنا به تصور شخصی، چه میزان از حمایت شخصی برخوردار است. در مجموع تحقیقات (ساراسون و همکاران ۱۹۸۳، ۱۹۸۵) بر نقش حمایت اجتماعی واقعی و تصویری تاکید داشته اند. پژوهش های انجام گرفته بر روی دانشجویان ایرانی (مصباح و جعفری، ۱۳۸۴؛ بخشی پور رودسری، ۱۳۸۲ و مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۳ و هومن ۱۳۷۷) نیز نشانگر این بوده که دانشجویانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، دارای سلامت عمومی بیشتری بوده و نیز رضایت بیشتری از زندگی داشته اند. بطور کلی براساس پژوهش های فوق دانشجویان بومی از حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به دانشجویان غیربومی برخوردار بوده اند. همچنین دختران از حمایت اجتماعی بهتری نسبت به پسرهای دانشجوی بهره مند بوده اند.

روش

جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه دانشجویان دختر و پسر پذیرفته شده در کنکور سال ۸۴- ۱۳۸۳ دانشگاه تهران است.

^۱ Dehle

^۲ Andrews

^۳ Stroebe

از کلیه دانشجویان ورودی یعنی ۲۷۷۶ نفر درخواست شد تا پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی را به همراه ۱- پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۱۲ سوالی^۱: این پرسشنامه از سوی گلدبرگ^۲ (۱۹۷۲) برای شناسایی اختلال های روانی غیرروان پریشی معرفی شد. از این ابزار می توان برای بررسی سلامت روانی و به عنوان ابزار غربالگری اختلال های روانی استفاده کرد (باقری یزدی، بوالهروی، پیروی ۱۳۷۴). این ابزار از ویژگی های روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (باقری و همکاران ۱۳۷۴؛ منتظری ۲۰۰۳). ۲- مقیاس حمایت اجتماعی (SSS)، این مقیاس میزان بهره مندی فرد را از حمایت اجتماعی و منابع بیرونی پشتیبانی به هنگام رویارویی با مشکل و فشار روانی مورد بررسی قرار می دهد. در واقع میزان دسترسی فرد به شبکه ای از افراد و منابع حمایتی به عنوان یکی از عوامل حفاظت کننده فرد در برابر آسیبهای روانی شناخته شده است و با تحلیل پاسخ های دانشجویان به این سؤالات می توان به شاخص حمایت اجتماعی وی دست یافت. ضریب آلفای کرونباخ^۳ برای این ابزار ۰/۶۲ گزارش شده است (کاسیدی^۴ ۱۹۹۶). این مقیاس و مقیاس قبلی به خوبی می توانند آزمودنی های مبتلا به افسردگی و اضطراب را از سالم متمایز نمایند. ۳- مقابله با فشار روانی و استرس: پژوهشها حاکی از آنند که نحوه رویارویی فرد با فشارهای روانی می تواند در مقابله مؤثر وی با فشار روانی بسیار مؤثر باشد. ابزارهای پژوهشی متعددی هستند که شیوه مقابله فرد را با استرس مشخص می نمایند. یکی از این ابزارهای پژوهشی که از تنوع سؤال برخوردارند، پرسشنامه ایندلر و بارکر می باشد که روایی و پایایی آن قبلاً مشخص شده بود (کلینکه، ۱۳۸۰) و از این پرسشنامه برای بررسی شیوه مقابله با استرس استفاده شد. بسیاری از ابزارهای پژوهشی در این خصوص دو شیوه مقابله تکلیف مدار و هیجان مدار را مشخص می نمایند اما ویژگی خاص این ابزار این است که از آن سه نمره بدست می آید و این نمرات میزان مقابله فرد را در سه شیوه مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی نشان می دهد.

1. GHQ-12

2. Goldberg

3. Cronbach's Coefficient Alpha

4. Cassidy

یافته های پژوهش

وسعت نمونه مورد بررسی (بیش از ۲۷۷۶ دانشجوی دانشگاه)، حجم گسترده اطلاعات و داده‌های به دست آمده و تعدد و اهمیت متغیرهای مورد بررسی، تفسیر نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر را پیچیده و نیازمند چند بعدی نگری می‌گرداند.

بررسی سیمای آماری نمونه مورد نظر نشان می‌دهد دختران (۵۸٪)، مجردها (۹۸٪) و دانشجویان غیر بومی (۴۸٪) حجم بیشتری از نمونه را به خود اختصاص داده‌اند. میانگین سنی پاسخ‌دهندگان ۱۸/۹ و میانگین معدل آنها ۱۸/۱ می‌باشد.

با توجه به پیشینه پژوهش میتوان اذعان داشت رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی معنی دار است. به عبارت دیگر هرچه میزان حمایت اجتماعی در شخص بالاتر باشد سلامت روانی او نیز بالاتر خواهد بود. طبق نتایج بدست آمده از این پژوهش بین سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه مثبت و میزان این رابطه در حد ۰/۲۵ می‌باشد. نتایج پژوهش‌های فرارو (۱۹۸۷)، گرنٹ (۱۹۹۰) نیز رابطه مثبت سلامت روان و حمایت اجتماعی را تایید نموده است. پژوهش‌های متعدد دیگری در زمینه سلامت روان رابطه مثبت حمایت اجتماعی را با سلامت روان تایید می‌کند (فریچ وان شنزل، به نقل ولی‌زاده، ۱۳۸۳؛ بهرام غفاری، ۱۳۸۱؛ لیندزی^۱ و تامپسون، ۱۹۸۸؛ بخشی پور رودسری، ۱۳۸۲).

مذهب یکی از عوامل موثر در افزایش سلامت روانی محسوب می‌گردد. بر اساس نظریه آلپورت افرادی که دارای اعتقادات مذهبی هستند و مذهب را وسیله ای برای رسیدن به اهداف دیگر قرار نداده اند در برابر انواع مشکلات روانی-اجتماعی مصونیت بیشتری دارند. با پژوهش‌های متعددی از جمله بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اهواز این موضوع تایید گردیده است. در پژوهش یاد شده رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی مثبت و در حدود ۰/۴۶ بوده است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بین بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی و سلامت روان رابطه ای مثبت (۰/۱۳) برقرار است.

^۱ Lindzy & Thompson

نتایج مربوط به ارتباط بین سلامت روان و سبکهای مقابله بیانگر آن است که بین سلامت روان و سبک مقابله ای مساله مدار رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. در مقابل بین سلامت روان و سبک مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر به نظر می رسد افرادی که در مواجهه با استرس از سبکهای مقابله هیجانی بهره گرفته اند سلامت روانی شان کمتر و برعکس افرادی که در مواجهه با استرس از سبک مقابله ای مسئله مدار استفاده می نمایند سلامت روانی شان بیشتر بود. البته یافته فوق با نتایج تحقیقات (هاداک و کاردوم، ۱۹۹۶- شای و همکاران، ۲۰۰۲، ستینر و همکاران، ۲۰۰۲ و لاینگ و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از حاجبی و همکاران و جعفرنژاد و همکاران، ۱۳۸۳) همخوانی ندارد. در مقابل رابطه منفی معنی دار بین سلامت روان و سبک مقابله ای هیجانی در پژوهش عاشوری تایید شده است (عاشوری، ۱۳۸۳).

با اینکه پژوهش ولموس و بتز (۱۹۹۱)، بوالهری و همکاران (۱۳۷۷) یعقوبی، (۱۳۷۶)؛ احمدی ابهری، (۱۳۷۵)؛ خزاییلی، رسولیان و کریمی، (۱۳۷۴) همگی به نقل از حاجبی و همکاران (۱۳۸۴) تفاوت سلامت روان را در بین دانشجویان دختر و پسر گزارش کرده بود ولی براساس یافته های پژوهش حاضر بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود نداشته است.

براساس یافته های این پژوهش دسترسی به حمایت اجتماعی در دانشجویان دختر بیشتر از پسر می باشد. ولموس و بتز (۱۹۹۱) نیز در پژوهش خود به نتیجه مشابهی دست یافته اند. در پژوهش آنها دختران دانشجو از حمایت های اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. پژوهش های انجام گرفته بر روی دانشجویان ایرانی بخشی پور رودسری (۱۳۸۲)؛ مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۸۳)؛ بوالهری و همکاران (۱۳۷۷) و هومن (۱۳۷۷) نیز نشانگر این بوده که دختران از حمایت اجتماعی بهتری نسبت به پسرهای دانشجو بهره مند بوده اند.

همانطور که بخشی پور رودسری (۱۳۸۲) مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۸۳)؛ بوالهری و همکاران (۱۳۷۷) و هومن (۱۳۷۷) در پژوهش های خود اذعان داشته اند، گذشته از عامل جنسیت، محل سکونت یا به عبارت دقیقتر بومی یا غیر بومی بودن دانشجویان نیز تفاوت هایی را در حمایت اجتماعی در پی داشته است. گرنه (۱۹۹۰) نیز در پژوهش خود نشان داد دانشجویانی که بیشتر از طرف خانواده حمایت می شوند از سلامت روانی بهتری برخوردارند. بر

اساس یافته های پژوهش حاضر دانشجویان بومی ورودی ۸۳ در مقایسه با دانشجویان غیر بومی از میانگین حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. به نظر می رسد دوری از خانواده در دانشجویان غیر بومی حمایت اجتماعی آنها را کاهش داده و کم شدن حمایت اجتماعی موجب کاهش سلامت روانی در دانشجویان خواهد گردید.

بررسی میزان سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان نشان داد ۲۸/۵٪ از آنها دچار یکی از اختلالات روانشناختی می باشند که این میزان در دانشجویان غیر بومی، دختران و دانشجویانی که به رشته تحصیلی خود علاقمندی کمی دارند، بیشتر است (عکاشه، ۱۳۷۹). در بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۷۴-۱۳۷۳ دانشگاه تهران، ۱۶/۵ درصد از دانشجویان به درجاتی دارای اختلالات روانشناختی بودند (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۴). این میزان در بررسی سال ۸۰-۱۳۷۹، ۱۲/۲ درصد گزارش شده است (مرادی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در مطالعات مختلف نشان داده شده است دانشجویان پسر و کسانی که به رشته تحصیلی خود علاقه مندند از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند (مرکز مشاوره دانشگاه تهران، ۱۳۷۶؛ یعقوبی، ۱۳۷۶؛ بوالهروی، ۱۳۷۶؛ ابهری، ۱۳۷۵؛ خزاییلی، ۱۳۷۴).

نتایج پژوهش حاضر با بسیاری از یافته های ذکر شده همسو می باشد به طوری که براساس یافته های بدست آمده در این پژوهش که با توجه به نقطه برش ۳/۷ در پرسشنامه GHQ-12 (منتظری، ۲۰۰۳) حاصل شده است، ۱۵/۲ درصد از دانشجویان به درجاتی از مشکلات روانشناختی رنج می برند. این یافته به خصوص به نتایج مرادی و همکاران (۱۳۸۰) که پژوهشی گسترده در میان دانشجویان دانشگاه های دولتی بود خیلی نزدیک می باشد. همچنین در یافته های بدست آمده، دانشجویان پسر ورودی ۸۳ در مقایسه با دانشجویان دختر کمی بیشتر از سلامت روانی برخوردارند (درصد دانشجویان سالم پسر تقریباً ۲/۶٪ بیشتر از درصد دانشجویان سالم دختر است) و میزان برخورداری دانشجویان روزانه و شبانه از سلامت روان نسبتاً یکسان است. همچنین دانشجویان ورودی ۸۳ در گروه های آزمایشی مختلف تقریباً به یک اندازه از سلامت روانی برخوردارند و در این میان با اختلاف جزئی سلامت روان دانشجویان هنر از همه کمتر بوده است.

میان سلامت روان با حمایت اجتماعی و بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی همبستگی مثبت به دست آمد. از مجموعه یافته‌های این پژوهش چنین برمی‌آید که عمده‌ترین عوامل ارتقاء سلامت روان و عمده‌ترین عوامل بازدارنده دانشجویان از خطرها و آسیب‌ها (خودکشی و مصرف مواد) عبارتند از دسترسی به حمایت اجتماعی، بهره‌گیری از باورهای مذهبی و استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر که همسو با یافته‌های مطالعات دیگر (بهرام غفاری، ۱۳۸۱؛ لیندزی و تامپسون، ۱۹۸۸؛ میسرا^۱، ۲۰۰۰ و کونترادا^۲، ۲۰۰۰) می‌باشد.

از مجموعه یافته‌های این پژوهش چنین بر می‌آید که عمده‌ترین عوامل ارتقاء سلامت روان و عمده‌ترین عوامل بازدارنده دانشجویان از انواع خطرها (خودکشی، مصرف مواد مخدر) عبارتند از دسترسی به منابع حمایت اجتماعی و بهره‌گیری از باورهای مذهبی و سبکهای مقابله با استرس. نحوه مقابله نهادهای زیربسط در ارتباط با موارد یاد شده یکی از مهمترین موضوعاتی است که می‌بایست مورد توجه و تعمیق بسیاری قرار گیرد. بدیهی است نقش خانواده و مراکز مشاوره در این خصوص از اهمیت والایی برخوردار است. همینطور نقش نهادهای فرهنگی و رسانه‌ها را نباید در موضوع مذهب فراموش نمود. اما موضوع مهمتر و ظریفتر نحوه مواجهه این نهادها و سازمانها با موارد یاد شده است که هرگونه اهمال و کم توجهی در این زمینه خسارات جبران ناپذیری را بر پیکره روان دانشجویان وارد خواهد ساخت.

مقایسه زیر گروههای نمونه از نظر سلامت روان

جدول شماره ۱؛ مقایسه زیر گروههای جنسیت از نظر سلامت روان

درصد افراد بالای نمره ۳/۷ (دانشجویان دارای مشکلات روانشناختی)	درصد افراد پایین نمره ۳/۷ (دانشجویان دارای سلامت روانی)	
٪۱۳/۷	٪۸/۶۳	مذکر
٪۱۶/۳	٪۸۳/۷	مؤنث
٪۱۵/۲	٪۸۴/۸	کل افراد

1.Misra.

2.Contrada

برخورداری از سلامت روانی در بین دانشجویان

- دانشجویان پسر ورودی ۸۳ در مقایسه با دانشجویان دختر کمی بیشتر از سلامت روانی برخوردارند
- دانشجویان روزانه ورودی ۸۳ درمقایسه با دانشجویان شبانه تقریبا به یک اندازه از سلامت روانی برخوردارند.
- دانشجویان تهرانی درمقایسه با دانشجویان شهرستانی از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

مقایسه زیر گروههای نمونه از نظر حمایت اجتماعی

جدول شماره ۲: اطلاعات توصیفی مربوط به حمایت اجتماعی در زیر گروه جنسیت

انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد افراد	
۱،۰۳	۳،۴۵	۴	۰	۱۱۴۲	مذکر
۰،۷۵	۳،۷۴	۴	۰	۱۶۰۶	مونت

همانطوری که جدول بالا نشان می دهد:

- دانشجویان دختر ورودی ۸۳ در مقایسه با پسران از میانگین حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند البته میزان این اختلاف اندک است

• دسترسی به حمایت اجتماعی

- ۸/۹ درصد دانشجویان ورودی جدید معتقدند کسی را ندارند که به هنگام مشکلات عملا از آنها حمایت کند و ۹۱/۱ درصد از آنها جوابشان به سوال دسترسی عملی به حمایت اجتماعی مثبت می باشد.

- دسترسی به حمایت اجتماعی در دانشجویان دختر بیشتر از پسر می باشد. به طوری که میزان دسترسی به حمایت اجتماعی در دانشجویان دختر ۹۳/۹ درصد و این مقدار در دانشجویان پسر ۸۷/۱ درصد می باشد.

- دانشجویان بومی ورودی ۸۳ در مقایسه با دانشجویان غیربومی از میانگین حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

مقایسه زیر گروه‌های نمونه از نظر شیوه مقابله با استرس

جدول شماره ۳؛ اطلاعات توصیفی مربوط به شیوه مقابله اجتنابی با استرس در زیرگروه

جنسیت

جنسیت	تعداد افراد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
مذکر	۱۱۵۶	۰	۵	۰،۶۶	۰،۸۳
مونث	۱۶۲۰	۰	۵	۰،۶۷	۰،۸۳

جدول شماره ۴؛ اطلاعات توصیفی مربوط به شیوه مقابله مسئله مدار با استرس در زیرگروه

جنسیت

جنسیت	تعداد افراد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
مذکر	۱۱۵۶	۰	۵	۲،۳۸	۱،۴۵
مونث	۱۶۲۰	۰	۵	۲،۳۸	۱،۴۰

جدول شماره ۵؛ اطلاعات توصیفی مربوط به شیوه مقابله عاطفی با استرس در زیرگروه

جنسیت

جنسیت	تعداد افراد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
مذکر	۱۱۵۶	۰	۴	۱،۱۴	۱،۰۰
مونث	۱۶۲۰	۰	۴	۱،۰۵	۱،۰۱

شیوه های مقابله با استرس در بین دانشجویان

- براساس یافته های این بررسی، میانگین نمره گزارش شده از سوی دانشجویان در شیوه مقابله مسئله مدار بیش از سایر شیوه ها بوده است.
- در مقابل این رقم در شیوه مقابله اجتنابی کمتر از سایر شیوه ها بوده است.
- میزان مقابله با استرس در هر یک از سه شیوه یاد شده در بین دانشجویان پسر و دختر تقریباً به یک اندازه بوده است.
- این میزان در هر یک از سه شیوه یاد شده در بین دانشجویان گروه های آزمایشی تقریباً به یک اندازه بوده است.
- در بین دانشجویان بومی و غیربومی نیز رقم فوق تقریباً به یک اندازه بوده است.

بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش

جدول شماره ۶: ضرایب همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش

۳	۲	۱	
		۱,۰۰۰	(۱) سلامت روانی
	۱,۰۰۰	**۰.۱۲۶	(۲) بهره گیری از اعتقادات مذهبی
۱,۰۰۰	**۰.۰۶۳	**۰.۲۶۵	(۳) حمایت اجتماعی

همبستگی ها در سطح ۰,۰۰۱ معنادار است.

- همبستگی بین سلامت روان و حمایت اجتماعی مثبت و در حد ۰/۲۵ می باشد.
- همبستگی بین سلامت روان و بهره گیری از اعتقادات مذهبی نیز مثبت و میزان آن ۰/۱۳ بوده است.

جدول شماره ۷؛ ضرائب همبستگی بین متغیرهای شیوه مقابله با استرس و سلامت روان

۴	۳	۲	۱	
			1.000	(۱) سلامت روانی
		1.000	0.017	(۲) شیوه مقابله اجتنابی
	1.000	**0.078	**0.217	(۳) شیوه مقابله مسئله مدار
1.000	**0.068	0.004	**0.349	(۴) شیوه مقابله هیجان مدار

همبستگی ها در سطح ۰,۰۰۱ معنادار است.

در تحقیقاتی می توان متغیرهای دیگر و واسط را سنجید. از جمله میزان استرس تجربه شده یا متغیرهایی چون سبک اسناد و رابطه آن را با سلامت عمومی بررسی نمود. با توجه به رابطه معنی دار بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان و بالا بودن این سه متغیر در دانشجویانی که نزد والدین خود زندگی می کنند و یا به ایشان دسترسی دارند، می توان در گزینش دانشجو طرح بومی گرایی را اجرا نمود. زیرا که آسیب پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر می باشد. تاهل، با سلامت روانی بالاتر، رضایت بیشتر از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بالاتر همبسته است. تسهیل برای دانشجویان مجرد و در جهت اختیار تاهل می تواند یک اقدام پیشگیرانه و مثبت تلقی شود. تفاوت دانشجویان ورودی برحسب محل سکونت نیز نشان داد هر چه محل تحصیل دانشجو به محل سکونت نزدیک تر باشد رضایت بالاتر از زندگی، احساس حمایت اجتماعی بیشتر و سلامت روانی مناسب تری مشاهده می شود. دانشجویان تهرانی با فاصله ای درخور توجه در هر سه شاخص بر دانشجویان سایر محل های سکونت برتری داشتند. این یافته تاکید مجددی است بر طرح بومی گرایی.

بطور خلاصه مسئولان دانشگاهی لازم است با مد نظر قرار دادن این متغیرها در جهت تخصیص امکانات دانشگاهی به این گروه های آسیب پذیر از تشدید وضعیت این دانشجویان پیشگیری کنند.

منابع

- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید. (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
- بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید؛ و عابدیان، احمد. (۱۳۸۲). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. گزارش چاپ نشده، مرکز مشاوره دانشجویی، دانشگاه تهران.
- بهرام‌غفاری، سارا. (۱۳۸۱). بررسی رابطه سلامت روانی با میزان حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه تهران. دانشگاه آزاد اسلامی.
- جعفرنژاد، پروین و همکاران (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک های مقابله ای و سلامت روان عمومی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. مجموعه مقالات دومین سمینار صرامسری بهداشت روانی دانشجویان.
- حاجبی، احمد؛ پیروی، حمید؛ پناغی، لیلی (۱۳۸۴) بررسی حمایت اجتماعی، سلامت روانی و شیوه پاسخهای مقابله ای دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۵-۸۴ دانشگاه تهران. گزارش چاپ نشده، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- حسینی قدمگاهی، جواد (۱۳۷۶). "کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب." پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۸۰). رابطه عوامل تنیدگی با راه های مقابله در دانشجویان. خلاصه مقالات اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان.
- خیزر، محمد؛ سیف، دیا. (۱۳۸۰). بررسی رابطه مهارت های مقابله با استرس و برخی از عوامل جمعیت شناختی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان. خلاصه مقالات اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان دانشگاه تهران.
- دفتر مشاوره دانشگاه تهران. (۱۳۷۶). بررسی سلامت عمومی پذیرفته شدگان دوره های کارشناسی دانشگاه تهران.
- ساراسون و ساراسون. (۱۳۷۷). روانشناسی مرضی. (ترجمه نجاریان، بهمن و همکاران) تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۵).
- عکاشه، گودرز. (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۴.

- کابلان و سادوک. (۱۳۸۳). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. (ترجمه نصرت اله ، پورافکاری) تهران: شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۸).
- کلینکه. ال. کریس. (۱۳۸۰). مهارت های زندگی. (ترجمه شهرام محمدخانی) تهران: اسند هنر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).
- مرادی، علیرضا؛ محمودعلیلو، مجید و پیروی، حمید. (۱۳۸۰). بررسی سلامت عمومی دانشجویان ورودی ۱۳۷۹ دانشگاههای سراسر کشور. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری .
- مصباح، نسرین؛ و جعفری، علی اکبر. (۱۳۸۴). بررسی سلامت عمومی و حمایت اجتماعی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ دانشگاه علوم پزشکی ایران، گزارش چاپ نشده مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۸۳). بررسی سلامت عمومی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ دانشگاه علوم پزشکی ایران، گزارش چاپ نشده. مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم ایران.
- ولی زاده، زهرا. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی دانشگاه تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده ، دانشگاه الزهرا.
- هومن، عباس. (۱۳۷۷). پژوهش در زمینه سطوح و انواع استرس و راهبردهای مقابله با آن در دانشجویان دوره های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم ، موسسه تحقیقاتی تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

References:

- Andrews, F.M. & Withey, S.B(1976). Social Indicators of well- being : America's perception of life quality . New York : plenum.
- Cassidy, T. & Long, C.(1996). Problem- solving style, stress and psychological illness : development of a multifactorial measure. British Journal of clinical psychology, 35, 265-277.
- Cassidy, T., Burnside, E. (1996). Cognitive, appraisal, vulnerability and coping : an integrative analysis of appraisal and coping mechanism. Counseling psychology Quarterly, 9, 261-279.
- Contrada, R.J., Ashmore, R.D., Gray, M.I., Coups, E., Egeth, J.D., Swell, A., Ewell, K., Gogal, T. M., Chasse, V. (2000). Ethnicity-related Source of stress and their effects on wellbeing. Current Directions in psychological science, 9.4 .
- Dehle , C., & Landers, J.E., You can't always get what you want ,but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. Journal of social and clinical Psychology, 2005, 24 (7). 1051-1076.
- Feurestein, M., Labb, E. & Kucznierzyk, A. R. (1987). "Health psychology" New York. Plenum press.
- Fleming, M.Z., MacGowan, B.R., Robinson, L., Spitz, J. & Salt, P. (1982). The body image of the postoperative female- to- male transsexual. Journal of consulting and clinical psychology, 50, 461-462.
- Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford university press. London .

Grant, D.A. (1990). person-environment fit and stress Support Specify Models of the stress buffering hypothesis. Yourk university Canada: dissertation abstract international.

House, J.S., Robbins, C. & Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality : prospective evidence from the Tecumseh Community Health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore : Williams and Wilkins.

Lazarus, R.S., Kanner, A.D., & Folkman, S. (1980). Emotions : A Cognitive-phenomenological analysis. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.) *Emotion : Theory, research and experience* (pp. 182-217). New York : Academic.

Lindzey, G. & Thompson, R. F. (1988). *psychology*. Worth publishers, Inc.

Lu, L., Social Support, reciprocity, and well-being. *The Journal of Social Psychology*, 1997, 137 (5) 618-628.

Misra, R. (2000). Academic stress of college student: comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*.

Montazeri, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of life outcomes*.

Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). "The Structure of Coping". *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1,

Rathus, S.A. (1990). *Psychology*. Holt, Rinehart and Winston.

Rohde, P.; Lewinsohn, P. M.; Tilson, M. & Seeley, J. R. (1990). "Dimensionality of Coping and its relation to depression." *Journal of personality and social psychology*, 58, 499-511.

Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (Eds) (1985). *Social support : Theory, Research, and Applications*. Dordrecht, Nijhoff.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support : The social support questionnaire, *Journal of personality and social psychology*, 44, pp. 127-139.

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M.S., & Abakoumkin, G. (2005) Does social support help in bereavement? *Journal of social and clinical psychology*, 24(7), 1030-1050.