



## بررسی رابطه فرزند پروری با افکار خودکشی خانواده ها در دزفول

### چکیده

این پژوهش از نوع رابطه (همبستگی) می باشد. در پژوهش، پژوهشگر دسته ای از اطلاعات مربوط به سبک فرزند پروری والدین و سلامت عمومی فرزندانشان را در اختیار دارد، این روش برای بررسی رابطه بین سبک فرزندپروری والدین و سلامت روانی فرزندانشان می باشد. جامعه آماری این پژوهش والدین و فرزندان آنها در شهرستان دزفول و نمونه این تحقیق مشتمل بر 100 نفر از والدین به همراه فرزندانشان در شهرستان دزفول است، که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری تصادفی استفاده گردید. ابزار اندازه گیری و انجام پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی دارای 28 سؤال 4 گزینه ای شامل گزینه های (اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول، به مراتب بیشتر از حد معمول) می باشد. این پرسشنامه دارای 4 خرده مقیاس شامل: علائم جسمی (سؤالات 1-7)، آزمون اضطراب و بی خوابی (سؤالات 8-14)، اختلال کارکرد اجتماعی (سؤالات 15-21) و آزمون افسردگی (سؤالات 22-28) همچنین پرسشنامه سبک فرزند پروری دیانابارمیند (1972) دارای 30 سؤال 5 گزینه ای شامل گزینه های ((کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم)) هم مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ مقدار پرسشنامه سلامت عمومی برابر 0/80، پرسشنامه سبک فرزندپروری برابر 0/72 شده است و چون از مقدار 0/7 بیشتر است پس



می توان ادامه تحقیق را با نمونه بیشتری از جامعه با نتایج لازم مطلوب دانست . به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از روشهای آماری با استفاده از نرم افزار spss انجام شد. نتایج بدست آمده از این پژوهش این است که بین سبک فرزندپروری مستبدانه و سلامت عمومی به طور کلی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد. یعنی نتیجه می گیریم که سبک فرزند پروری مستبدانه با عدم سلامت عمومی رابطه دارد. پس فرضیه اصلی پژوهش بین سبک فرزند پروری مستبدانه و سلامت عمومی رابطه ی منفی معنادار وجود داردو تأیید می شود .

واژگان کلیدی : فرزند پروری ، خودکشی ، سلامت روان



## فصل اول

### کلیات پژوهش

www.markazdanesh.ir

## مقدمه

زندگی خانواده نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهم‌ترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می‌سازد. در جریان رشد طبیعی هر کودک یک رشته تغییرات شناختی، عاطفی و اجتماعی را شاهد هستیم. تقریباً همه کودکان در طول رشد و در جریان سازگاری با این تغییرات دچار مشکلاتی می‌شوند و استرس و تعارضی را که به دنبال می‌آید، می‌تواند به مشکلات رفتاری-عاطفی و یادگیری در آن‌ها بینجامد. اکثر مشکلات رفتاری کودکان منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به‌ویژه والدین می‌باشد. به عبارت دیگر وجود مشکلات رفتاری کودک به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و با روش‌های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آن‌ها با فرزندان ارتباط دارد. همچنین از آنجاییکه خودکشی به عنوان یک پدیده روانی-اجتماعی، موضوع چند وجهی و پیچیده‌ای است که تمام ملل و جهان با آن مواجه می‌باشند. وقتی شخصی مرتکب خودکشی می‌شود، معمولاً وابستگان و دوستان او متعجب و حیران می‌شوند اما پس از بررسی دقیق سرنخ‌هایی بدست می‌آید که در عین دشواری ضرورت پیگیری و جستجوی کمک و خدمات تخصصی را آشکار می‌سازد. بنابراین پیش بینی خودکشی حتی برای متخصصان امری آسان و دقیق نیست، ازین رو بررسی دقیق علایم و نشانه‌های خطر خودکشی برای تشخیص به موقع و مناسب بسیار کمک کننده است. به همین دلیل سعی می‌کنیم که رابطه فرزند پروری را با سلامت روانی که یکی از مباحث آن افکار خودکشی و خودکشی است را مورد بحث قرار داده شود. (ساراسون، 1381)

## بیان مسئله

وجود شخصیت سالم روانی و فرهنگی فرزندان در گرو یک نکته اساسی است که در اکثر خانواده‌های مورد مطالعه این پژوهش کیفی (لاپلانتین، 2000) که در سلامت روان بسر می‌برند، مشترک به نظر می‌رسید، و این نکته، مسئله حضور والدین در جمع خانواده بود. به عبارت دیگر، مدت زمانی<sup>1</sup> است (لوفور، 1989) که

<sup>1</sup>- Moment

والدین در خانه می باشند، و یا شکل فضایی<sup>1</sup> (بوردیو، 1989) که در خانه حاکم است. البته، وجود زمان و یا فضا به تنهایی کافی نبوده، بلکه در این مدت زمان حضور فیزیکی، داشتن رابطه آموزشی (هس و ویاند، 1994) و مسئله وجود ارتباطات کلامی (بودیشون، 1982)، یعنی گفتگو در بین اعضاء خانواده لازم و مطرح است.

بدینسان، زمانی که انسان برای فردی ارزش قائل بشود، با وی از روی علاقه و نه اجبار کنش متقابلی (مید، 1963) را بر قرار خواهد کرد. طبیعتاً، در گذر از کنش متقابل، گفتگوها و مکالماتی نیز بر قرار خواهد شد. گفتگو از عناصر اصلی کنش متقابل می باشد. گفتگو، یعنی، هر دو طرف حق ابراز عقیده را داشته، و می بایستی به افکار و اندیشه طرفین اولاً، گوش فرا دهند، ثانیاً، برای استمرار کنش، به صورت مستقیم یا غیر مستقیم، به خواسته های طرفین بی توجه نباشند. به عبارتی، گفتمان<sup>2</sup> در بین افراد بر قرار بشود. همچنین کارشناسان افسردگی را به عنوان عامل اصلی خودکشی می دانند، اما در بعضی استان ها، اختلافات خانوادگی مهمترین عامل ذکر می شود. عمده ترین شیوه خودکشی در ایران خودسوزی است که اغلب در سنین 20 تا 30 سالگی و توسط زنان و دختران رخ می دهد. افزایش خودکشی در میان جوانان، حکایت از آن دارد که آفتی خطرناک، سلامت این سرمایه های زرین کشور را تهدید می کند که همان احساس یاس، پوچی و سرخوردگی است و تا این آفت ریشه کن نشود، نمی توان به کاهش میزان خودکشی به طور مؤثر و چشمگیر امیدوار بود. خودکشی زنان نیز نشان دهنده وجود احساس ناامنی در میان آنهاست. مرگ مادر خانواده از طریق خودکشی اثرات جبران ناپذیری بر روی فرزندان می گذارد. حمایت جدی از زنان در محیط خانواده یکی از راه های کاهش این نوع خودکشی است. ملاحظه می شود که مرگ هر فرد تأثیر بسزایی بر اطرافیان او می گذارد، مخصوصاً بر جمع دوستان، خانواده و عزیزانی که بیش از هر فرد دیگر به او نزدیک می باشند. خودکشی باعث می گردد خانواده و دوستان احساس کنند که ایشان مسبب و عامل این موضوع بوده اند. بسیاری از خانواده ها پس از خودکشی عزیز از دست رفته خود هرگز نتوانسته اند به زندگی طبیعی خود بازگردند. امروز تصمیم شما می تواند باعث از بین رفتن خانواده یا دوستان نزدیک شما و یا بعث تسلی و شادی آنها گردد. فکر خودکشی پدیده ای را که نسبتاً ممکن است با

1- Champ

2- Discours

گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد، تصمیم برای ارتکاب رفتار خودکشی ممکن است تکانشی، بدون اندیشیدن قبلی کافی بوده یا نتیجه نشخوار ذهنی طولانی باشد. روش اقدام به خودشی بدون ارتباط با جدیت و شدت قصد مردن هنگام رفتار انتحاری، بر میزان موفقیت در اقدام تأثیر دارد. به همین دلیل معمولترین روش خودکشی موفق در کودکان و نوجوانان استفاده از اسلحه گرم است (ایالات متحده آمریکا) که دو سوم خودکشی پسرها و تقریباً نصف خودکشی دخترها را شامل می‌گردد. دومین روش شایع خودکشی در پسرها که یک چهارم موارد را شامل می‌شود حلق‌آویز کردن خود است؛ در دخترها یک چهارم موارد خودکشی با خوردن مواد سمی به عمل می‌آید. مسمومیت با مونوکسیدکربن سومین روش شایع خودکشی در پسرها است اما در کمتر از 10 درصد موارد دیده می‌شود؛ خودکشی با مونوکسیدکربن و حلق‌آویز کردن خود در دخترها به طور برابر، هرکدام حدود 10 درصد موارد مشاهده می‌گردد. عوامل دیگر خودکشی مشتمل است بر سابقه خودکشی در خانواده، رویارویی با خشونت خانوادگی، سوءمصرف مواد و دسترسی به مواد و روش‌های مهلک. (اعزازی، 1376)

### اهمیت و ضرورت پژوهش

رابطه والدین با فرزندان یا شیوه های فرزند پروری، در گذر از اعمالی است که اهداف گوناگونی را در بر دارد. تربیت اخلاقی و روانی، شناسائی، رشد و پیشرفت استعدادهای فرزندان، آموزش مهارت ها، آشنا کردن با قوانین و هنجارهای جامعه از دید والدین، از جمله این اهداف می باشند. "پارسنز نیز دو کارکرد اساسی یعنی اجتماعی کردن و شکوفایی شخصیت فرزند را برای خانواده در نظر می گیرد. همچنین با تأثیر سلامت روان بر " افکار خودکشی باید توجه داشت که خودکشی محدود به افرادی خاص نیست و تقریباً در مورد هرکسی که دارای میل به مرگ و افکار خودکشی می باشد ممکن است صورت پذیرد. شیوع خودکشی در بین نوجوانان روبه افزایش است. بیشتر نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند از لحاظ اجتماعی منزوی هستند. این امر خصوصاً در مورد پسران صادق است. دوسوم دخترانی که اقدام به خودکشی می کنند با یک پسر رفتار معمولاً وفادار هستند. به علاوه بیشتر نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند والدینی دارند که طلاق گرفته یا جدا شده اند و تعداد زیادی از آنها دارای والدین الکلیک هستند. (ثنائی، 1378)



لذا پژوهش حاضر بررسی رابطه فرزند پروری با افکار خودکشی است .

## اهداف پژوهش

### اهداف کلی

بررسی رابطه فرزند پروری با افکار خودکشی است.

### اهداف جزئی

بررسی سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال اضطراب

بررسی سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی

بررسی سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال افسردگی

بررسی سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان

بررسی سبک فرزند پروری سهل گیرانه

### فرضیه های پژوهش

#### فرضیه اصلی پژوهش

بین سبک فرزند پروری مستبدانه و سلامت عمومی به طور کلی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد.

#### فرضیه های فرعی

بین سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال اضطراب رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

بین سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

بین سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

بین سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش و نمره ی کل سلامت عمومی رابطه ی مثبت معنادار وجود دارد.

بین سبک فرزند پروری سهل گیرانه و نمره ی کل سلامت عمومی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد.

## تعریف اصطلاحات و مفاهیم

### تعاریف نظری

**فرزند پروری**<sup>1</sup>: اصطلاح فرزندپروری از ریشه پریو به معنی "زندگی بخش" گرفته شده است. منظور از شیوه‌های فرزند پروری، روش‌هایی است که والدین برای تربیت فرزندان خود به کار می‌گیرند و بیانگر نگرش‌هایی است که آن‌ها نسبت به فرزندان خود دارند و همچنین شامل معیارها و قوانینی است که برای فرزندان خویش وضع می‌کنند. ولی باید پذیرفت که رفتارهای فرزند پروری به واسطه فرهنگ، نژاد و گروه‌های اقتصادی تغییر می‌کند.

**خودکشی**<sup>2</sup>: خودکشی قتلی است که وحدت قاتل و مقتول دارد. عملی است که فرد برای پایان دادن به زندگی خود به صورت‌های مختلف به عنوان مثال حلق آویز کردن، مصرف سیانور، سم، دارو، وصل کردن جریان الکتریسیته به بدن، رگ زدن، پرش از ارتفاع، غرق کردن، خودسوزی و... شکل می‌گیرد.

سلامت روان: سازمان بهداشت جهانی (2004) سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی فرد، 1386).

### تعاریف عملیاتی

**سلامت روانی**: میزان نمره ای است که آزمودنی‌های از پرسشنامه 28 ماده ای سلامت روان (GHQ) کسب نمایند.

**فرزند پروری**: میزان نمره ای است که آزمودنی‌ها از پرسشنامه دیانابارمیند (1972) دارای 30 سؤال کسب نمایند.

<sup>1</sup>- pario

<sup>2</sup>- suicide



## فصل دوم

### ادبیات و پیشینه پژوهش



## مروری بر مبانی نظری

### بخش اول : روانشناسی فرزند پروری

#### تأثیرات والدین

انسان، چون موجودی اجتماعی است و در ارتباط با محیط های اجتماعی مختلف می باشد، از هر محیطی چیزی می آموزد تا در مجموع از فرد بدون هویت، تبدیل به شخص اجتماعی (نیک گهر، 1369) و دارای هویت اجتماعی گردد و طبیعی است که این فرد شهروندی مثمر ثمر برای جامعه خویش می شود. در گذر از شخص فردی بدون هویت به شخص اجتماعی، فعالیت جامعه پذیری نسبت به وی اعمال می شود. امر جامعه پذیری توسط منابع مختلف بر روی انسان عملی شده، و هر یک بخشی از شخصیت فرهنگی و اجتماعی شخص اجتماعی شده را می سازند. در این بین، خانواده در اکثر جوامع از جمله ایران بیشترین نقش را ایفا کرده، (پیاژه، 1981) که این نقش در رفتارها و نوع فرزند پروری آنها متبلور می شود. در این رابطه ثنائی به نقل از فریمو می گوید : "اثر خانواده بر اشخاص از تمام نیروهائی که تا بحال شناخته شده بیشتر است. یعنی اثر خانواده فراتر از فرهنگ جامعه، دنیای کار، دوستان، نزدیکان و امثال آنهاست" (ثنائی، 1378 : 26). ثنائی به نقل از مینوچین بر این باور است که، "فرد بدون خانواده، قابل تعریف نیست. در واقع خانواده کانون شکل گیری و

هویت فرد است" (همان : 29). باقر ثنائی نیز خود معتقد است، "انسان عمدتا وارث برنامه ریزی های خودآگاه و ناخود آگاه خانواده و برون سازی های دوران کودکی خود با آنهاست" (همان : 21). اعزازی نیز به نقل از ماکس هورکهایمر معتقد است که "از میان تمام نهادهای اجتماعی که فرد را برای قبول اقتدار (دیکتاتوری در سطح جامعه) آماده می سازد، خانواده در مقام اول قرار دارد." (اعزازی، 1376 : 20) در همین رابطه کلاین برگ نقل می کند که، "ژاک در مطالعه استاندانه خود در باره قدرت طلبی در کودکان 4 ساله ثابت کرد که تغییر صفات شخصیت بر اثر تغییر اوضاع و احوال محیط ممکن است." (کلاین برگ، 1372 : 390) و تاثیر گذارترین این محیط ها خانواده می باشد. به عقیده کاردینر "شیوه تربیت کودک (نخستین نهاد اجتماعی) ساختمان اساسی شخصیت را پی ریزی می کند." (همان، 394) نیوکمب چنین می گوید : "تفاوت جنبه های عملی تربیت کودکان نتیجه تفاوت فرهنگی و نیز تفاوت شخصیت است." (همان، 394) شیخوندی نیز در مورد تاثیر خانواده بر شخصیت فرزندان معتقد است که "بر اساس مطالعات روانی-جامعوی، مثلا ملاحظه شده است که در خانواده های سختگیر کودکان یا سر بطغیان میزنند و خشونت بخرج می دهند و یا احساس گناه و مجرمیت می کنند و در خود فرو می روند." (1379: 44)

رابطه والدین با فرزندان یا شیوه های فرزند پروری، در گذر از اعمالی است که اهداف گوناگونی را در بر دارد. تربیت اخلاقی و روانی، شناسائی، رشد و پیشرفت استعدادهای فرزندان، آموزش مهارت ها، آشنا کردن با قوانین و هنجارهای جامعه از دید والدین، از جمله این اهداف می باشند. "پارسنز نیز دو کارکرد اساسی یعنی اجتماعی کردن و شکوفایی شخصیت فرزند را برای خانواده در نظر می گیرد." (اعزازی، 1376 : 16) این گونه اهداف والدین که شامل تمام فعالیت ها و اعمالی می شود که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم ارتباط آنها را با فرزندان در رفتارهای روزمره (برجه و لوکمان، 1986) نشان می دهد، هسته اصلی این مقاله بوده، که تحت عنوان فرزند پروری یا رابطه آموزشی مطرح می باشد. این فعالیت ها برطبق نظریه عمل بوردیو جامعه شناس معاصر فرانسوی (بوردیو، 1989) توسط نیروهای هدایت و یا کنترل می شوند، که این نیروها به صورت یکسان و به یک اندازه نزد انسانها از جمله والدین وجود ندارد. این نیروها در ارتباط با وضعیت اقتصادی اجتماعی و فرهنگی خانواده می باشند. همچنین تصویری که والدین از فرزندان خود دارند، تاثیر بر روی

چگونگی نوع روابط یعنی شیوه های فرزند پروری نیز دارند. (منادی، 1378) تصورات نیز تحت تاثیر طبقه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فرد (یا سرمایه های فرهنگی) می باشند. تصورات و فرهنگ فرد، یعنی عادت واره (بورديو، 1380) هر دو عامل به صورت مستقیم و غیر مستقیم اعمال فرد را هدایت و کنترل می کنند. در این پژوهش، فرهنگ و تصورات والدین و نقش فرزند، هدایت کننده رفتارهای آنها از جمله نوع رابطه با فرزندانشان می باشند.

### شیوه های فرزند پروری

رابطه والدین اعم از آموزشی یا غیر آموزشی با فرزندان، رابطه ای یکسان و بر طبق یک الگو و مدل خاصی نیست. بر اساس تحقیقی در فرانسه، این مدلها در ارتباط با طبقه اجتماعی خانواده ها می باشند. (ژیفو لوواسور، 1995) به گفته کاستلان "یک مدل فرزند پروری در همه خانواده ها وجود ندارد. بلکه به تعداد خانواده ها، تعداد روش های فرزند پروری وجود دارد." (کاستلان، 1986 : 7) برای مثال، در مورد فعالیت اجتماعی کردن کودکان، مدلهای متفاوتی وجود دارد. بومریند به نقل از سیف (1368 : 178) با انجام پژوهشی در باره 150 کودک 4 ساله، که در دوره آمادگی پیش دبستانی ثبت نام کرده بودند، والدین آنها را به سه گروه مختلف به شرح زیر تقسیم می کند :

گروه اول، والدینی هستند که فرزندان خود را مجبور به اطاعت کورکورانه می کنند. این گروه، فرزندان خود را محدود کرده، اختیار و آزادی کمتری به آنها می دهند و معتقدند که رفتار کودکان بایستی زیر نظر آنان باشد. در نتیجه، ضوابط رفتاری آنها انعطاف پذیر نبوده و یک جانبه است، و گاهی اوقات برای اجرای همان ضوابط رفتاری، کودکان را تنبیه می کنند.

گروه دوم، والدینی هستند که با فرزندان خود با اقتدار رفتار کرده، ولی بر عکس گروه اول معتقد به انعطاف پذیری در رفتارند. به فرزندان خود فرصت می دهند تا در صورت لزوم اعتراض کنند و تربیت خاصی را با دلیل به آنها تفهیم می کنند.

گروه سوم، والدینی هستند که نسبت به رفتار فرزندان تحمل پذیرند و در برابر اعمال خلاف، چشم پوشی می کنند. این والدین، معیارهای مشخصی را جهت رفتار کودکان در نظر می گیرند، و سایر رفتار آنان را با دیده اغماض می نگرند، جز رفتارهایی که باعث صدمه و آسیب بدنی به آنها می شود. علی شریعتمداری نیز سه روش دمکراسی، آزادی و دیکتاتوری را تقریباً با همین محتوی به عنوان شیوه های فرزند پروری موجود در خانواده ها معرفی می کند. (شریعتمداری، 1367) در پژوهش حاضر، نکته قابل تعمق در شیوه های فرزندپروری، حضور فیزیکی والدین در محیط خانه یعنی زمان بودن با فرزندان و چگونگی فضای فرهنگی حاکم بر خانواده مد نظر می باشد. (شریعتمداری، 1367)

### شخصیت

شخصیت مجموعه ویژگی های فکری، ذهنی، ذوقی و رفتاری انسان است که غالباً در گفتارها و رفتارها و عکس العمل انسان ها در فعالیت و برخوردهای روزمره اشان قابل رؤیت است. شخصیت به مانند "وجدان که امری اجتماعی است" (لوفور، 1976 : 61)، محصول محیط اجتماعی و فرهنگی ای است که فرد در آن متولد شده و بزرگ می شود. پر واضح است که خانواده، فرهنگ حاکم بر جامعه، رسانه ها و نهاد آموزش و پرورش هر یک به نوعی در ساختن ویژگی های شخصیت فرد سهیم هستند. ولی "تاثیر خانواده بر شخصیت افراد از امتیاز خاصی بر خوردار است" (پروین، 1374 : 15)

شخصیت انسان بطور شگفت انگیزی پیچیده است. (گلدارد، 1374 : 147) یا به باور لاپاساد ناتمام است (لاپاساد، 1997) لذا، بسادگی نمی توان کلیه ویژگی های شخصیت یک انسان را شناسایی کرد. ما نیز قصد چنین کاری را در این پژوهش نداریم. از میان ویژگیهای متعدد شخصیت افراد، یک ویژگی برای ما قابل تعمق بوده است. اجتماعی بودن انسان یا چگونگی رابطه وی با محیط اطراف خود اعم از والدین، دوستان و یا در جامعه و مدرسه مد نظر می باشد. برای شناسایی اینگونه رابطه از اندیشه ژاک اردوانو روانشناس اجتماعی معاصر فرانسوی استفاده کرده ایم.

اردوانو (اردوانو 1994 : 16 و 17)، رفتار و رابطه انسان را با هر نظامی (خانه، مدرسه، محیط کار و غیره) که در آن قرار دارد به سه حالت معرفی می کند. وی معتقد است، وقتی انسان در مقابل قوانین، هنجارها و آداب های آشکار و پنهان نوشتاری و گفتاری یک نظامی قرار می گیرد، امکان انتخاب یکی از سه حالت مختلف را دارد. این سه حالت که هر یک ویژگی خاص خود را دارند، عبارتند از : رفتاری مجریانه، رفتاری بازیگریانه، و رفتاری خالق گرایانه. این سه حالت هر یک محصول یکی از شیوه های فرزند پروری می باشند. با توجه به اینکه والدین تشکیل دهنده های اصلی و اولیه هر کانون خانواده هستند، نوع نگاه آنها نسبت به فرزند یا جایگاه فرزند در خانواده، شکل رابطه آنها را با فرزندان مشخص و هدایت می کند. طبیعتاً، فرزندان نیز نسبت به کنش های والدین، واکنش نشان می دهند. این واکنش ها در طی گذر زمان در شکل شخصیت آنان انعکاس می یابد. یعنی حرکت اصلی و اولیه توسط والدین آغاز و به اجرا گذاشته می شود. حرکت والدین تحت تاثیر جهان بینی یا سرمایه های فرهنگی آنان می باشد.

در بعضی از خانواده ها، والدین تصمیم گیرندگان اصلی بوده و فرزندان بدون چون و چرا، اوامر و خواسته های آنها را اطاعت می کنند. یعنی در این حالت، فرزندان نقشی پائین تر از والدین داشته، و روش والدین که فقط نان آور خانواده می باشند قانداستبدادی بوده، و در این حالت غالباً زمان گفتگوئی بین والدین و فرزندان وجود ندارد، یا در صورت وجود اندک خواهد بود. در خانواده های دیگر، فرزند سالاری ملاک بوده، یعنی توجه و اهمیت بیش از حد به فرزندان می شود که باعث شده فرزند، محور قرار بگیرد و والدین نقش اصلی خود را در تهیه رفاه فرزندان خلاصه می کنند. در این حالت بیشتر یک رابطه بر اساس آزادی حاکم است و در مواقعی زمان گفتگو به مقدار کم وجود دارد، چون والدین وظیفه خود را در تهیه رفاه مادی فرزندان خلاصه کرده اند. خانواده هایی که در حالت میانه به صورت دموکراتیک رفتار می کنند، یعنی، هر دو بخش اعضاء خانواده دارای ارزش یکسانی بوده، ولی دارای وظایف متفاوتی می باشند. در این حالت، والدین هم نان آور خانواده بوده، هم به احساسات فرزندان توجه دارند، یعنی با فرزند گفتگو و مشورت می شود. هر یک از این سه حالت، یعنی فرزند عضو ضعیف خانواده باشد، یا فرزند محوری، و یا فرزند عضوی برابر با والدین باشد، این ویژگی ها در طبقات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متفاوتی نیز هستند. علاوه بر این عنصر،

ویژگیهای شخصیتی و فرهنگی والدین نیز در چگونه انگاشتن فرزند دخالت دارند. تحقیقی که توسط یک گروه متخصص در فرانسه در سال 1994، صورت گرفته است، به این نتیجه دست یافتند، هر چقدر والدین دارای شخصیتی درونی باشند، فرزندان خود را بیشتر پذیرا هستند و هر چقدر کمتر درونی باشند و بیشتر بیرونی باشند، کمتر فرزندان خود را می پذیرند. (ورکر و همکاران، 1994)

### هویت اجتماعی و فرهنگی فرزندان

یکی دیگر از نکات مورد بحث این پژوهش، شخصیت و هویت اجتماعی و فرهنگی فرزندان در خانواده های مورد مطالعه ما بود. در واقع، فرزندان مثل همه انسانها دارای شخصیت و هویت بوده و خود نیز سعی می کنند تا با مدلها و سمبل هائی خود را هماهنگ کنند. یعنی هم مثل برخی اشخاصی شوند، و هم در نهایت دارای یک ویژگی منحصر به فرد باشند. به عبارتی خود را در دیگری حل کردن، یا دیگری را در خود بوجود آوردن، که با این فعالیت صاحب شخصیت و هویت می شوند. (تاپ، 1988) در واقع بر اساس فرهنگ اطرافشان جامعه پذیر (منادی، 1387) می شوند. ذکر دو نکته در این بخش بحث قابل تعمق می باشد، اولاً، شکل این هویت ها دائمی و ثابت نیستند، بلکه تقریباً از طرفی از کودکی تا سنین 16 الی 18 سال یک فرم هویت از خود به نمایش می گذارند، و از سنین 18 سال به بعد ممکن است هویت دیگری را که به تعبیر ژرژت لاپاساد، تا به این سن پنهان و در حال رشد بوده به نمایش بگذارند. (لاپاساد، 1990) از طرف دیگر ممکن است همان هویت سابق را بعد از این سنین تقویت کنند. ثانیاً، تعدادی از فرزندان دارای شکل های هویتی متعددی بوده، یعنی هویتی آشکار برای والدین خود و هویتی پنهان که قاندا از سنین 18 سال به بعد آن را علنی می کنند. داشته باشند. (منادی، 2000)

در تحقیق جالبی (به نقل از دکوره) که توسط دو محقق فرانسوی بر روی نوع رابطه والدین و چگونگی شخصیت فرزندان صورت گرفته است، به این نتیجه رسیدند که یک رابطه تنگاتنگی بین رابطه آزادی و استبداد و چگونگی شخصیت فرزندان وجود دارد. به این معنی که فرزندان که حالت درونی (درون گرا) دارند، یعنی پیشرفت ها و شکست ها را حاصل کار و تلاش و محاسبه خود می دانند، متعلق به خانواده هائی هستند که

رابطه آزادی در آنها حاکم است، و فرزندانی که حالت بیرونی (برون گرا) دارند، یعنی نقش خود را در شکست ها و پیشرفت ها به حداقل رسانیده اند، متعلق به خانواده هائی هستند که رابطه استبدادی در بین آنها حاکم می باشد. (دکوره، 1998 : 81) دکوره نیز در همین مورد معتقد است که رابطه ای که بر اساس آزادی و اجازه مطرح شدن به فرزند باشد، تولید حالت درونی میکند. بر عکس رابطه مستبدانه محصول بیرونی را به همراه خواهد داشت. وی، اضافه می کند که طبقه اجتماعی فرهنگی مرفه که اکثرا روابطی بر اساس آزادی یا دموکراسی دارند، تولید کننده حالت درونی می باشند. چون آنها چنین ویژگی ای را آگاهانه در فرزندان خود بوجود می آورند، و به آنها می آموزند. (همان منبع) از نظر راجرز، به نقل از پروین، "والدینی که شرایط امنیت و آزادی روانی برای فرزندان خود فراهم می کنند، به احتمال زیاد، بیشتر استعدادهای خلاقه وی را رشد می دهند تا والدینی که این شرایط را برای فرزندانشان فراهم نمی کنند." (پروین، 1374: 225)

لوتری، در تحقیقی پیرامون طبقه اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی خانواده ها، محیط خانوادگی، و توجه خانواده به امر تحصیل و در ارتباط با وضعیت تحصیلی فرزندان، متوجه شده است که هر چقدر این توجهات در نزد خانواده ها بیشتر باشد، به همان اندازه فرزندان از پیشرفت تحصیلی بیشتری برخوردار هستند. به اعتقاد لوتری، این توجهات بیشتر متعلق به خانواده های مرفه فرهنگی است. (لوتری، 1984)

بومریند در نتایج پژوهش خود می نویسد. با گذشت 3 تا 5 ماه از ورود کودکان به کودکانستان، نحوه رفتار آنها در هر سه گروه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج زیر بدست آمد :

پسران گروه اول نسبت به پسران گروه دوم رفتارشان خصمانه تر بوده و در برابر دیگران از خود ایستادگی و مقاومت نشان می داده و کمتر دست به کارهای مفید می زدند.

دختران گروه اول نسبت به دختران گروه دوم از استقلال کمتری برخوردار بوده، امر و نهی و تحکم کمتری می کرده اند، و با بر خور داری از اراده بیشتر کارهای مفیدتری انجام داده اند.

بطور کلی در رفتار کودکان گروه اول نسبت به گروه سوم اختلاف قابل ملاحظه ای به چشم نمی خورد ولی دختران گروه سوم، نسبت به گروه اول، با اراده تر بوده و از استقلال بیشتری برخوردار بودند. ولی در برابر

دیگران مقاومت و ایستادگی نشان نمی دادند. پسران گروه سوم اراده کمتری داشتند و رفتارشان نسبت به پسران گروه دوم خصمانه تر بوده و کارهای مفید کمتری انجام می دادند. (سیف سوسن، 1368 : 179)

ضمن تاکید بر این نکته که نهاد آموزش و پرورش، رسانه ها، شبکه دوستان و اجتماع بر روی چگونگی شخصیت اجتماعی و فرهنگی فرزندان بی تاثیر نیست، اما به نظر می رسد که اولاً، این تاثیرات در مقابل تاثیرات خانواده از در صد کمتری برخوردار بوده، ثانیاً، خانواده نیز می تواند تحت تاثیر رسانه ها (هولاب، 1378) و اجتماع قرار گرفته و به صورت کانالی برای انتقال ارزش های فرهنگی رسانه ها و جامعه بر روی فرزندان عمل کند. بنابراین، رفتار و روش والدین موجب می شود که وضعیت روانی، اجتماعی و فرهنگی فرزندان طوری ساخته شود که در آینده یا در جامعه موثر واقع شود و یا نسبت به جامعه بی تاثیر و بی تفاوت باشد. نهادهای دیگر جامعه به صورت موتورهای تشدید کننده و یا عوامل مقاومت کننده عمل می کنند. البته، در بعضی مواقع "خانواده تصویر فضای حاکم بر اجتماع می باشد." (سی شولی، 1998) و در مواقع دیگر، خانواده به صورت یک صافی در مقابل جامعه عمل می کند.

### شخصیت مجری، بازیگر، خالق<sup>1</sup>

انسانها دارای ویژگی های شخصیتی و هویت های اجتماعی و فرهنگی متفاوتی می باشند، یعنی دارای «خود»های (مید، 1963) متفاوتی می باشند، و خود آنها نیز در برگیرنده دو بخش یعنی «خود فاعلی» و «خود مفعولی» است. خود مفعولی حاصل محیطی است که فرد در آن رشد می کند که یکسان نخواهد بود. چون محیط ها برای همه افراد یکسان نیست. ژاک اردوانو رفتار و واکنش انسان را در مقابل نهادها و سازمانهای مختلف به سه صورت مجری، بازیگر و خالق ترسیم کرده است. بر اساس تفکر اردوانو، این سه حالت و ویژگی در تمام محیط ها قابل مشاهده بوده، ما نیز آنها را در محیط خانواده بررسی می کنیم. (اردوانو، 1994 : 16 و

(17

<sup>1</sup>- Agent, Acteur, Auteur

مجری : فرزندان هستند که مطیع بدون چون و چرای دستورات و خواسته های والدین خود بوده و هیچگونه مخالفتی نسبت به اوامر آنها نداشته و خود را مسؤل کارهای خود نمی دانند. اینگونه افراد در نتایج بدست آمده از پژوهش های انجام شده متعلق به خانواده هائی بودند که والدین رابطه ای مستبدانه با فرزندان خود داشتند. البته فقط در بین نمونه های مردم نگارانه خود، نمونه ای از پدر مستبد (استبداد استدلالی) و فرزند مجری برخوردیم که فرزند بعد از رسیدن به مرز نوجوانی از حالت مجری خارج شده و به رفتار بازیگر دست زده بود. در هیچ یک از نمونه هائی که والدین رابطه ای بر اساس دموکراسی و آزادی داشتند، فرزندانشان رفتاری مجریانه نداشتند.

بازیگر : فرزندان هستند که هر چند مسؤلیتی در قبال اعمال خود ندارند، ولی سعی می کنند دستورات والدین خود را با توجه به شرایط خودشان تا حدودی تغییر دهند و شرایط را بر وفق مراد خود مهیا کنند. این نوع فرزندان مانند بازیگران نقش های مختلف را ایفا می کنند. به عبارت دیگر، بازیگران بر اساس محیط هائی که در آن قرار می گیرند، معنی خاصی از آن محیط کرده و رفتاری مشابه آن معنی دارند. (فرزاد و دولابار، 1990 : 94) نمونه بارز اینگونه فرزندان در سنین بعد از نوجوانی مربوط به خانواده هائی است که رابطه ای استبدادی دارند. در نمونه های مردم نگاری خود فرزندان را یافتیم که تا قبل از 18 سالگی روشی صد در صد مجری گرایانه داشتند، ولی زمانی که توانستند کمی پا را از محیط خانه فراتر بگذارند، رفتار بازیگرانه را در پیش گرفتند. چند مورد از خانواده هایی که در آن شیوه آزادی حاکم بود، رفتاری بازیگرانه داشتند. و فقط دو مورد خانواده با شرایط دموکراسی، دارای فرزندان بازیگر بودند.

خالق : فرزندان که حرفها و دستورات والدین را گوش می کنند، شرایطی را بوجود می آورند که هم رضایت والدینشان را بدست آورده و هم به عقاید و خواسته های خودشان برسند. در واقع، آنها بر اساس خواسته های والدین و امکانات موجود، شرایط جدیدی را بوجود می آورند که مطابق رضایت خود و والدینشان باشند. اینگونه فرزندان بدون استثناء متعلق به خانواده هائی بودند که دموکراسی و یا آزادی در محیط خانواده اشان حاکم بود. اکثر موارد از خانواده هایی که شیوه دموکراسی را اجرا می کردند، فرزندانشان خالق بودند و چندفرزند از خانواده هایی با شیوه آزادی، فرزندانشان خالق بودند. (منادی، 1378)



## تأثیر ارتباطات والدین بر فرزند پروری

ارتباطات روشن و مستمر میان شما و همسران به فرزندپروری موثر کمک می‌کند. همچنین، ارتباطات روشن میان شما و کودکان، برای کمک به او جهت بهبود رفتارش، ضروری می‌باشد.

ارتباطات روشن به فرزندپروری موثر کمک می‌کند.

مشکلاتی که خانواده‌ها با آن دست به گریبان هستند: ارتباطات ضعیف

ارتباطات روشن و مستمر میان شما و همسران به فرزندپروری موثر کمک می‌کند. همچنین، ارتباطات روشن میان شما و کودکان، برای کمک به او جهت بهبود رفتارش، ضروری می‌باشد. ارتباطات خوب، مستلزم حرف زدن و گوش‌دادن فراوان از سوی تمامی اعضای خانواده است. کودک شما به ارتباط خوب، انضباط و عشق نیاز دارد. (سلیمی، 1380)

## والدین باید بر سراه‌ها، اتفاق نظر داشته باشند

شما و همسران باید تعیین نمایید که کدامیک از رفتارهای فرزندان خوب و مطلوب و کدامیک از آنها بد و نامطلوب است. ارزش‌های اساسی شما، اهداف و معیارهای رفتاری موردنظر شما برای کودکان را تعیین می‌کند. رفتار خوب کودک خود را پاداش داده و تقویت کنید و رفتار غیرقابل قبول او را با عدم پاداش دادن، حذف نموده یا تضعیف نمایید.

## حل مسأله توسط والدین

هنگامی که دیوید 4 ساله چیزی می‌خواست و یا فقط درصدد جلب توجه بود. اغلب از «زبان بچگانه» استفاده می‌کرد. اگر او تشنه بود، به شیرآب آشپزخانه اشاره کرده و می‌گفت: «آ.آ.آ» مادر دیوید که این زبان بچگانه را شیرین و ملیح می‌دانست، اغلب آن را پاداش می‌داد. (هرگاه که او می‌گفت: «آ.آ.آ» «لیوانی آب به او



می‌داد». اما پدر دیوید که این زبان بچگانه را زننده می‌دانست، او را سرزنش می‌کرد و او را «بچه‌ننه» می‌نامید. چنانچه شما به عنوان تک والد، مسئولیت تربیت فرزند خود را برعهده دارید، با گفتگوی فراوان با بزرگسال دیگری که با کودک شما ارتباط دارد، اهداف خود را روشن نموده و انتظارات واقع بینانه‌ای را برای رفتار کودک خود تعیین نمایید. ممکن است پدربزرگ و مادربزرگ یا پرستار بچه به صورت روزمره شما را در تربیت کودک یاری دهند. اگر چنین است، اطمینان حاصل کنید که شما و این افراد انتظارات و اهداف هماهنگی را در رابطه با کودک داشته باشید. (داوری، 1380)

### گفتگوی روشن میان والدین و کودک

شما و همسران باید با کمک همدیگر قوانینی را که می‌خواهید کودکان به آنها عمل کند، تعیین نمایید. در صورت امکان کودک خود را برای مشارکت در تعیین و تعدیل قوانین تشویق کنید. چنانچه او در تعیین یک قانون مشارکت نماید، احتمالاً بیشتر از آن تبعیت می‌کند. با این وجود، هنگامی که یک قانون تعیین گردید، شما باید از او انتظار تبعیت داشته باشید. او باید بداند که شما کدامیک از رفتارهایش را دوست دارید و کدام رفتارها ناپذیرفتنی هستند. البته، هیچ‌گاه به کودک خود نگویید که او «بچه بدی» است. بلکه به او بگویید که فلان رفتار او را نمی‌پذیرید. (مطهری، 1376)

هنگامی که شما قانونی را تعیین می‌کنید، باید کودکان شما به خوبی با آن آشنا شوند به طوری که بتوانند در صورت درخواست آن را بازگو کنند. والدین گرگ و آدام با در میان گذاشتن قانون با این دوقلوها به آنها کمک کردند تا آن را یاد بگیرند. پدر و مادر می‌توانند از آنها سوال کنند: «قانون مربوط به کشتی گرفتن چه بود؟» و گرگ یا آدام پاسخ می‌دهند: «قانون این بود که کشتی گرفتن در هر جای خانه، به جز در حال ممنوع است!» (واحد مرکزی خبر، 1383)

### چگونه دستورات موثر بدهیم

لطفاً اسباب بازی هایت را بردار». یک درخواست ساده است. «غذا را روی زمین نریز». یا «بیا اینجا و کت را از روی زمین بردار و آن را به چوبلباسی آویزان کن» همگی دستور هستند. والدین کودکانی که بی توجه اغلب قادر نیستند که آموزش ها یا دستورات روشن و قاطعی به کودکان خود بدهند. تمام والدین، به ویژه والدین کودکان دشوار، باید قادر باشند که آموزش ها یا دستورات روشن و موثری را به کودکان خود بدهند. هنگامی که شما از محرومیت زمان مند- یک روش تربیتی بسیار موثر- استفاده می کنید، باید قادر باشید که به کودک خود بگویید «بلافاصله به آن اتاق برو!» یاد گرفتن دستورات به این معنا نیست که شما باید همانند یک گروهبان مشق نظامی یکریز با فریاد دستور بدهید. با این وجود، چنانچه کودک شما معمولاً بی توجه است و حتی هنگامی که او را به دلیل بی توجهی سرزنش می کنید، به شما بد و بیراه می گوید، باید قادر باشید که دستورات روشن و موثری به او بدهید و از دستورات خود حمایت کنید.

چه زمانی دستور می دهیم؟ زمانی که کودک خود دستور بدهید که از او می خواهید یک سوءرفتار خاص را متوقف سازد و شما اعتقاد دارید که او از یک درخواست ساده برای متوقف ساختن آن سوءرفتار، سرپیچی خواهد کرد. همچنین، هنگامی که از کودک خود می خواهید که رفتار خاصی را شروع کند و شما اعتقاد دارید از یک درخواست ساده برای شروع این رفتار، سرپیچی می کند، به او دستور بدهید.

چگونه باید دستور بدهید؟ فرض کنید که شما وارد اتاق نشیمن می شوید و جنیفر، دختر هفت ساله و دشوار خود را می بیند که بر روی کاناپه جدیدی که تازه خریداری کرده اید در حال بالا و پایین پریدن است. شما باید مستقیماً به طرف او بروید و با حالت چهره جدی به چشمان او نگاه کنید و تماس چشمی با او را حفظ کنید. او را با نام صدا بزنید، سپس با تن صدای محکم به صورت روشن و مستقیم به او دستور بدهید. «جنیفر، بالا و پایین پریدن بر روی مبلمان برخلاف قانون ماست. از کاناپه بیا پایین!» در این صورت شما دستور روشنی به او

داده اید. (ری شهری، 1365)

دستور باید روشن و صریح باشد نه مبهم و نامفهوم. در صورتیکه بگویید «بیا اینجا و این اسباب بازی ها را یکی یکی در قفسه بگذار!» کودک شما به احتمال بیشتری به دستور شما توجه خواهد کرد، اما اگر به صورتی مبهم بگویید «یه کاری با این اسباب بازی ها بکن!» احتمال اطاعت او از این دستور شما کمتر خواهد بود. به هنگام دستور دادن، از سوال کردن یا بیان اظهاری غیرمستقیم مانند «بالا و پایین پریدن بر روی کانپه کار خوبی نیست!» خودداری کنید. به جنیفر نگویید «چرا بر روی کانپه بالا و پایین می پری؟» زیرا ممکن است در اینصورت او لبخندی به شما تحویل دهد و بگوید «آخر، خیلی بامزه است.»! همچنین، هنگامی که رفتار بد در حال اتفاق افتادن است، برای قانون خود استدلال نیاورید، زمان توضیح دلایل، قبل از قانون شکنی کودک و یا زمانی است که رفتار نامناسب او پایان رفته است. در حالیکه، جنیفر هنوز مشغول بالا و پایین پریدن بر روی کانپه است، به او نگویید «تو نباید روی کانپه بالا و پایین بپری. پول زیادی برای آن داده ام. هنوز قسط های آن تمام نشده است. فنهایش در می رود». بلکه فقط بگویید «از کانپه بیا پایین!» پس از آنکه دستور خود را دادید، احتمالاً جنیفر به دستور شما توجه کرده و از کانپه پایین خواهد آمد. با این وجود، بیایید فرض کنیم که جنیفر تصمیم می گیرد که از دستور شما سرپیچی کند. شاید او بخواهد که شما را بیازماید و ببیند آیا شما برای حمایت از دستور خود، چیزی در اختیار دارید؟ برای حمایت از دستوری که داده اید، لازم نیست که به شدت جنیفر را تنبیه کرده و یا او را به تنبیه تهدید نمایید. این کار ممکن است موجب پیچیدگی بیشتر یک مساله دشوار میان والد و کودک شود. شما یک راه بسیار ساده و موثر برای حمایت از دستور خود، در اختیار دارید. و آن هم «محرومیت زمان بند» است. بعداً در بخش دو، نحوه استفاده از محرومیت زمان مند را در چنین مقابله ای و بدون خشم شدید- مورد بحث قرار دهیم. فعلاً، گام های ساده زیر را برای دادن دستورات موثر به یاد داشته باشید. این گام ها را به خاطر سپرده و در صورت لزوم آنها را تمرین نمایید. (ستوده، 1375)

کودکان به انضباط و عشق نیاز دارند

تربیت به معنای آموزش خود کنترلی و بهبود رفتار به کودک است. کودک با دریافت عشق و انضباط از سوی شما، احترام به خود و خودکنترلی را یاد می‌گیرد. ما به کودکان خود انضباط را یاد می‌دهیم زیرا آنها را دوست داریم و می‌خواهیم که آنها به بزرگسالانی مسئول و توانا تبدیل شوند. والد موثر بودن، مستلزم داشتن عشق و محبت، دانش، تلاش و زمان است. این کتاب اصول اساسی تغییر رفتار و مهارت‌های عملی برای کمک به کودک را به شما آموزش می‌دهد. با این حال برای کمک واقعی به کودکان، شما باید به طور مستمر این مهارت‌ها را تمرین کرده و تلاش، زمان و همچنین عشق خود را به این کار اختصاص دهید. (آرون، 1381)

### دلایل»، والدین برای عدم انضباط دادن کودک خود

والدین به دلایل مختلف، از انضباط دادن به کودک خود، اجتناب می‌کنند. این والدین باید از علت تردید خود در مورد انضباط دادن کودکشان آگاه بوده و بر مقاومت خود برای انجام این کار غلبه نمایند. شما نمی‌توانید بدون اینکه نخست خودتان خواهان تغییر رفتارتان باشید، از کودک خود انتظار داشته باشید رفتارش را تغییر دهد. گاهی اوقات والدین به دلایل مختلفی از جمله موارد زیر تغییر رفتار خود را دشوار می‌یابند:

والد ناامید: چنین والدی احساس می‌کند که کودک او برای تغییر رفتار خود ناتوان است و همیشه بدین صورت، رفتار ضعیفی خواهد داشت. چنین والدی تسلیم کودک خود شده است.

والد غیرمواجهه‌ای: چنین والدی از مواجهه با کودک خود اجتناب می‌کند. او واقعاً از کودک خود انتظار ندارد که به او توجه کند و کودک هم این را درک می‌کند. گاهی اوقات این والد از این می‌ترسد که اگر درخواستی از کودک خود بکند، او را از دست می‌دهد. شنیدن جملاتی مانند «من تو را دوست ندارم»، «تو پدر وحشتناکی هستی» یا «ای کاش پدر جدیدی پیدا می‌کردم» از زبان کودک، به طور کامل چنین والدی را مبهوت کرده و اراده او را برای انضباط دادن به کودکش خنثی می‌کند.

والد کم انرژی: به نظر می رسد که چنین والدی فاقد انرژی فرزند پروری لازم برای برابری کردن با یک کودک فعال یا بد رفتار باشد. گاهی اوقات یک مادر یا پدر به تنهای مسئولیت کودک را برعهده دارد و در همین حال به یک شغل تمام وقت هم مشغول است. گاهی اوقات یک والد کم انرژی از افسردگی کوتاه مدت یا مزمن هم رنج می برد.

والد گناهکار: چنین والدی خود را برای مشکلات کودکش سرزنش کرده و به ویژه زمانی که برای انضباط دادن به کودک تلاش می کند، احساس گناه دارد. سرزنش خود و احساس گناه، او را از آموزش اصلاح رفتار به فرزندش باز می دارد. چنین والدی سهل گیر یا منفعل می شود.

والد عصبانی: بسیاری از والدین، همیشه در حین انضباط دادن به کودک خود به لحاظ هیجانی ناراحت و عصبانی می شود. از آنجایی که انضباط دادن بدون عصبانیت و ناراحتی و یا احساس بیچارگی، برای آنها امکان پذیر نیست، آنها به سادگی سوء رفتار کودک خود را نادیده می گیرند. روش محرومیت زمان بند به شما کمک می کند تا در زمان تنبیه نمودن کودک می کند تا در زمان تنبیه نمودن کودک خود، آسوده خاطر باشید.

والد بازداری شده: گاهی اوقات یک والد به هنگام تلاش برای انضباط دادن به کودک، توسط همسر خود بازداری می شود. چنانچه این اتفاق برای شما می افتد، با همسر خود در مورد اهداف مطلوب در مورد کودکتان، گفتگو کنید. پس از توافق بر سر اهداف پذیرفتنی، بر روی حصول توافق در مورد روش های مناسب انضباط دادن، کار کنید. گاهی اوقات، بستگان یا دوستان در زمانی که شما به کودک خود انضباط می دهید در کارتان دخالت می کنند. برخی از افراد خاص به طور مکرر در صورتیکه شما به کودک خود انضباط بدهید از کار شما ناراحت خواهند شد! اجازه ندهید که دیگران، شما را از اینکه والدی موثر و با اعتماد به نفس باشید، ناامید سازند.

والد ناراحت: مشکلات مادی، مسایل مالی و سایر موقعیت های دشوار زندگی، گاهی اوقات تبدیل به باری سنگین بر دوش والد، می شوند. اغلب اوقات این والد فاقد انرژی، زمان و انگیزه کافی برای کمک کردن به کودک خود است.

تربیت یک کودک و در عین حال اداره کردن یک خانواده، وظیفه ای دشوار و چالش برانگیز است. روان شناسان و سایر متخصصان می توانند والدین را برای افزایش درک از خودشان و از خانواده شان یاری دهند و می توانند آنها



را جهت بهبود مهارت‌های فرزندپروری‌شان کمک نمایند. فصل 22 به شما می‌گوید: که چه زمان و چگونه کمک حرفه‌ای در مورد خود و یا کودکان کمک حرفه‌ای دریافت کنید. (تنهایی، 1374)

این نکات عمده را به یاد داشته باشیم:

والدین باید در مورد اینکه کدام رفتارهای فرزندشان مطلوب و کدام رفتارها نامطلوب است، به توافق برسند.

با کودک خود ارتباط روشنی داشته باشید.

توانایی دادن دستورات روشن و موثر به کودک خود را کسب کنید.

کودک شما به انضباط دادن هم همانند عشق و محبت نیاز دارد.

چنانچه مسأله‌ای شما را از انضباط دادن به کودکان باز می‌دارد، ماهیت آن را مشخص کرده و در جهت اصلاح آن اقدام نمایید.

### فرزندپروری به کدام سبک؟

#### اجتماعی

براستی بزرگ‌ترین آرزوی والدین در تربیت فرزندان چیست؟ چگونه می‌توان فرزندان خود را خوشبخت کرد؟ آیا فرزندان ما باید همان گونه تربیت شوند که ما به عنوان والدین از آنها انتظار داریم؟ چرا اغلب والدین در تربیت فرزندان خود را شکست‌خورده می‌بینند؟ همه پدران و مادران آرزو می‌کنند فرزندانشان در زندگی افرادی مستقل، امیدوار، بانشاط و باایمان باشند. اما چگونه است که با وجود همه این خواسته‌ها و تلاش‌ها، والدین به آنچه آرزو می‌کرده‌اند نمی‌رسند. (آزاد، 1374)

براستی بزرگ‌ترین آرزوی والدین در تربیت فرزندان چیست؟ چگونه می‌توان فرزندان خود را خوشبخت کرد؟ آیا فرزندان ما باید همان گونه تربیت شوند که ما به عنوان والدین از آنها انتظار داریم؟ چرا اغلب والدین در تربیت فرزندان خود را شکست‌خورده می‌بینند؟ همه پدران و مادران آرزو می‌کنند فرزندانشان در زندگی افرادی

مستقل، امیدوار، بانشاط و باایمان باشند. اما چگونه است که با وجود همه این خواسته‌ها و تلاش‌ها، والدین به آنچه آرزو می‌کرده‌اند نمی‌رسند. (ثنائی باقر، 1378).

والدین باید به این واقعیت آگاه باشند که تربیت فرزندان چیزی فراتر از به کار بردن یک سری قواعد و روش‌هاست. فرزندپروری و پدر یا مادر بودن کار آسانی نیست، اما با تلاش و صرف وقت و با صبر و شکیبایی و آموزش والدین می‌توانند یاد بگیرند که چگونه فرزندشان را آنچنان که شایسته است پرورش دهند. والدین برای پرورش فرزندانشان راه‌های زیادی پیش‌رو دارند و مهم‌ترین کار آنان این است که در تلاششان برای فرزندپروری همواره به خاطر داشته باشند لازمه پرورش فرزندی شاد، سالم و مسوول ایجاد ارتباطی قوی و موثر با فرزندان است و احترام گذاشتن، شاد بودن، دلگرم کردن و عشق ورزیدن به آنان از اجزای مهم این ارتباطات قوی است. گاه والدین از این که فرزندانشان به آنها احترام نمی‌گذارند گله و شکایت می‌کنند، غافل از این که بسیاری از مواقع این خود بزرگسالان هستند که با رفتارشان بی‌احترامی را به فرزندانشان آموخته‌اند. آنان با فریاد زدن، کتک زدن یا تحقیر کردن، خود به فرزندانشان بی‌احترامی را می‌آموزند. (سیف، 1368)

همچنین فرزندان نیاز به محیطی شاد دارند. والدین باید ابتدا خودشان خوش خلق بودن را یاد بگیرند و بعد توقع این صفت خوب را از فرزندانشان داشته باشند. دلگرم بودن فرزندان نیز از عناصر مهم در ارتباطات بین والدین و فرزندان است. فرزندان از این طریق می‌توانند احساس محبوبیت کنند. آنان از این که همیشه از پدر و مادرشان «نه» بشنوند، خوشحال نمی‌شوند. در واقع دلگرمی یعنی کمتر روی اشتباهات فرزندانمان تاکید کنیم و همیشه به طور مستقیم یا غیرمستقیم به آنان این پیام را بدهیم که به او اطمینان داریم. همچنین فرزندان برای آن که احساس امنیت داشته باشند، باید بدانند والدینشان آنان را دوست دارند. پدر و مادر باید با گفتن جملاتی چون «دوستت دارم» و همچنین با در آغوش کشیدن فرزندان خود و با گفتار و کردار محبت‌آمیز، محیطی پر از مهر و محبت را برای فرزندشان فراهم سازند، چرا که محبت لازمه رشد فرزندان سالم است. (شریعتمداری، 1367)

## مهارت ارتباطی مهم در فرزندپروری

مهارت گوش دادن حمایتی یا همدلانه و همدلی کردن، اساسی‌ترین مهارت‌های ارتباطی در موضوع فرزندپروری است. گوش دادن دقیق و تشخیص زبان غیرکلامی بدن و لحن صدا اغلب بیش از کلمات، مفاهیم را انتقال می‌دهند. والدین هنگام گوش دادن به صحبت‌های فرزند خود می‌توانند از کلمات و جملاتی مانند «خوب است، بله، درست است، می‌فهمم، عالیه» استفاده کنند. همچنین برای ارتباط بهتر هنگام گوش دادن می‌توان از حرکاتی چون در آغوش گرفتن کودک، تکان دادن سر به علامت تایید، لبخند زدن، تماس چشمی محبت‌آمیز، نوازش فرزند و نزدیک شدن به وی استفاده کنیم. کافی است والدین با تکرار گفته‌های فرزندشان به او نشان دهند بخوبی در جریان آنچه می‌گوید، قرار دارند و به این نکته توجه داشته باشند که فرزندان ما هوشیارتر از آن هستند که ما فکر می‌کنیم و خیلی زود بی‌حوصلگی، خستگی و بی‌علاقگی ما را می‌فهمند. از دیگر مهارت‌های مهمی که در کنار مهارت گوش دادن می‌تواند ما را در درک بهتر احساسات فرزند و همچنین یک گفتگوی موفق یاری کند، همدلی است. همدلی در واقع توانایی سهیم شدن در احساسات دیگران است. همدلی والدین، نگرستن به مسائل از دریچه چشم بچه‌هاست. والدین در همدلی با فرزند خود لازم است به او بازخوردی بدهند مبنی بر این که اگر من هم جای تو بودم همین احساس را داشتم. (شیخاوندی، 379)

### موانع ارتباطی به جای مهارت‌های ارتباطی

در پاسخ به این پرسش که چرا اغلب والدین نمی‌توانند فرزندان خود را آن‌طور که شایسته است تربیت کنند می‌توان گفت ما به عنوان پدر و مادر بیش از آن که از مهارت‌های ارتباطی در تربیت فرزندمان استفاده کنیم از موانع ارتباطی استفاده کرده‌ایم. موانع ارتباطی آن چیزی است که مانع شروع یا ادامه گفتگوی آرام، دوستانه و سالم با کودک یا قطع آن می‌شود. این موانع گاه باعث درگیری لفظی، قهر و حتی برخورد فیزیکی بین والدین و فرزندان می‌شود. موانع ارتباطی مخرب همچون انتقاد نابجا، برچسب زدن، نصیحت کردن و... اغلب باعث کشمکش و برخورد بین آنان می‌شود. والدین با آموختن برخی از مهارت‌های ساده ارتباطی می‌توانند این موانع را از بین برده و به سالم‌تر شدن روابط با فرزندانشان کمک کنند. والدین لازم است بدانند کودکان در گفتگوی با والدین غالباً مقاومت نشان می‌دهند. آنان از این که کسی مدام آنها را نصیحت کند، از آنها ایراد بگیرد یا مرتباً به



آنان تذکر دهد نفرت دارند. آنان احساس می کنند والدینشان آدم های پرحرفی هستند. اگر کسی به گفتگوی یک مادر با فرزندش دقت کند، با کمال تعجب متوجه خواهد شد که هریک از آنها تا چه اندازه به حرف های همدیگر بی توجه هستند. از موانع مهم ارتباطی در فرزندپروری می توان انتقاد والدین از فرزندانشان را نام برد. برخی از والدین تصور می کنند بدون انتقاد کردن از فرزندشان در بزرگسالی باتربیت نخواهد شد، یا معلمان فکر می کنند اگر از دانش آموز انتقاد نکنند آنان هرگز درس را یاد نمی گیرند. والدین از این مهم غافلند که عیبجویی و انتقاد بی جای آنان باعث پنهان کاری و دروغگویی فرزند می شود. جالب است بدانیم یکی از دلایل مهم دروغگویی کودکان این است که ما والدین گاه همواره در حال سرزنش و انتقاد از فرزندانمان هستیم. بنابراین آنان زیرکانه تصمیم می گیرند واقعیت را پنهان کنند تا خود را از شر غرزدن های خسته کننده و انتقادات تند و تیز والدین رها سازند. والدین بهتر است انتقاد سازنده داشته باشند و به جای خاطرنشان کردن دائم اشتباهات فرزندان، فقط به آنان بگویند چه کاری درست است و چه کارهایی را باید انجام دهند. در حقیقت این نوع انتقاد به تغییرات مثبت ختم می شود در حالی که انتقاد مخرب باعث خشمگین شدن فرزند خواهد شد. نامگذاری و برچسب زدن نیز از دیگر موانع ارتباطی مهم است. برچسب هایی چون کودن، بچه ننه، ترسو و بی مصرف همگی باعث می شوند فرزند «خودپنداره منفی» از خود بسازد و در آینده نیز طبق همین برچسب ها زندگی کند. معمولاً خانواده ها برای برقراری ارتباط با فرزندانشان روش ها و شیوه های معینی دارند که به عنوان «سبک فرزندپروری» آن خانواده محسوب می شود. فرزندپروری سبک های متفاوتی دارد که 3 مورد از رایج ترین آنها عبارتند از: سبک استبدادی یا دستور صادر کردن، سبک سهل گیرانه یا حق انتخاب دادن و سبک مقتدرانه. در سبک استبدادی، اغلب محدودیت های غیرمنطقی برای فرزندان اعمال می شود و والدین یا به فرزندشان اصلاً آزادی نمی دهند یا آزادی کمی به آنان می دهند. در سبک سهل گیرانه، به کودکان آزادی بسیاری داده می شود و تقریباً هیچ محدودیتی درباره فرزندان اعمال نمی شود. در سبک سوم یا سبک مقتدرانه، والدین به فرزندشان می آموزند که بین آزادی و محدودیت تعادل ایجاد کنند. والدین باید از خود بپرسند کدامیک از روش ها و سبک های فرزندپروری مناسب ترند و با استفاده از کدامیک می توانند فرزندپروری موثری داشته باشند. والدینی که از سبک فرزندپروری استبدادی استفاده می کنند، والدینی بسیار سختگیر و انعطاف ناپذیر هستند.

آنان مقررات زیادی وضع می کنند و از فرزندان خود انتظار دارند این مقررات را مو به مو اجرا کنند و برای اجرای این مقررات گاه دست به تنبیه نیز می زنند. فرزندان این خانواده ها برای جلوگیری از تنبیه و درگیری، از مقررات خشکی که توسط والدینشان وضع شده پیروی و به این ترتیب رضایت والدین خود را جلب می کنند، ولی هیچ گاه یاد نمی گیرند برای خودشان فکر کنند. گاه نیز وقتی این فرزندان به خاطر بد بودن تنبیه می شوند، یاد می گیرند که رنجش والدین را به دل بگیرند و اغلب نیز راهی برای تلافی پیدا می کنند. درواقع روش استبدادی علاوه بر این که حق انتخاب را از فرزندان می گیرد، هیچ زمانی به آنان یاد نمی دهد که برای حل مشکلات راه های صحیح تری نیز وجود دارد. در خانواده هایی که از سبک سهل گیرانه استفاده می کنند به نوعی می توان گفت این خانواده ها تسلیم خواسته های فرزندان خود می شوند. این دسته از والدین هیچ محدودیتی برای فرزندانشان قائل نمی شوند. والدین سهل گیر به فرزندانشان یاد نمی دهند که برای زندگی در جامعه محدودیت هایی وجود دارد که در صورت رعایت نکردن این محدودیت ها، آنها در آینده دچار مشکل خواهند شد؛ بنابراین کودکانی که در این خانواده ها رشد می کنند، در کنار آمدن و سازگاری با افراد جامعه دچار مشکل می شوند، چون آنان نیاموخته اند که نمی توانند هر کاری را که دوست دارند انجام دهند. فرزندان خانواده های سهل گیر احترام به حقوق دیگران و مسوول پذیر بودن در مقابل افراد جامعه را بلد نیستند. در سبک مقتدرانه یا آزادمنشانه والدین میان آزادی و محدودیت های فرزندان خود تعادل برقرار می کنند. یعنی در عین حال که برای فرزندانشان محدودیت در نظر می گیرند، به آنان حق انتخاب نیز می دهند. در این خانواده ها در عین حال که نظر والدین مطرح می شود، برای رای و نظر فرزندان نیز احترام قائل می شوند و به فرزندان اجازه داده می شود که در تصمیم گیری ها شرکت کنند. درواقع سبک آزادمنشانه فرزند پروری، والدین را یاری می دهد تا به فرزندان بیاموزند که مسوولیت پذیر باشند، به حقوق دیگران احترام بگذارند و همکاری داشته باشند. می توان گفت شیوه های فرزند پروری والدین، هم یک عامل ایجادکننده و هم یک عامل بازدارنده رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانان است. مطالعاتی که نشان داده اند رفتارهای ضداجتماعی بر اثر شیوه های فرزند پروری نامناسب افزایش می یابند، بیشتر بر شیوه های فرزند پروری استبدادی یا سهل گیر تاکید دارند. محققان دریافته اند ترکیبی از عواطف والدینی ضعیف و مهارهای شدید والدینی، رفتارهای ضداجتماعی نوجوانان را افزایش می دهد. اگر مهار



والدینی از نظر نوجوان منطقی به نظر برسد و در یک فضای گرم و صمیمی انجام شود، مشکلی ایجاد نمی‌شود؛ ولی اگر مهار با بی‌عاطفگی همراه باشد، ممکن است رفتارهای ضداجتماعی نوجوان را افزایش دهد. تحقیقات اخیر بیانگر آن است که یکی از عوامل بسیار مهم در بروز رفتارهای نامناسب در نوجوانان، عدم نظارت والدین است، یعنی این که والدین از نوجوانان خود نمی‌پرسند به کجا می‌روند، چه موقع به خانه بازمی‌گردند و بیشتر وقتشان را در کجا می‌گذرانند. همچنین شیوه‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه و بی‌ثبات احتمال بروز رفتارهای ضداجتماعی را افزایش می‌دهد. (کلاین برگ، 1372)

### نکاتی که باید به خاطر سپرد

- به خاطر بسپاریم دلسوزی‌های بی‌حد و اندازه ما تاثیری جز وابستگی و تنبلی ذهنی در فرزندان نخواهد داشت.
- به خاطر بسپاریم دستور دادن، تهدید کردن، حرف زدن زیاد، سوالات نابجا و همچنین نصیحت کردن دائمی فرزندان، خود یک مانع ارتباطی مهم میان والدین و فرزندان است.
- باید همیشه به فرزندان خود نشان دهیم که او را می‌پذیریم، علی‌رغم تمام آنچه باید انجام می‌داده و انجام نداده است یا کارهایی که نباید انجام می‌داده و او انجام داده است.
- به خاطر بسپاریم واژگانی که در مکالمات خود با فرزندان به کار می‌گیریم، بار عاطفی دارند، پس در انتخاب واژگان دقت کنید و از کلماتی که مفاهیم منفی را به کودک القا می‌کند، استفاده نکنیم.
- به خاطر بسپاریم از صفات سطح پایین و منفی همچون خنگ، احمق، تنبل، کودن و... استفاده نکنیم. جملاتی چون «شما بچه‌اید، چیزی نمی‌فهمید» می‌تواند تاثیرات مخرب بر آنان داشته باشد.
- به خاطر بسپاریم همیشه زمانی را برای انجام دادن فعالیت‌های لذت‌بخش و مفرحی که فرزندان آنها را دوست دارد، در نظر بگیریم.
- به خاطر بسپاریم که هیچ‌گاه تحت تاثیر حالات روحی خود، فرزندان را مورد نقد و ارزیابی یا قضاوت قرار ندهیم.



در آخر این که حتما به خاطر بسپاریم رفتار ما به عنوان پدر و مادر، الگوی زنده‌ای است برای فرزندانمان. پس در همه حال مراقب رفتار خود باشیم. (گلدارد، 1374)

### شیوه فرزند پروری صحیح کدام است؟

مطالعاتی که در حوزه تربیت و روان شناسی کودک صورت گرفته‌اند حاکی از آنند که والدین در فرزندان خود از شیوه‌ها و روش‌های مختلفی استفاده می‌کنند. برخی از والدین استفاده از روش‌های صحیح فرزند پروری (درست پروری) را وجهه همت خود می‌سازند؛ در حالی که دیگران، ممکن است به شیوه‌های فرزند پروری نامطلوب و نامناسب متوسل شوند، آنان ممکن است در تعامل با کودک خود به استفاده مکرر از روش‌های تنبیهی روی بیاورند و یا اینکه کودک را به حال خود رها کنند و او را در انجام هر فعالیتی آزاد بگذارند. تردیدی نیست که نوع شیوه فرزند پروری می‌تواند اثرات بالفعل و بالقوه قابل ملاحظه‌ای بر رشد شخصیت، افزایش اعتماد به نفس و وضعیت عاطفی کودکان بر جای بگذارد. این اثرات غالباً پایدار بوده و می‌توانند زندگی روانی آینده‌ی کودک را تحت الشعاع قرار دهد. بامریند یکی از دانشمندانی است که در زمینه شیوه‌های فرزند پروری مطالعات متعددی انجام داده است. وی سه شیوه یا الگوی فرزند پروری را که والدین در برخورد با کودک خود از آن‌ها استفاده می‌کنند را مطرح کرده است:

#### 1- شیوه فرزند پروری مستبدانه ( تحکیم آمیز)

در این شیوه پرورشی، والدین تلاش می‌کنند تا رفتار فرزندان خود را شکل داده، کنترل و ارزیابی کنند. این دسته از والدین، دوست دارند فرزندان‌شان دستورات و اوامر آنان را بپذیرند؛ بنابراین، هر گاه رفتار فرزندان‌شان با خواسته‌ها و مطالبات آنان در تضاد باشد از روش‌های تنبیهی و مجازات استفاده می‌کنند. این گروه از والدین در کنش‌های متقابل و در تعامل خود با کودک سرد و بی‌روح عمل می‌کنند. کودکانی که در این نوع از خانواده‌ها پرورش می‌یابند معمولاً مطیع و فرمانبردار هستند و در رفتار آنان غالباً پرخاشگری دیده می‌شود.

#### 2- شیوه فرزند پروری مقتدرانه

در این شیوه فرزندپروری والدین انعطاف پذیر عمل می کنند. آنان ضمن اعطای آزادی برای فرزندان خود، مقررات روشن و آشکاری را برای آنان وضع می کنند. در عین حال، برای آن مقررات وضع شده دلایلی ارائه داده و غالباً در مورد خواسته هایشان با فرزند خود استدلال می کنند. این والدین به نیازها و عقاید فرزند خود حساس هستند و آنان را به رعایت مقررات خانوادگی تشویق و تقویت می کنند. این دسته از والدین در روابط خود با کودکان صمیمی هستند و برای راهنمایی و هدایت آنان غالباً از تقویت مثبت استفاده می کنند و هنگامی که شرایط ایجاب کند از سرزنش و تنبیه ملایم نیز بهره می برند. این گروه از والدین برای اعمال کنترل، در مقابل فشارهایی مانند نق زدن، ناله کردن کودک تسلیم نمی شوند و برای هر کاری که در ارتباط با کودک خود انجام می دهند دلیل منطقی و مستدل خود را توضیح می دهند. این والدین، برای رفتار خودمختارانه و انضباط ارزش قایل اند، زیرا معتقدند که کنترل منطقی و حساب شده موجب می گردد کودکان قوانین و اصول رفتاری صحیح را درونی کنند و در قبال رفتارها و اعمال خود احساس مسئولیت کنند. کودکانی که در این دسته از خانواده ها پرورش می یابند غالباً صمیمیت، خلاقیت، اصالت، سازندگی و کنجکاوی خاصی از خود نشان می دهند. با آزادی معقولی که در خانواده برقرار است این کودکان فرصت گفتگو با والدین را پیدا می کنند و در تصمیم گیری ها شرکت می جویند. به طور کلی می توان گفت این کودکان پرنرژی و فعال هستند و در بیان و ابراز احساسات خود کمتر دچار وقفه و بازداری می شوند.

### 3- شیوه فرزندپروری سهل گیرانه (آزادگذار)

در این شیوه فرزند پروری، والدین از فرزندان خود انتظار مشخصی ندارند و کودکان در بیان احساسات و رفتارهای خود آزادی عمل کامل دارند. چنین والدینی برای کنترل فرزندان خود به ندرت از زور و تنبیه استفاده می کنند. زندگی اعضای این گونه خانواده ها با هرج و مرج و بی نظمی همراه است، در بسیاری از موارد زندگی با این وضع دشوار است و خانواده دچار تزلزل می شود و آثار آن در زندگی فرزندان ملاحظه می شود. افراد این خانواده ها، غالباً بی بند و بار، لابلای، سهل انگار و بی هدف خواهند بود و معیاری بر رفتار آنان حاکم نخواهد بود.

آنان احساس مسئولیت نداشته و قادر به زندگی اجتماعی سالم نیستند، نمی‌توانند با دیگران به سربزند و اغلب در زندگی با شکست مواجه می‌شوند. (منادی، 1378)

## مهارت‌های فرزند پروری

### چگونه می‌توانیم والدین خوبی برای نوجوانان و جوانانمان باشیم؟

اکثر قریب به اتفاق زوج‌هایی که با پیوند زناشویی، زندگی مشترک خود را آغاز می‌کنند، در رویاهای خود تصاویر زیبا و لذت بخشی از فرزند یا فرزندان دارند که قرار است در آینده داشته باشند و در انتظار شکفته شدن ثمره زندگی زناشویی خود، روزهای پرامیدی را پشت سر می‌گذارند.

بدون شک برای تعداد زیادی از والدین داشتن و پرورش فرزند، تجربه‌ای بالقوه لذت بخش و جذاب است اما بسیاری مادران و پدرانی که با رسیدن فرزندانشان به دوران نوجوانی و جوانی، کاخ آرزوها و امیدهای خود را سرنگون و تخریب شده می‌بینند. آنان اغلب رفتارهای ناسازگارانه فرزند خود را با صفاتی مثل لجباز، پرخاشگر، گستاخ، قانون شکن، بهانه گیر، دروغگو، شلخته، بی‌اعتنا، عصبی و ... بیان می‌کنند. علت این است که اغلب والدین برای برقراری ارتباط با فرزند نوجوانشان آموزش ندیده‌اند و برای برخورد درست و سازنده با رفتارهای ناسازگارانه آنها آمادگی ندارند. در این مرحله عده‌ای از آنان به زور و تهدید متوسل می‌شوند و عده‌ای دیگر پرچم تسلیم به فرزندان خود نشان می‌دهند. عده‌ای نیز با آزمایش و خطا تلاش می‌کنند و روش‌های بهتری برای کنترل فرزندان خود پیدا کنند. آنچه مسلم است، این است که نمی‌توان ادعا کرد، یک روش صحیح یا فرمولی ثابت برای برخورد با فرزندان وجود دارد. تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های منحصر به فرد هر کدام از فرزندان، لزوم اتخاذ روش‌های اختصاصی را نشان می‌دهد. با این همه، به علت وجود نقاط مشترک بین تمام نوجوانان و جوانان، می‌توان از راهکارهای ارائه شده از سوی متخصصان بهره گرفت تا شرایط پرورش آرام و لذت بخش فرزندان مهیا شود. (نیک گهر، 1369)

### منظور از رفتارهای ناسازگار چیست؟

قبل از هر چیز، بهتر است به درک مشترکی از رفتارهای ناسازگار برسیم. نوجوانانی که رفتارهای ناسازگار از خود نشان می‌دهند، اغلب چالش‌های فراوانی برای والدین خود به وجود می‌آورند و رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که تاثیر منفی بر اطرافیان‌شان می‌گذارد و واکنش‌های ناخوشایند این افراد نیز به خودشان باز می‌گردد. در واقع، آنها با رفتار خود احساس بسیار بدی در طرف مقابل ایجاد می‌کنند؛ احساساتی مثل خشم، اضطراب، ترس، شرم و حتی حقارت و ضعف. سرپیچی از قوانین روزمره، قهر کردن و قشقراق راه انداختن، بحث و جدل با بزرگ‌ترها، آزار دادن و مقصر دانستن دیگران و ناسزاگویی، از کوره در رفتن، زودرنجی، خشونت، کینه‌توزی و انتقام گرفتن، از علائمی است که ممکن است این دسته افراد از خود نشان دهند. (هولاب، 1378)

### با رفتارهای ناسازگار چگونه برخورد کنیم؟

برای بهبود رفتارهای ناسازگار فرزندان، روش‌های مفید و متنوعی از سوی متخصصان ارائه شده است که تلاش می‌کنیم به تعدادی از بهترین‌های آنها اشاره کنیم:

تحقیقات نشان داده است، اگر والدین برخی رفتارهای خود را تغییر دهند روابطشان با فرزندان‌شان بسیار بهتر می‌شود. اگر والدین خود تحت فشارهای روانی ناشی از زندگی و کار هستند و نمی‌توانند رفتار و گفتار خود را کنترل کنند، بهتر است قبل از انجام هر گونه کاری درباره فرزند نوجوان خود، به فکر روشی برای کنترل فشارهای خود باشند و اگر به تنهایی از عهده آن برنمی‌آیند، به یک روان‌شناس یا مشاور مراجعه کنند. البته گاهی نیز والدین افکار غلط و افراطی درباره فرزند خود دارند. مثلاً: >او این کارها را می‌کند تا حرص مرا در بیاورد.< یا: >او باعث ایجاد تمام مشکلات ما در خانه است.< چنین افکاری زمینه را برای به وجود آمدن احساسات بسیار بد نسبت به او مهیا می‌کند و بالطبع بر رفتارشان تاثیر می‌گذارد. در این موارد باید به جای سخنرانی و بحث و جدل، کوتاه و موثر و با لحنی محکم ولی در کمال آرامش به او گوشزد کنیم که رفتارشان در ما چه تاثیری گذاشته و چه مشکلاتی ایجاد کرده است و بگوییم که اگر دست از این رفتار خود بردارد، چه عاقبتی در انتظار اوست. نکته مهم درباره این عاقبت این است که باید شدنی و محدود باشد. مثلاً نگوییم: برای همیشه از این خانه خواهیم رفت ! چون نمی‌توانید برای همیشه از خانه بروید. والدین بهتر است به یاد داشته

باشند که از مهارت‌های ارتباطی مثل گوش دادن، ابراز وجود و قاطعیت، حل مساله و تصمیم‌گیری استفاده کنند، چرا که بسیاری از ناسازگاری‌های نوجوانان به دلیل ناتوانی والدین در این‌گونه مهارت‌هاست. آنچه مسلم است، هیچ نوجوانی واقعا برای آزار دادن والدین خود دست به این اعمال نمی‌زند. آنها در حقیقت، یاد نگرفته‌اند چگونه خود را به شما و دیگران نشان دهند و هیجانات خود را مدیریت کنند و در این راه احتیاج به کمک دارند. (طباطبایی، 1384)

### آیا توانسته‌ایم محیط شادی برای نوجوانانمان مهیا کنیم؟

به نظر می‌رسد، نوجوانان امروزی بیش از گذشته نیاز به تفریح و نشاط و شادی دارند. خانواده‌هایی که قادر به درک نیازها و تمایلات جوانان نیستند و به دور از هر گونه صمیمیت با آنان برخورد می‌کنند، منتظر باشند که اگر زمینه لازم را برای شاد زیستن جوانان خود فراهم نکنند، آینده تلخی در انتظار جوانان آنان خواهد بود. امروزه فشار کار والدین و بی‌حوصلگی آنان پس از فراغت از فعالیت‌های روزانه و نبود سرگرمی‌های مفرح سبب شده است که اعضای خانواده و به خصوص نوجوانان کمتر شادی کنند. این در حالی است که توجه به ایجاد شادی در بین اعضای خانواده می‌تواند مانع گرایش آنان به ناهنجارهای اجتماعی باشد. اغلب برنامه خاصی برای برگزاری جشن‌ها و مراسم شاد وجود ندارد و جشن‌ها مورد پسند و سلیقه اکثریت نو جوانان ایرانی نیست. شاد بودن نیاز به فراهم کردن زمینه‌های خاصی همچون وسایل تفریحی و سرگرمی مناسب دارد، در حالی که مسوولان اقدامی در این خصوص انجام نمی‌دهند و همین عامل به افسردگی جوانان دامن می‌زند. نزدیک ۶۰ درصد جوانان ایران با مشکل برخوردار نبودن از طبیعت شادمانه زندگی در دوران نوجوانی مواجهند. (کوزر، 1380).

### ناگفتنی‌های نوجوانان

در سنین نوجوانی، فرزندان با مسائلی روبه رو خواهد شد که تا آن زمان اصلا برایش مطرح نبوده و تجربه و اطلاعات کافی درباره آن ندارد. متأسفانه ماهیت این مسائل اغلب به گونه‌ای است که در خانواده‌های ایرانی

درباره آنها کمتر صحبت می‌شود یا اصلاً صحبت نمی‌شود. همراه با تغییرات جسمی دوره بلوغ نوجوانان در جست‌وجوی هویت خویش هستند و اگر نهادهای جامعه‌پذیری آنان مانند خانواده و آموزش و پرورش کارکرد خود را به درستی ایفا و بستر مناسب برای هویت بخشی به نوجوان مهیا کنند، فرد دچار بحران هویت نخواهد شد ولی هم اکنون به دلیل تفاوت‌های جدی بین دو نسل، تمام پل‌های موجود بین نوجوانان و والدین از بین رفته و گفت‌وگو و تفاهم بین آنان تضعیف شده است. در مدارس ایران هم مبحث آموزش ضعیف است و به پرورش نوجوانان پرداخته نمی‌شود. با شرایط ذکر شده، نوجوان به گروه همسالان روی می‌آورد که معایب این رویکرد قبلاً ذکر شد اما اکنون مشکل از این هم فراتر رفته و این گروه که قبلاً قابل مشاهده بودند، بدلیل استفاده نوجوانان از اینترنت و گپ‌های اینترنتی، به گروه همسالان مجازی تبدیل شده است و نمی‌توان در این رابطه‌ها به صداقت و درستی طرفین اعتماد کرد. گرایش روزافزون به ارتباطات مجازی، نوجوانان را از دنیای واقعی به دنیای مجازی و هیجانی می‌کشاند، در حالی که در دنیای واقعی جامعه ایرانی جایی برای تخلیه این هیجانات اندیشیده نشده است. متأسفانه به همان میزان که افراد وقت خود را برای روابط مجازی صرف می‌کنند، از تعامل آنان با دیگران در محیط کار و خانواده کاسته می‌شود و روابط مجازی و فاصله‌دار، آنها را آسیب‌پذیرتر می‌کند. نیم‌نگاهی به تحولات آرام جامعه ارتباطی که با ظهور مراکزی از جمله گیم نت‌ها، کافی نت‌ها، موبایل فروشی‌ها، فروشگاه‌های کامپیوتری و... اتفاق افتاده است، به اولیا و مربیان هشدار می‌دهد که خودتان را با شرایط جدید وفق دهید، سریع یاد بگیرید، زبان نوجوانان را بفهمید، مطابق زمان فرزند تربیت کنید، درباره هدف‌های تربیتی و جهت‌های آن به تفاهم برسید و ناخواسته میدان را به نفع سلطه فرهنگی تربیتی غول‌های رسانه‌ای خالی نکنید. (کوهن، 1377)

### نقش کم رنگ فرزند پروری در جامعه امروز

#### نقش «مادر» در تثبیت جایگاه پدر در خانواده

در دوره ای که ما زندگی می‌کنیم، شرایط به گونه ای است که والدین باید برای ایفای نقش والد بودن خود تلاش کنند، چون دنیا به صورتی شده است که هر یک از دو والد بخصوص پدر مجبور است تا دیروقت

سرکار باشد، پس بنابراین به جای آنان کسان دیگری ایفای نقش می کنند و به بچه ها یاد می دهند چطور رفتار و بازی کنند، چگونه کتاب بخوانند و یا اوقات فراغت خود را سپری کنند. یا به طور کلی چه ارزشهایی را برایشان درونی کنند. چنین والدینی فقط می توانند به عنوان پدری خوب و مادری موقر، هزینه ها را پرداخت کنند و در واقع نقش والد بودن خود را خواسته یا ناخواسته به دیگری اعطا کنند، که معلوم هم نیست آیا آن فرد شایستگی ایفای این نقش را دارد یا خیر! در شرایط امروزی دنیا، (زندگی ای که سراسر تلاش و کوشش است) خانواده برخی از نقشها و کارکردهای اصلی خودش را از دست می دهد، که یکی از این نقشها فرزند پروری است. برای بررسی این مسأله ابتدا باید ببینیم آیا این مادر می تواند نقش خودش را درست ایفا کند یا خیر؟ زیرا خانواده ها ساختارهای گوناگونی دارند و به همان نسبت کارکردشان هم متفاوت است. گروه اول، خانواده هایی هستند که ناگهان و بدون برنامه نقش والد بودن را می پذیرند. بنابراین، به طور تصادفی می توانند در امر فرزندپروری و مسایل پیرامون آن موفق شوند. چون هیچ برنامه از قبل تعیین شده و یا دوره آموزشی برنامه ریزی شده ای را برای ایفای این نقش تدارک ندیده اند، ضمن اینکه ممکن است چنین زن و شوهرهایی در گذشته زندگی خود هم الگوهای مناسبی نداشته باشند، اگر هم الگوها مفید و مؤثر بوده اند، مناسب تربیت کودکان این دوره نیستند، زیرا امروزه ما با کودکانی سر و کار داریم که بهره هوششان حداقل ۱۵ نمره از میانگین هوش فرزندان گذشته بالاتر است. به همین دلیل اغلب والدین شیوه کارآمدی برای تربیت کودکان امروزی ندارند. بنابراین وقتی پدر و مادر با نقش والد بودن رو به رو می شوند به علت نداشتن الگوهای مشخص واقعاً نمی دانند چگونه باید والد باشند و دانش مناسب آن چیست؟ (کوکین، 1376)

### کسب اطلاعات در مورد نقش خود

به اعتقاد همین کارشناس، ممکن است والدین مطالبی جسته و گریخته مثل قطعات گمشده پازل در اختیار داشته باشند، ولی اطلاعاتشان خوب و منسجم نیست تا این نقش را بیافرینند این مسأله موضوع را بسیار پیچیده تر می کند، چون با این شرایط نه تنها مادر در تثبیت نقش پدر نمی تواند موفق باشد، بلکه در تثبیت نقش خودش هم کارآمد به شمار نمی آید. چون خانواده دقیقاً مثل یک سیستم عمل می کند و در تأثیر و تأثر

مدام و متقابل با یکدیگر قرار می گیرند، یعنی اجزا اگر تغییر می کنند یا انحرافی در کارکرد خود به وجود می آورند، این تغییر و انحراف در اجزای دیگر هم تأثیر می گذارد. چون هر کدام از اعضای خانواده رفتارشان تابعی از رفتار سایر اعضای خانواده است. پس بسیار مهم به نظر می رسد که اگر می خواهیم نقش یک پدر در خانواده حفظ شود، باید خود پدر هم دانش رفتار مؤثر داشتن را فرا بگیرد و اطلاعات موردنیاز برای ایجاد این نقش را داشته باشد و مادر هم اطلاعاتی در مورد نقش مادر بودن کسب کرده تا بتواند در مورد تثبیت نقش پدر مؤثر باشد. (کیویستو، 1380)

### نقش تأثیرگذار «مادر» در خانواده

برای اینکه والدین دانش «فرزندپروری» را در اختیار داشته باشند، باید بدانند که فرزندانشان چه ویژگیها و تواناییهایی دارند؟ پس اگر بگوییم: «وظیفه مادر است که نقش پدر را در خانواده تثبیت کند کافی نیست»، زیرا هر دو والد باید شناخت درباره فرزند پروری، تواناییهای کودکان و همچنین ویژگیهای خودشان را داشته باشند، تا بتوانند به صورت مؤثری عمل کنند. وقتی که همه این اطلاعات یعنی دانش در قبال نوع رفتار، شناخت فرزندان و مهمتر از همه شناخت خودشان به عنوان زن و شوهر فراهم شد و هم راستا با یکدیگر بودند، آنگاه مادر می تواند نقش تأثیرگذار خود را در خانواده نشان دهد. (محسنی تبریزی، 1373)

### مادر کمال طلب کیست؟

به گفته دیلمی گروه دوم، گروهی هستند که متأسفانه پدر اصلاً نقش مؤثری در خانواده ندارد و اگر هم مؤثر است، نقش مادر آنقدر کارآمد به نظر می رسد که نقش پدر را محو می کند. یعنی به خاطر حساسیتها و نداشتن دانش مادر، نقش پدر کاملاً نادیده گرفته می شود. چون والد مادری که بسیار کمال طلب است، دوست دارد همه کارها را بدون عیب و نقص انجام دهد، پس ناخودآگاه جلوی ایفای نقش پدر را می گیرد. (همان منبع)

### نقش تکمیلی در خانواده



به عقیده این کارشناس دسته سوم والدینی هستند که هر دو معتقدند باید همراه و به کمک یکدیگر نقش والدی را ایفا کنند، یعنی مرزی قایل نیستند و نمی گویند من پدرم و تو مادر هستی، بلکه برای یکدیگر نقش تکمیلی قایلند، به همین دلیل اینها والدین بسیار کارآمدی هستند که فرزندان مسؤل پرورش می دهند.(همان منبع )

### ائتلاف مخرب در خانواده

گاهی در سیستم خانواده پدیده ای به نام «ائتلاف» اتفاق می افتد. یعنی والد مادر بچه ها را به سمت خودش می کشد و با آنها به یک ائتلاف می رسد. در این ائتلاف پنهان کاری اتفاق می افتد. البته ائتلاف دلایل گوناگونی از قبیل احساس ناامنی از سوی مادر، یا عدم اطمینان از نقش کارآمد خود در خانواده می تواند از دلایل این موضوع باشد. در هر صورت، مادر بچه ها را به سمت خودش می کشد تا پناه و جبهه ای قوی داشته باشند. زیرا در یک خانواده آشفته و ناکارآمد بحث منازعه قدرت مطرح است. هر کسی می جنگد تا قدرتی بیشتر و جبهه ای قوی تر داشته باشد. بنابراین مادری که احساس عدم امنیت می کند با پدیده ائتلاف به قدرتمند کردن جبهه خودش می اندیشد از همین رو بسیاری از مسایل را از دید پدر مخفی کرده و مستقیم یا غیرمستقیم با قواعد و قوانینی که پدر آنها را وضع کرده مخالفت می کند. چون در اینجا رابطه احساسی و عاطفی مادر با فرزندان قوی تر است، البته در نهایت این روند بی تردید به ضرر خود مادر خواهد بود، چون بچه ها از ناهماهنگی و تضاد و تعارضی که بین والدین وجود دارد برای رسیدن به هدفهای خود استفاده می کنند. یعنی احساس ناامنی مادر را در برهه ای دیگر از زمان (طول زندگی) تشدید خواهند کرد. پس این ائتلاف را علیه مادر تغییر مسیر می دهند، زیرا این الگوی شایع و بارزی است که خود مادر به آنان آموزش داده و آنها آموخته اند هر کسی که هدفهای آنان را تحت تأثیر قرار داد علیه او ائتلاف کنند.(همان منبع)

### ائتلاف یا اتحاد؟

ائتلاف با اتحاد متفاوت است. هیچ اشکالی ندارد که اعضای خانواده با هم متحد باشند، زیرا به خاطر یک هدف مشترک با هم پیمان بسته اند. ولی در ائتلاف هدفها مشترک نیست، بلکه هر کسی به دنبال هدفهای شخصی خودش می باشد.

### بن بست مضاعف

در یکی دیگر از ساختارهای خانواده ناکارآمد، پدیده ای به نام «بن بست مضاعف» شکل می گیرد. در «بن بست مضاعف» والد مادر تقاضاهایی از فرزندانش دارد که عملاً خلاف آن را نشان می دهد، به عنوان مثال ظاهراً از بچه ها درخواست می کند از پدرشان حرف شنویی داشته باشند، ولی در عمل خودش چیزی خلاف این قضیه را انجام می دهد و خلاف آن را از بچه ها تقاضا می کند. افرادی که در بن بست مضاعف قرار می گیرند، رفتارهای ناسازگارانه و نابهنجار دارند، زیرا مادر در یک سطح از آنان چیزی می خواهد، ولی در سطح دیگر به طور پنهان آن را نفی می کند. اما نمی داند از این طریق رفتارهای نابهنجار را به فرزندانش آموزش می دهد.

### بچه ها عشق را از نگاه والدین می آموزند

باید این اصل را بپذیریم که بچه ها دیدگاههای ما را یاد می گیرند و از طریق دیدگاههای ما زندگی می کنند. آنان متوجه می شوند ما چه تصویری نسبت به خود و چه تصویری نسبت به همسرمان داریم. اگر این تصویری که نسبت به همسرمان داریم حاکی از افکار و احساساتی معطوف به احترام باشد، آنها نیز می آموزند که به ما و به پدرشان و همه افراد جامعه در سطح دنیا احترام بگذارند. حتی اگر آن فرد افکار و رفتارش مطابق میل او نباشد. زیرا بچه ها عشق را از نگاه والدین می آموزند. اگر والدین نگاهی معطوف به عشق، علاقه و پذیرش بی قید و شرط نسبت به یکدیگر داشته باشند، فرزندان عشق، علاقه و پذیرش بدون قید و شرط را می آموزند و آن را به عنوان رفتار شایع زندگی خود استنباط می کند. یعنی دست به نمونه برداری ادراکی می زنند و از طریق



داده های این نمونه برداری تعمیم می دهند و می آموزند این رفتار را نسبت به انسانهای مهم زندگی خود (همسر آینده شان) داشته باشند. (همان منبع)

### همکاری و همدلی والدین

اولین ملاک در مورد تثبیت جایگاه پدر در خانواده توسط مادر این است که والدین با هم همکاری و همدلی داشته باشند و یک درک متقابل بین آنان به وجود آید، پدر نقش حمایت کننده و سطح اتکای خوبی برای اعضای خانواده است و مادر نیز ضمن حفظ ارزشهای پدر، این موضوع را بپذیرد که در تمام ارکان زندگی برای موفقیت تک تک افراد خانواده می تواند بسیار مؤثر و مفید باشد. برای این منظور مادر باید تصویر یک حامی از پدر بسازد و پدر نیز باور داشته باشد که مادر نقش سازنده و مفیدی در زندگی مشترکشان دارد و از جایگاه ویژه ای برای رشد فکری - عاطفی، جسمی و اجتماعی افراد خانواده برخوردار است. اگر والدین در راستای فرزند پروری با یکدیگر هم سنگ و همدل باشند، بسیار موفق خواهند بود و زندگی سرشار از عشق و عطوفتی به فرزندانیشان عرضه می کنند. در صورتی که اگر والدین با هم اختلاف سلیقه و نظر داشته باشند، هر کدام سعی می کند نقش خود را قوی تر جلوه دهد و شیوه های رفتاری و تربیتی متفاوتی را اعمال کند چون هدفشان این است که نقش خود را پررنگ تر از نقش والد دیگر در حضور فرزندان مطرح کنند. در این صورت زندگی به میدان رقابت تبدیل می شود که حتماً باید یک برنده و یک بازنده داشته باشد. در حالی که والدین می توانند با همفکری و تشریک مساعی، در کمال احترام به یکدیگر به هدفهای موردنظر در زندگی مشترک و تربیت صحیح فرزندانیشان اهتمام ورزند. (جمیلی کهنه شهری، 1385)

### فرزند پروری مثبت چیست؟

فرزند پروری مثبت رویکردی است که هدف آن ارتقای رشد کودک و اداره کردن رفتار کودک به روشی سازنده و غیر آسیب زننده است. فرزند پروری مثبت بر اساس ارتباط خوب و توجه مثبت بنا شده تا بتوان به کودک کمک کرد که رشد کند. کودکانی که با فرزند پروری مثبت بزرگ میشوند با احتمال بیشتری مهارتها و



احساس مثبت نسبت به خود را پرورش میدهند. آنها همچنین با احتمال کمتری مشکلات رفتاری خواهند داشت. پنج جنبه کلیدی برای فرزند پروری مثبت وجود دارد.

### مطمئن شدن از ایجاد محیطی امن و جالب

کودکان کم سال نیاز به محیط بازی امن دارند بخصوص وقتی سینه خیز حرکت می کنند. اتفاقات در خانه مهمترین علت آسیب در کودکان کم سال است. داشتن یک محیط امن به این معناست که شما میتوانید با آرامش بیشتری فرزند پروری کنید و کودکان میتوانند محیط خود را کشف کند و طی روز سرگرم باشد در حالی که احتمال آسیب دیدن وی کمتر است. کودکان نیاز به محیطی سرگرم کننده دارند که به آنها فرصتهای زیادی برای گشتن کشف آزمایش و رشد زبان و رشد ذهنی وی را تحریک مینماید. کودکان همچنین نیاز دارند به حد کافی نظارت یعنی اینکه بدانید کودکان کجا و مشغول چه کاری است.

### ایجاد محیط مثبت آموزنده

والدین بایستی در دسترس کودکانشان باشند. این به این معنا نیست که در تمام لحظات با کودکان باشید بلکه به این معناست که وقتی کودک به کمک مراقبت یا توجه شما نیاز دارد در دسترس باشید. وقتی کودک به شما نزدیک میشود کارتان را متوقف کنید و اگر میتوانید زمانی را با او باشید. با تشویق کودک به اینکه تلاش کند خودش کارش را انجام دهد به او کمک کنید یاد بگیرد. تشویق و توجه مثبت کمک میکند علاقه کودک را برای یادگیری برانگیزد. وقتی میبینید کودکان چیزی را که شما میخواهید انجام میدهد به او توجه کنید. به کودکان نشان دهید کاری را که در حال انجام است دوست دارید در این صورت او با احتمال بیشتری آن را تکرار خواهد کرد.

### استفاده از دیسیپلین قاطع

دیسیپلین قاطع به معنی با ثبات بودن و عمل کردن فوری در مواقعی است که میبینید کودک رفتار نادرست دارد و یاد دادن رفتار قابل قبول. وقتی والدین از دیسیپلین قاطع استفاده میکنند کودکان یاد میگیرند مسوولیت رفتار خود را بپذیرند از نیازهای دیگران آگاه میشوند و خود کنترلی پیدا میکنند. همچنین در صورتی



که والدین از یک روز تا روز دیگر با ثبات و قابل پیش بینی باشند کودکان با احتمال کمتری مشکلات رفتاری پیدا میکنند.

شما میتوانید برای منحصر بفرد کودک خود ارزش قائل باشید و با اینحال انتظار رفتار رفتار عاقلانه داشته باشید. وقتی کودکان رفتار نامناسب دارد یا ناراحت است بهترین کار این است که آرام بمانید و از فریاد زدن با صدای بلند اسم او را بردن تهدید کردن یا زدن او خودداری کنید.

### داشتن انتظار واقع بینانه

انتظاراتی که والدین از فرزندانشان دارند به این بستگی دارد که آنها چه چیزی را در سنین مختلف عادی میدانند. به یاد داشته باشید که کودکان افرادی منحصر به فردند و با سرعت های متفاوتی رشد میکنند. آنها نیاز دارند قبل از یاد گرفتن مهارت های جدید از جمله استفاده از توالت پوشیدن لباس یا غذا خوردن به تنهایی از نظر رشدی آمادگی آن را پیدا کنند. اگر مطمئن نیستید فرزندان برای یادگیری مهارت جدید آمادگی دارد نظر یک کارشناس را جویا شوید. مشکلات وقتی به وجود می آیند که والدین از فرزندانشان انتظارات زیادی دارند قبل از اینکه آنها آمادگی داشته باشند یا انتظار داشته باشند فرزندان کامل باشد. برای مثال والدینی که انتظار دارند فرزندشان همیشه مودب شاد و حرف گوش کن باشد یا همیشه منظم و کمک کننده باشد خود را در شرایطی قرار میدهند که مایوس شوند و با فرزند خود اختلاف پیدا کنند. از فرزند خود انتظار نداشته باشید که کامل باشد. تمام کودکان اشتباه میکنند. بیشتر اشتباهات عمدی نیستند. این نیز مهم است که والدین انتظارات واقع بینانه از خود داشته باشند. این خوب است که بخواهید تمام تلاش خود را بعنوان یک مادر یا پدر انجام دهید اما تلاش برای اینکه والد کاملی باشید فقط منجر به احساس ناکامی و بی کفایتی میشود. نسبت به خود سختگیر نباشید هر کسی از راه تجربه می آموزد.

### بعنوان والد از خود مراقبت کنید

فرزند پروری راحت تر خواهد بود اگر نیاز شخصی والدین برای صمیمیت همراهی تفریح و تنها بودن برآورده شود. والد خوب بودن به این معنی نیست که فرزندان به تمام زندگی شما غلبه داشته باشد. اگر نیازهای خود



شما بعنوان یک بزرگسال برآورده شود بسیار آسانتر خواهد بود که شکایا با ثبات و در دسترس کودک خود باشید.

\*تمرین 4: فرزند پروری مثبت چیست؟

1- کدامیک از مهارت‌های فرزند پروری مثبت برای شما آسان است؟ به چه دلیل؟.....

2- کدامیک از این مهارتها برای شما سخت است؟ به چه دلیل؟.....

3- چه چیزهای دیگری مهم است که به کودکان کمک میکند رشد کنند؟.....

-علل مشکلات رفتاری کودکان: چرا کودکان به این روش رفتار میکنند؟ چرا اینگونه است که کودکانی که در یک خانواده بزرگ شده اند در بعضی چیزها شبیه بهم و در بعضی چیزهای دیگر اینقدر با هم متفاوت اند؟ برای فهمیدن اینکه چگونه کودکان رشد میکنند لازم است به سه چیز توجه کنیم : ترکیب ژنتیکی آنها محیط خانوادگی و جامعه ای که در آن زندگی میکنند. این عوامل مهارتها دیدگاهها و تواناییهایی را که کودکان پیدا میکنند شکل میدهند. همچنین این مساله را که آنها مشکلات رفتاری پیدا میکنند یا خیر را تحت تاثیر قرار میدهند.

\*تمرین 5: تعیین علت‌های مشکلات رفتاری کودکان:

برای اینکه رفتار کودک خود را بهتر بفمید به راهنمای سلامتی هر والد نگاهی بیندازید و اطلاعات آن را مطالعه کنید. در کنار هر عاملی که فکر میکنید نقشی در شکل گیری رفتار فرزند شما دارد علامت بزنید. اگر بخواهید میتوانید در جایی که مشخص شده نظر خود را بنویسید.

### ترکیب ژنتیک

کودکان ترکیب ژنتیکی منحصر به فرد از والدین خود به ارث می‌برند. این ترکیب شامل ویژگیهای آشکار مانند رنگ چشم و بافت مو و نیز ویژگیهای رفتاری و هیجانی میشود. برای مثال کودکانی که مشکل تمرکز دارند یا



احساس غمگینی و افسردگی میکنند ممکن است ترکیب ژنتیکی ای را به ارث برده باشند که آنها را برای داشتن چنین مشکلاتی آماده تر میکند.

کودکان همچنین ممکن است مزاج خود را از والدین به ارث ببرند مانند چقدر اجتماعی یا برونگرا هستند چقدر فعالند یا چقدر احساساتی هستند. بعضی از این ویژگیها اداره کردن را دشوار میکند. برای مثال بعضی کودکان توجه زیادی می طلبند بعضیها خیلی فعال و مشغولند و پیوسته در حال کشف اطراف خود میباشند بعضی دیگر زیاد گریه میکنند یا ایراد میگیرند و غذا دادن یا خواباندن آنها سخت است. با این حال تمام نوزادان دشوار در کودکی مشکلات رفتاری پیدا نمیکنند در حالیکه بعضی نوزادان آسان این مشکلات را پیدا میکنند. مشکلات رفتاری کودکان فقط به مزاج آنها بستگی ندارد بلکه به واکنش دیگران به رفتار آنها نیز وابسته است.

\*کودک شما بعنوان یک نوزاد چگونه بود؟

\*دوست داشت با مردم باشد توجه زیادی میخواست.

\*به سادگی ناامید میشد آرام کردنش آسان نبود در صورت تغییر ناگهانی پریشان میشد.

\*خیلی فعال مشغول پرانرژی و کنترل کردن اوسخت بود

-نظر:

.....

.....

.....

### محیط خانواده

ترکیب ژنتیکی کودک چیزی است که میتوان آن را تغییر داد. اما کودکان از محیط خانوادگی خود چیز یاد میگیرند و این محیط میتواند برای یاد دادن اینکه به روش مناسبتری رفتار کنند تغییر کند. فهمیدن اینکه کودکان چگونه از محیط خود چیز یاد میگیرند برای اینکه تصمیم بگیریم چطور با مشکل کنار بیاییم مفید است.

پاداشهای تصادفی برای رفتار نادرست

کودکان به سرعت یاد میگیرند که رفتار آنها اثری دارد و میتوانند کارهای دیگران را کنترل کنند. رفتارهای مشکلدار در صورتی که باعث شوند کودکان آنچه را میخواهند به دست آورند با احتمال بیشتری ادامه پیدا خواهد کرد. اغلب پاداشهای تصادفی یا پرداختهای پنهانی برای رفتار نادرست وجود دارد. پاداشهای تصادفی شامل توجه اجتماعی {مانند حرف زدن با کودک چشمک زدن یا لبخند} پاداشهای مادی {مانند اسباب بازی} فعالیت {مانند اینکه والد حواس کودک را با یک بازی پرت کند} یا دادن خوراکی {مانند بیسکویت بستنی یا آب نبات چوبی} میشود. برای مثال اگر زمانی که فرزندان برای اولین بار کلمه زشتی بر زبان می آورد تصادفاً لبخند بزنید یا وقت زیادی را برای دلیل آوردن برای او صرف کنید توجه اضافه میتواند کودک را تشویق کند که کلمه زشت را دوباره بر زبان بیاورد.

آیا هیچیک از پاداشهای تصادفی زیر در خانواده شما رخ میدهد؟

توجه اجتماعی-پاداشهای مادی-پاداشهایی به شکل کار-پاداشهای خوراکی

### تله های کنترل کننده

کودکان می آموزند که اگر کار خود را ادامه بدهند رفتار مشکلدارشان بدتر شود با احتمال بیشتری آنچه را که میخواهند بدست می آورند. برای مثال فرزند شما ممکن است درست قبل از ناهار از شما بیسکویت بخواهد. ممکن است شما چند بار بگویید نه. با اینحال اگر فرزندان ادامه بدهد و بر خواسته خود پافشاری کند یا آن را با صدای بلندتر تکرار کند احتمالاً شما در این تله می افتید که به او بیسکویت بدهید تا فقط سروصدا بخوابد. متأسفانه فرزند شما هم برای اینکه بر خواسته خود اصرار کند پاداش گرفته و یاد میگیرد که برای انجام خواسته هایش مصرتر شود و با صدای بلندتر تقاضا کند. شما هم پاداش گرفته اید چون فرزندان سرو صدا را متوقف کرده حداقل برای مدت کوتاهی. از آنجا که هم شما و هم فرزندان پاداش گرفته اید این کنترل احتمالاً دوباره رخ میدهد. به همین روش والدین هم یاد میگیرند که اگر پافشاری کنند و با صدای بلندتر حرف بزنند با احتمال بیشتری به خواست خود خواهند رسید. برای مثال ممکن است شما چندین بار از فرزندان بخواهید کاری را انجام دهد و این درخواست را به تدریج با صدای بلندتر تکرار کنید بدون اینکه موفق شوید. سرانجام احتمالاً شما با عصبانیت میخواهید که فرزندان آنچه را که خواستید تا سه شماره انجام دهد و گرنه خودش



میدانند! فرزندان به این ترتیب یاد میگیرند که شما تنها زمانی جدی هستید که فریاد بزنید و بشمارید. و پیش از اینکه آنچه را شما خواسته اید انجام دهد تا آن زمان صبر میکند. شما برای فریاد زدن پاداش گرفته اید زیرا فرزندان آنچه را از او خواسته اید انجام داده است و فرزندان پاداش گرفته چون شما فریاد زدن سر او را متوقف کرده اید. دوباره به دلیل اینکه پاداشی هم برای شما و هم فرزندان وجود دارد این روند احتمالاً باز هم تکرار خواهد شد.

\* آیا هیچیک از تله های تعدیل کننده زیر در خانواده شما اتفاق می افتد؟

\* کودک تعدیل کند

\* والد تعدیل کند

نظر:

.....

.....

### نادیده گرفتن رفتار مناسب

برای بعضی از کودکان هیچ پاداشی در انجام رفتار خوب وجود ندارد. متأسفانه رفتاری که هیچ توجهی برنمی انگیزد با احتمال کمتری تکرار میشود. اگر کودکان وقتی ذخوب رفتار میکنند نادیده گرفته شوند ممکن است یاد بگیرند که تنها راه گرفتن توجه نادرست رفتار کردن است.

\* آیا شما اغلب در این تله می افتید؟

\* نادیده گرفتن رفتار مورد پذیرش

نظر:

.....

.....

### نگاه کردن به دیگران



کودکان با نگاه کردن آنچه دیگران انجام میدهند یاد میگیرند. برای مثال وقتی والدین خشمگین میشوند و سر همدیگر فریاد میزنند و به خاطر فریاد زدن کاری را که میخواهند میکنند کودکان یاد میگیرند وقتی مشکلی دارند فریاد زدن کاری درستی است. کودکانی که از والدینشان کتک می خورند احتمالاً دیگران را میزنند. رفتارهایی مانند فریاد زدن حرفهای تند زدن عصبانی شدن زدن نامرتب بودن و اینکه وقتی اتفاق ترساننده ای رخ میدهد شما چه کار میکنید میتوانند با نگاه کردن به دیگران آموخته شوند.

آیا فرزند شما عادت بدی را از نگاه کردن دیگران کسب میکند؟

\*نگاه کردن به دیگران

نظر:

روشی که والدین از کودکانشان میخواهند کاری را انجام دهند میتواند براینکه فرزندشان آن کار را انجام خواهد داد یا نه تاثیر بگذارد. برخی مشکلات شایع در این زمینه عبارتند از:

\*بیش از حد زیاد بودن: هر بار که از کودکان خواسته میشود کاری را انجام دهند فرصتی برای نافرمانی آنها وجود دارد. وقتی کارهای بسیار زیادی از کودکان خواسته میشود آنها احساس ناتوانی میکنند.

\*بیش از حد کم بودن: گاهی کودکان به این دلیل نافرمان میشوند که هیچکس وقت کافی نگذاشته تا برای آنها روشن کند که چه انتظاری از آنها میرود. برای مثال ممکن است کودکی رفتار نامناسب غذا خوردن را نداند چون به اندازه کافی به او گفته نشده چگونه از قاشق و چنگال استفاده کند.

\*بیش از حد سخت بودن: کودکان وقتی والدین شان انتظارات بیش از حد از آنها داشته باشند و کارهایی از آنها بخواهند که فراتر از تواناییهای آنهاست مثل اینکه از یک کودک سه ساله بخواهند یک اتاق بهم ریخته را مرتب کند نافرمان میشوند.

\*در زمان نامناسب عنوان کردن: وقتی کودکی مشغول انجام کاری است مثل دیدن یک برنامه تلویزیونی دلخواه و از او خواسته میشود کاری انجام دهد بیشتر احتمال دارد که خواست شما را نادیده بگیرد.



\*بیش از حد مبهم بودن :کودکان کارهایی را که مبهم به آنها گفته میشود انجام نمی دهند مثل اینکه علی ابله نباش یا کارهایی که بصورت پرسشی بیان میشوند مثل اینکه دوست داری بخوابی ؟اگر به فرزندان فرصت انتخاب میدهید آماده باشید که بگوید نه.

\*زبان بدن :گاهی زبان بدن والد چیزی غیراز کاری را که خواسته میگوید مثل اینکه وقتی به کودک میگوید کاری را رها کند در حال لبخند زدن یا خندیدن باشد.همچنین کودکان معمولاً کارهایی را که از یک اتاق به اتاق دیگر با فریاد گفته میشود انجام نمیدهند چون والدین آنجا نیستند که کاری را خواسته اند پی بگیرند.

\*چگونه از فرزندان میخواهید کاری را انجام دهد؟

\*بیش از حد زیاد

\*بیش از حد کم

\*خیلی سخت

\*در زمان مناسب

\*بیش از حد مبهم

\*ناهماهنگ

\*نظر:

### پیامهای احساسی

والینی که فرزند خود را قبول ندارند بجز رفتار کودک اعتماد به نفس او را نیز کم میکنند.بردن نام کودک با اصطلاحاتی مثل ابله یا خنگ و پیغام هایی که به او احساس گناه میدهد.مثل گفتن اینکه مادر بزرگ چه فکری میکند اگر ببیند تو داری این کار را میکنی؟ممکن است به خاطر شرمساری کودکان را به همکاری وادارد ولی آنها را خشمگین کناره گیر و غیر همکار میکند.

\*آیا شما هیچیک از این پیغامهای احساسی را میدهید؟



\*اسم گذاشتن روی فرزندان یا تحقیر کردن او

\*پیغامهایی که احساس گناه ایجاد میکنند

\*نظر:

### استفاده ناکارآمد از تنبیه

کودکان میتوانند مشکلات رفتاری پیدا کنند به خاطر روشی که والدین از دیسپلین یا تنبیه استفاده میکنند. اینجا بعضی دلایل در مورد اینکه چرا تنبیه کاری از پیش نمیبرد ارائه میشود.

1- تهدید به تنبیه میشود ولی تنبیه انجام نمیشود: اگرچه تهدید در ابتدا تاثیر دارد کودکان به سرعت یاد میگیرند وقتی والدین تهدیدات خود را عملی نمی کنند دستورات والدین را نادیده میگیرند. تهدید به تنبیه حتی میتواند مبارزه طلبی قلمداد شود و کودکان والدین خود را امتحان کنند تا ببینند چه اتفاقی میافتد.

2- تنبیه در زمان عصبانیت انجام میشود: وقتی والین عصبانی هستند همیشه خطر از دست دادن کنترل و آسیب زدن به کودک وجود دارد. اگر نگران این هستید که چنین اتفاقی بیفتد با یک کارشناس مشورت کنید.

3- تنبیه بعنوان پاسخ به یک بحران: گاهی والدین واکنش شدید به رفتار نادرست نشان میدهند زیرا پیش از اینکه کاری برای آن انجام دهند منتظر مانده اند تا رفتار کودک به اندازه غیرقابل تحملی برسد.

4- استفاده بی ثبات و بی ضابطه از تنبیه: بی ثباتی و بی ضابطه عمل کردن فهم این را که چه چیزی از کودک انتظار میرود را دشوار میکند. مشکلات رفتاری وقتی رخ میدهند که دستورات و قوانین از یک روز به روز دیگر با ثبات به کار نمی روند. در خانوادهایی که هم پدر و هم مادر حضور دارند مشکلات همچنین میتواند وقتی رخ دهد که والدین با هم توافق ندارند یا در مقابل کودک برای اجرای قوانین از هم حمایت نمیکنند.

\*آیا شما هیچیک از مشکلات زیر را با دیسپلین قوانین دارید؟

-تهدیدها اجرا نمیشود

-تنبیه در زمان خشم انجام میشود



-تنبيه به عنوان پاسخی به بحران است

-استفاده بی ثبات از تنبيه

\*نظر:

## باورها و انتظارات والدین

بعضی باورها کمکی نمی کنند و فرزندپروری را دشوار مینمایند. اینجا برخی باورهای غیر مفید رایج ارائه میشود:

1- این فقط یک مرحله از رشد کودک است. این باور از اینکه والدین مستقیم به مشکل رسیدگی کنند جلو گیری میکند. در عوض والدین ممکن است قبل از اینکه بد نبال دریافت کمک بروند یا تغییری ایجاد کنند منتظر بمانند تا زمانی که مشکل شدید و دراز مدت شده است.

2- او این کار را از روی عمد میکند فقط برای اینکه مرا اذیت کند. این باور سرزنش را بار کودک میکند و ممکن است سبب شود والدین بی میل و خشمگین شوند و نسبت به رفتار نادرست واکنش شدید نشان دهند. این باور همچنین جلوی این را میگیرد که والدین ببینند اعمال خود آنها چه نقشی در مشکل رفتاری دارد.

3- همه اش تقصیر من است که او اینطوری است. این باور والدین را به خاطر مشکل رفتاری کودک سرزنش میکند وقتی والدین فکر کنند که آنها باید به خاطر رفتار کودکشان سرزنش شوند احساس گناه و افسردگی میکنند. این صبور آرام و باثبات بودن در مقابل کودک را حتی سخت تر میکند. انتظارات والدین نیز میتواند فرزندپروری را سخت تر کند. این غیر واقع بینانه است که والدین از کودک خود انتظار داشته باشند کامل باشد. این احتمالاً منجر به ناامیدی و اختلاف با کودک میشود. والدین میتوانند همچنین انتظارات غیر واقع بینانه از خود داشته باشند. وقتی والدین هدف خود را این میگذارند که کار خود را کامل انجام دهند خود را آماده نارضایتی و ناکامی میکنند.

\*آیا هیچیک از موارد زیر در مورد شما صادق است؟

-باورهای غیر مفید



## -انتظارات غیر واقع بینانه

نظر:

### تاثیرات ما بر خانواده

تاثیرات دیگری هم بر بهزیستی والدین وجود دارد که فرزند پروری را دشوار میکند. اینجا چند مثال وجود دارد:

\* رابطه والدین: مشکل رفتاری میتواند زمانی بروز کند که رابطه یک زوج اجباری است و تنش و اختلاف زیادی در خانواده وجود دارد. وقتی کودکان بگومگو و جدال زیادی بین والدین خود میبینند پسرها ممکن است پرخاشگر و دخترها مضطرب یا افسرده شوند.

\* هیجانات والدین: احساسات والدین مثل عصبانیت افسردگی یا اضطراب میتواند مانع آنها برای با ثبات بودن و اداره موثر رفتار کودکان باشد. برای مثال وقتی والدی احساس غمگینی یا افسردگی میکند احتمال دارد تحریک پذیر و کم تحمل شود افکار غیر مفید در مورد کودک داشته باشد بخواهد زمان کمتری با فرزندش سپری کند و نظارت کمتری بر کودک داشته باشد.

\* استرس: همه والدین زمانی تحت استرس قرار میگیرند مثل زمان اثاث کشی مشکلات مالی یا فشار کاری. کودکان به روال منظم نیاز دارند و وقتی این استرسها روال معمول خانواده را برای مدت زیادی بهم میزند ناراحت میشوند.

\* آیا هیچکدام از موارد زیر در مورد خانواده شما درست است؟ رابطه والدین با یکدیگر - احساسات والدین - استرس.

نظر:

### تاثیرهای خارج از خانه

برای والدین غیر ممکن است که تمام تاثیرات روی رفتار فرزندشان را کنترل کنند. رفتار کودکان وقتی ارتباط بیشتری با افراد جامعه پیدا میکنند تحت تاثیر عوامل خارج از خانه هم قرار میگیرد.

### همسالان و دوستان



وقتی کودکان شروع به قاطی شدن با کودکان دیگر میکنند تحت تاثیر روابط خود با همسالان و کارهای آنها قرار میگیرند. برای مثال کودکان پرخاشگر و مخل اغلب از سوی همسالان خود طرد میشوند مهارتهای اجتماعی ضعیفی دارند و برایشان سخت است با کسی دوست شوند یا دوستی خود را ادامه دهند. این کودکان با کودکان مخل دیگر قاطی شوند و از آنها یاد بگیرند و رفتار مشکلدارشان ادامه پیدا کند.

### مدرسه

موفقیت کودکان در مدرسه میتواند سازگاری و رفتار آنها را تحت تاثیر قرار دهد برای مثال کودکی مشکل رفتاری پیدا کند که کار مدرسه را سخت می یابد خوب کار نمیکند یا به ندرت پاداش یا تحسین برای تلاشهایش دریافت میکند.

### رسانه و تکنولوژی

کودکان میتوانند مشکل رفتاری مثل ناسزا گفتن یا پرخاشگری را تماشا کردن فیلم و برنامه های تلویزیون خواندن روزنامه و داستانهای خنده دار یا بازیهای کامپیوتری یاد بگیرند.

\* آیا هیچیک از نگرانیهای زیر در خانواده شما وجود دارد؟

-همسالان و دوستان

-مدرسه

-رسانه و تکنولوژی

نظر:

تمام والدین میتوانند زمانی در تله فرزند پروری بیفتند. باید احتمالاً فرا بشر باشید که فرزندان را بدون دادن هیچ پاداشی تصادفی یا افتادن در تله های تعدیل کننده یا بی ثبات بودن بزرگ کنید. در واقع امکان ندارد والد بود بدون اینکه در این راه اشتباهاتی انجام داد. با این حال مشکلات رفتاری کودکان بیشتر رخ میدهند اگر شما



دریابید که اغلب در این تله های فرزندپروری می افتید. بنابراین اینکه آنها در روابط روز به روز چقدر اتفاق می افتند مهمتر از این است که به سادگی اتفاق می افتند مهمتر از این است که به سادگی اتفاق می افتند یا نه.

**\*عوامل دیگر:**

- آیا چیزهای دیگری را میشناسید که بر رفتار کودک شما تاثیر دارد؟ اگر بله آنها را در زیر فهرست نمایید.

### اهدافی برای تغییر

حالا که علت های احتمالی مشکلات رفتاری را دیده اید در مورد تغییراتی که میخواهید در رفتار کودک و نیز رفتار خودتان بدهید فکر کنید. این تصمیم شما /والد است که چه مهارتهایی به فرزندتان آموزش داده شود. به یاد داشته باشید کودکان میبایست قبل از یادگیری یک مهارت تازه از نظر رشدی آمادگی آن را داشته باشند. این میتواند مفید باشد که مهارتهایی را که به کودک کمک میکند یاد بگیرد مستقل باشد و با دیگران کنار بیاید در ذهن داشته باشید.

-تمرین 6: چه مهارتهایی را باید در کودک تشویق کنیم.

به فهرست زیر نگاه کنید و فکر کنید میخواهید چه مهارتهایی را در کودکان تشویق کنید.

**\*چگونه رابطه برقرار کند و با دیگران کنار بیاید:**

-عقلید ایده ها و نیازهای خود را بصورت مناسب به دیگران ابراز کند.

-وقتی نیاز به کمک دارد آن را درخواست کند.

-درخواستهای بزرگترها را انجام دهد.

-با کودکان دیگر همکارانه بازی کند.

-از احساسات دیگران آگاه باشد.

-آگاه باشد چگونه اعمال خود او بر دیگران تاثیر میگذارد.

**\*چگونه احساسات را اداره کند:**



- احساساتش را به گونه ای ابراز کند که به دیگران آسیب نزنند.

- کارهای آسیب زننده را کنترل کند و قبل از عمل فکر کند.

- احساسات مثبت نسبت به خود و دیگران داشته باشد.

- قوانین و محدوده ها را بپذیرد.

\* چگونه مستقل باشد:

- کارهایی را برای خود انجام دهد.

- خود را سرگرم کند بدون اینکه به توجه همیشگی بزرگترها نیاز داشته باشد.

- در مقابل کارهایش احساس مسوولیت کند.

\* چگونه مشکلات را حل کند:

- در مورد مسایل هر روزه توجه و کنجکاوی نشان دهد.

- پرسش کند و عقاید خودش را داشته باشد.

- به راه حل‌های دیگر هم توجه کند.

- با دیگران گفتگو کند و نتیجه بگیرد.

- برای خود تصمیم بگیرد و مشکلاتش را حل کند.

نظر:

- تمرین 7: هدف گذاشتن برای تغییر.

وقتی اهداف خود را برای تغییر مشخص میکنید رفتار کنونی فرزندان را در نظر بگیرید. فکر کنید که میخوايد

چه کارهایی را بیشتر انجام دهد {مثلا مؤدبانه صحبت کردن با خود بازی کردن بدمن نیاز به توجه همیشگی

یک بزرگتر انجام دادن آنچه به او گفته میشود ماندن در رختخواب خود تمام شب} همچنین توجه کنید

میخواهید چه کارهایی را کمتر انجام دهد {مثلا قشقرق راه انداختن کتک کاری کردن غر زدن موقع غذا خوردن



اختلال ایجاد کردن در کارها}. این مهم است که توجه کنید چه تغییراتی را میخواهید در رفتار خودتان ایجاد کنید. حالا که میدانید چه چیزهایی میتواند در رفتار مشکلدار فرزندان سهمی داشته باشد برای خودتان نیز اهدافی بگذارید ببینید چه کارهایی را میخواهید بیشتر انجام دهید {مثلا آرام ماندن، دستورات روشن و مستقیم دادن} و

چه کارهایی را میخواهید کمتر انجام دهید {مثل تهدید کردن- داد زدن و دستور دادن از اتاق دیگر}. در زیر تغییراتی را که میخواهید در رفتار فرزندان و رفتار خودتان بنویسید. اهداف خود را دقیق و رفتاری ذکر کنید.

اهدافی برای تغییر رفتار فرزندم	اهدافی برای تغییر رفتار خودم

### ردگیری رفتار کودکان

اگر نگران برخی جنبه های رفتار فرزند خود هستید ردگیری کار مفید است. ثبت کردن به چند دلیل مفید است.  
 \* به شما این شانس را میدهد که بررسی کنید آنچه در مورد رفتار فرزندان فکر میکنید واقعا درست است یا خیر {مثلا آیا فرزندان از همه دستوراتی که شما میدهید سر باز میزنند؟}  
 \* به شما کمک میکند واکنش خود را به فرزندان واری کنید و مشخص کنید چه وقتی و چرا آن را رفتار رخ میدهد.

\* به شما امکان میدهد ارزیابی کنید آن رفتار در حال تغییر است یا خیر {برای مثال در حال بهتر شدن در حال بدتر شدن است یا همانطور مانده.}

\* به شما میگوید به هدف خود رسیده اید یا خیر.

-تمرین 8-ردگیری.



رهبر گروه به شما تعدادی از روشهای ردگیری رفتار کودکان را نشان میدهد. هرپرسش یا نظری دارید با اعضای گروه در میان بگذارید.

### \*جدول رفتاری\*

اگر نگران بعضی جنبه های رفتار فرزندان هستید مفید است که ردگیری کنید. از یک جدول رفتاری استفاده کنید در این جدول بنویسید چه وقت و کجا رفتار مشکلدار رخ داد چه چیز قبل از رفتار اتفاق افتاد {چه چیز باعث آن شد} و بعد از آن چه اتفاقی افتاد {شما چه واکنشی نشان دادید}. این به شما کمک میکند موارد زیر را مشخص کنید:

\*الگوهای رفتار فرزندان

\*چقدر رفتار رخ میدهد

\*چقدر با ثبات با رفتار فرزندان مقابله میکنید

\*زمانها یا موقعیتهای پر خطر

\*راه اندازیهها یا علل احتمالی

\*پاداشهای تصادفی احتمالی

مثال : جدول رفتاری نمونه

دستورالعمل : رفتار مشکلدار را بنویسید همچنین اینکه چه وقت و کجا رخ داد و چه چیز قبل و بعد از آن اتفاق افتاد.

\*رفتار مشکلدار: قشقراق راه انداختن



واقعۀ مشکلدار	کی و کجا رخ داد	چه چیز قبل از آن اتفاق افتاد	چه چیز بعد از آن اتفاق افتاد	توضیحات
غلت خوردن روی زمین و گریه کردن	ساعت 7:30 در اتاق نشیمن	از او خواسته شده بود لباس بپوشد	به اجازه داده شد مدت کوتاهی بیشتر تلویزیون تماشا کند.	
پا کوبیدن روی زمین و داد زدن	ساعت 8 در اتاق نشیمن	تلویزیون خاموش شده و از او خواسته شده بود لباس بپوشد.	به اتاق برده شد و به او کمک شد لباس بپوشد.	دیر از خانه بیرون رفتیم. عصبانی بودم.
جیغ کشیدن داد زدن پا به زمین کوبیدن	ساعت 10:30 دقیقه در سوپر مارکت	به اجازه داده نشده بود اسباب بازی جدید بخرد.	تسلیم شدن و خریدن اسباب بازی برای او.	شرم زده بودم. هر کاری برای ساکت کردن او میکنم.
جیغ زدن مشت کوبیدن به زمین	ساعت 12:30 اتاق نشیمن	خواسته بود قبل از ناهار اسباب بازی را سرهم شود.	به اتاقش فرستاده شد. خودم اسباب بازی را سرهم کردم.	35 دقیقه در اتاقش گریه کرد و جیغ کشید.
اخم کردن گریه کردن	ساعت 18 بیرون از خانه	به او گفته شده بود بازی را تمام کند و برای خوردن شام بیاید.	سیلی خورد. به اتاقش فرستاده شد. شام به او داده نشد.	احساس گناه داشتم. بعداً به او بستی دادم.

#### \*برگه چوب خط\*

راه دیگر برای ردگیری رفتار فرزندان اینست که یادداشت کنید این رفتار چقدر اتفاق می افتد. برای انجام این کار روی برگه چوب خط شبیه آنچه در زیر آمده هر وقت رفتار مورد نظر از او سر می زند یک علامت بگذارید.

#### \*برگه چوب خط نمونه\*

دستورالعمل: روز را در اولین ستون بنویسید و سپس جلوی آن روز هر بار که آن رفتار رخ میدهد یک تیک بگذارید. مجموع تعداد دفعات رخداد رفتار را در هر روز در ستون انتهایی بنویسید.

تاریخ شروع:

رفتار: ناسزا گفتن



روز	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
جمع						

#### \*گراف رفتاری\*

شما حتی میتوانید اطلاعات بدست آمده را روی گراف نشان دهید تا راحت تر پیشرفت فرزندان را ردگیری کنید تا پیش از آنکه برنامه فرزند پروری تازه ای را شروع کنید یک هفته یا بیشتر آنطور که قبلاً" گفته شد رد

رفتار فرزندان را یاد بگیرید. بعد از اینکه یک برنامه فرزندپروری تازه را آغاز کردید همچنان به ردگیری رفتار فرزندان ادامه دهید تا ببینید آیا برنامه شما موفقیت آمیز بوده است یا خیر. این به شما کمک میکند به بهبودهایی که در رفتار فرزندان ایجاد میشود توجه کنید و انگیزه خود را برای ادامه استفاده از استراتژیها و قواعد جدید حفظ نمایید.

### \*گراف رفتاری نمونه\*

دستورالعمل: روی هر روزی که رفتار مورد نظر رخ داده است به تعداد رفتار {ستون عمودی تعداد دفعات رخداد رفتار را نشان میدهد} را یک ضربدر یا علامت بزنید و سپس این نقاط مربوط به روزهای مختلف را بهم وصل کنید.

خط پایه

مداخله

[illegible]

وقتی یک برنامه والدینی جدید را شروع میکنید بهتر است آن را به مدت 7 تا 10 روز آزمایش کنید. در پایان مدت آزمایش میتوانید تصمیم بگیرید که آن را به همان روش ادامه دهید یا تغییراتی در آن ایجاد نمایید. به یاد داشته باشید بهترین راه تغییر رفتار کودکان و رفتار خود شما اینست که آن را به تدریج انجام دهید. وقتی قواعد و رفتارهای تازه خوب جا افتاد میتوانید ردگیری را به میزان کمتری انجام دهید مثلاً "هفته ای یک بار به جای



هر روز وقتی در مورد پیشرفت خود مطمئن شدید ثبت کردن رفتار را متوقف کنید. (انجمن جامعه شناسی ایران 1386.)

## بخش دوم : روانشناسی سلامت روان

### سلامت روان

در مورد سلامت روان تعاریف نظری فروانی وجود دارد ، و یک توافق جمعی و مشترک بین اندیشمندان رشته های مختلف در این مورد وجود ندارد . مثلا پزشکان و افرادی که با دیدگاه پزشکی به این مسئله می نگرند سلامت روان را منوط به نداشتن علائم بیماری تلقی می نمایند . روان شناسان و پزشکان نیز فردی را از نظر روانی سالم می دانند که دچار علائم روانی که بیانگر اختلال در کارکردهای روانی است نباشد ، و بتواند به هنگام مواجه شدن با مسائل و مشکلات اجتماعی در رفتارهایشان تعادل برقرار کند . کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را چنین تعریف می نمایند سلامت روان عبارت است از :

سلامت فکر، قابلیت برقراری رابطه هماهنگ و موزون با دیگران، تغیر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها، مشکلات، تمایلات فردی به طور منطقی ، عادلانه و مناسب است . لونسون<sup>1</sup> و همکاران (1962) معتقدند که سلامت روان عبارت است : از اینکه اولاً چه احساسی نسبت به خود و دیگران و دنیای اطراف و ثانیاً به چگونگی سازگاری فرد و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش ارتباط دارد . فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس سلامت روان را چنین تعریف می کند : استعداد روان برای هماهنگ، خوشایند و موثر کار کردن برای موقعیتهای دشوار، انعطاف پذیر بودن و توانایی داشتن برای ارزیابی تعادل خود است. در تعریفی دیگر سلامت روان

<sup>1</sup> -Lonsion



عبارت است از سازگاری فرد با جهان اطراف با حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و موثر از سوی فرد می شود (میلانی فر ، 1383).

پاتن استاد فلسفه دانشگاه هلستیک می معتقد است که سلامت روانی را بایستی به منزله توانایی افراد برای دستیابی به اهدافی که برای خود در نظر گرفته اند تعریف نمود (شرف الدین زاده ، 1388).

سلامت روان به معنای احساس رضایت ، روان سالم تر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک، ترجمه پور افکاری ، 1376) به طور کلی شخصی دارای سلامت روان می تواند با مشکلات دوران رشد روبه رو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد به نظر میرسد تعریف رضایت بخش از سلامت روان برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است بنابراین هر گونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد. (بنی جمال واحدی ، 1370)

سازمان بهداشت جهانی ، سلامت روان را چنین تعریف کرده است بهداشت روان در درون مفهوم کلی بهداشت جای می گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی ، روانی ، جسمی و بهداشتی ، سلامتی تنها در نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست. تعریف کینز برگ<sup>1</sup> در مورد بهداشت روانی عبارت از تسلط مهارت در ارتباط با محیط ، به خصوص درس خرسند ، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت ها ملاک تعادل و سلامت روان است. (میلانی فر ، 1374)

تعریف سلامت روان بر اساس ادبیات موضوع وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از :

- 1- فقدان بیماری
- 2- رفتار اجتماعی مناسب
- 3- رهایی از نگرانی و گناه
- 4- کفایت فردی و خود مهارگری
- 5- خویشتن پذیری و خود شکوفایی

<sup>1</sup>-Kinsbarg

## 6-تفرد و سازمان شخصیت

## 7- گشاده نگری و انعطاف پذیری

به نظر تودور ، با توجه به ادبیات موجود نمی توان با قاطعیت از ملاک های پذیرفته شده جهانی برای سلامت روان سخن گفت : بنابراین سلامت روان از دیدگاه های گوناگونی تعریف می شود و هر تعریفی از سلامت روان ، فرضیه های فرهنگی ذاتی خود را دارا است (لطافتی بریس ، 1388).

سازمان بهداشت جهانی (2004) سلامت روان را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آن ها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می کند به طور کلی بهداشت روان ایجاد سلامت روان بوسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری های روانی ، کنترل عوامل موثر بروز آن ، تشخیص زود رس ، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی فر، 1382).

لونسون (1975) سلامت روان را این گونه تعریف کرده است : سلامت روان ، عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود ، دنیای اطراف ، محل زندگی و اطرافیان دارد ، مخصوصا با توجه به مسئولیتی که درقبال دیگران دارد . همچنین به چگونگی سازش وی با درآمدخودشناخت موقعیت مکانی وزمانی خویش بستگی دارد.دوبوس<sup>1</sup> (1985) معتقد است که سلامت روان را نباید به عنوان حالت آسایش ایده آل که از طریق حذف کامل بیماری به دست می آید در نظر گرفت بلکه سلامتی روشی برای زندگی است که از طریق آن انسان ناکامل بتواند در مواجهه با این دنیای ناکامل بدون اینکه متحمل درد و ناکامی بشود به موفقیت هایی هم دست پیدا کند(به نقل از نسینت و جانت 1992، ترجمه جانقربانی ، 1373).

رفتار عادی نمودار شخصیت سالم انسان عادی است که موجب سازگاری او با محیط و در نتیجه رفع نیازهای ضروری او می شود چنین رفتاری نشانه سلامت روانی است . اکثر روانپزشکان توانایی سازش فرد با محیط ، انعطاف پذیری ، استقلال ، قضاوت عادلانه و منطقی در مواجهه با محرومیت ها و رفتارهای روانی را

<sup>1</sup> -Dubos

ملاک سلامت روان و تعادل روان می دانند و اهداف اصلی از درمان بیماران روانی ، قادر کردن آن ها به زندگی خانواده و اجتماعی و به اصطلاح سازش با محیط است(احمدوند،1384).

سلامت روان را حالتی از عملکرد موفق فرآیندهای ذهنی، فعالیت های کارآمد، موثر و پربار ، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب می داند که در بهترین حالت شامل وضعیتی پویا ، فقدان نشانه های بیماری و حضور نشانه های سلامت است که شامل ابعاد ذهنی ، روانی و اجتماعی می باشد. (کییز،2003)

ویژگی های سلامت بهداشت فردی

- 1-نسبت به خود خانواده و دیگران بی تفاوت نیست و با دیگران سازگاری دارد .
- 2-به خود و دیگران احترام می گذارد و رابطه اش با دیگران سازنده است .
- 3-به نقاط قوت و ضعف خود، آگاه بوده نسبت به خود نگرش مثبت دارد و ناکامی ها را آسان تر تحمل می کند.
- 4-انعطاف پذیر بوده و در مواجهه با مشکلات اجتماعی کنترل خود را از دست نمی دهد .
- 5-شناخت او از واقعیت نسبتا دقیق است و برای رسیدن به هدف های خود بر اساس عقل و احساس، عمل می کند .
- 6-توانایی حل مشکل خود را دارد و نیازهایش را به طریقی بر آورده می کند که منافاتی با ارزش های اجتماعی نداشته باشد .

7-از اوقات فراغت خودبه نحو مطلوب استفاده می کند تا استعداد هایش به خوبی رشد یابد .

8-دنیا را گذرگاهی برای رسیدن به آخرت می داند .

9-به دیگران بدبین نبوده ،صابر ، صادق ، درستکار ، بخشنده است و در نظر دیگران فرد موجهی محسوب می شود(مرکز بهداشت شهرستان شیراز، 1387).

ویژگی سلامت روان که مورد توافق اکثر روان شناسان است ریشه کردن عمیق در زمان حال است با این که از تأثیر رویدادهای گذشته به ویژه کودکی مصون نیستیم ولی این تجربه ها به شکلی تغییر ناپذیر نمی باشد .

اکثر اشخاص سالم در گذشته زندگی نمی کنند آن ها قربانیان ترور شدن های خیالی یا واقعی نیستند . همچنین بعضی از نظپردازان داشتن دورنمایی از آینده را برای شخصیتی سالم ، حیاتی می دانند . اما توصیه نمی کنند آینده را جانشین حال سازیم . جهت گیری ما به سوی هدف ها و مسئولیت های آتی می باشد . ولی همواره باید از هستی مان آگاه باشیم و موافق آن زندگی کنیم . نگرش های پیرامون شخصیت سالم نه تنها در مورد افراد متفاوت ، بلکه در سنین مختلف یک فرد واحد نیز متفاوت است . ارزش ها ، خواست ها ، نیاز ها ، بیم ها ، امید های ما در هر مرحله رشد و پرورش دگرگون می شود . احتمالاً راه درست را درست را با همان روشی در می یابیم که در هر دوره زندگی آنچه برایمان مناسب است می آموزیم . روش های متفاوت زندگی مجموعه اعتقادات و نقش های اجتماعی را می آموزیم ، تا مناسب ترین آن ها را برای خود بیابیم . ظاهراً اشخاصی که در رسیدن به سلامت روان مختارند ، کسانی هستند که به اندازه کافی آزادند که تجویز های متفاوت را تجربه کنند تا اعتبار آن ها را در آزمایشگاه زندگی روزمره شان بیاموزند . دیگران می توانند مسیری را برای دنبال کردن پیشنهاد کنند . ولی تنها خود ما هستیم که می توانیم سودمندی اش را بسنجیم . به اعتقاد گوردن آلپورت ، ویژگی شخصیت سالم چند خصوصیت را در بر می گیرد که عمده ترین آن پذیرفتن خود است . شخصیت های سالم می توانند همه جنبه های هستی خود را از جمله نقاط ضعف و کاستی های خود را بپذیرند . شخص سالم به جهان خویش عینی می نگرد ، به عکس روان نژدها ناچارند واقعیت را تحریف کنند تا به خواسته ها و نیاز ها و ترس هایشان سازگار شود . شخصیت های سالم به جلو می نگرند و انگیزشان و هدف ها و برنامه های دراز مدت دارند ( شولتز ؛ ترجمه گیتی خوشدل ، 1368).

فروم شخصیت انسان را بیشتر محصول فرهنگ می داند . در نتیجه به اعتقاد وی سلامت روان بسته به این است که سلامت جامعه تا چه اندازه نیاز های اساسی افراد جامعه را بر می آورد . نه این که فرد تا چه اندازه خودش را با جامعه سازگار می کند . در نتیجه سلامت روان بیش از آن که امری فردی باشد مسئله ای اجتماعی است . به اعتقاد وی تلاش برای سلامت عاطفی و بهبود گرایش یا استعداد های فطری برای زندگی بارور و برای هماهنگی در نهاد همه ماست . اگر به افراد فرصت داده شود این گرایش فطری و عشق شکوفا خواهد شد و امکان حداکثر استفاده از استعداد بالقوه را خواهد داد . در تفکر فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد

جنسی - روانی را با موفقیت گذرانده باشد و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تبعیت نشده باشد. از نظر او کمتر انسانی متعارف به حساب می آید و هر فردی به نحوی انحاء غیر متعارف است. آدلر انسان را موجودی خوب، انتخاب گر، اجتماعی، مسئول و در حال شدن می داند. که نه خوب است و نه بد و نه ماهیتش در جامعه شکل می گیرد. و تکامل او در واقعیت بخشیدن به خویش است. به نظر آدلر<sup>1</sup> نوروز نتیجه قصور در یادگیری است و نیز نتیجه ادراک و تصورات معیوب و منحرف است. نوروز بهایی است که ما برای فقدان تمدن خویش می پردازیم در صورتی که فرید نوروز را بهایی می دانست که ما در قبال تمدن می پردازیم. هر نوروز به منزله کوششی است برای رها کردن (شولتز؛ همان منبع).

### مدل جدید سلامت روان

به عنوان راهی برای حل بعضی از مسائل زندگی، با در نظر گرفتن سلامت، به مسابه یک مفهوم نسبی به جای یک مفهوم مطلق، (دوانی<sup>2</sup> و همکاران 1996) مدل جدیدی از سلامت روان را ارائه کرده اند. این مدل ابعاد مثبت و منفی سلامت روان را مطرح می کند که هر کدام با عناصر جسمی، روانی و اجتماعی که از تعریف سازمان بهداشت جهانی (1946) از سلامت روان انجام شده نشأت می گیرد، مطابقت دارد. ابعاد سلامت شامل بعد منفی: بیماری، بدشکلی، حالات ناخواسته، جراحات (ضایعه)، ناتوانی، عقب ماندگی. بعد مثبت: اجتماعی، جسمانی، روانی: تناسب اندام (صحت)، سلامتی و خوشی. (میلانی، 1383).

در سال های اخیر انجمن کانادایی بهداشت روان، سلامت روان را به سه بخش تعریف کرده است: بخش اول بازخوردهای مربوط به خود شامل؛ الف: تسلط بر هیجان های خود. ب: آگاهی از ضعف های خود. ج: رضایت از خوشی های خود. بخش دوم؛ بازخوردهای مربوط به دیگران شامل: الف: علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی. ب: احساس تعلق به یک گروه. ج: احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی. بخش سوم؛ بازخوردهای مربوط به زندگی شامل: الف: پذیرش مسئولیت ها. ب: ذوق توسعه امکانات و علایق خود. ج: توانایی اخذ تصمیم های شخصی. د: ذوق خوب کار کردن (اسلامی، 1389).

روانشناسان مکتب کمال، برخی از شاخص های سلامت روان را به قرار زیر، معرفی می کنند:

<sup>1</sup> -adler

<sup>2</sup> -dowani

1. میان محرک‌ها و پاسخ‌های فرد، تناسب و تعادل منطقی وجود دارد؛
2. آرمان‌ها و هدف‌های فرد، در محدوده امکانات وی قرار دارد. به این مفهوم که در انتخاب اهداف زندگی به واقعیات، توجه کافی به عمل می‌آید؛
3. فردی که دارای سلامت روان است، آگاهی و شناخت نسبتاً مطلوبی از انگیزه‌های خویش دارد و ارتباط منطقی میان انگیزه و رفتار خویش برقرار می‌کند؛
4. فردی که روان سالم و بهنجار دارد، معمولاً از رفتار یک‌دست و هماهنگی برخوردار است. به عنوان مثال در حوزه احساسات و انفعالات، «ثبات عاطفی» دارد و به سادگی دستخوش هیجانات زودگذر و ناپایدار نمی‌شود؛
5. فرد در روبرو شدن با شکست‌ها و واقعیت‌های دردناک زندگی، توانایی ویژه‌ای دارد. او ناکامی‌های خود را با شجاعت می‌پذیرد و از آنها به منزله سکوی پرتاب به دنیای کامیابی‌ها و موفقیت‌هایش استفاده می‌نماید. (شرفی، 1380)

سلامت روان عبارت است از:

1. برخورداری از شخصیت خوش‌آمیز و توانایی گرد آمدن؛
  2. شخصی که احساس خوشبختی می‌کند و درباره خویشتن احساسات خوبی دارد و در زندگی لذت می‌برد؛
  3. شخصی که می‌تواند با امور زندگی و محیط سازگار شود؛
  4. شخصی که می‌تواند از گذشته‌اش یاد بگیرد. (به نقل از عبدالعلی بیاتانی، 1390)
- ملاک‌های مهم سلامت روان از نظر فیشر<sup>1</sup>
- سلامت روان عبارت است از: شناخت خود و محیط، استقلال فردی، رفتار بهنجار و منطبق با معیارهای جامعه، یکپارچگی شخصیت. او معتقد است انسان موجودی اجتماعی است که برای سلامت روان و جسم خویش به هم‌نوع وابستگی کامل دارد. (به نقل از عبدالعلی بیاتانی، 1390)
- بنا بر تعریفی ساده تمام خصایص رفتاری فرد که موجب امتیاز او از دیگران می‌شوند، شخصیت او را تشکیل می‌دهند. وجود این خصایص در شکل‌دهی رفتار فرد نقش بسزایی دارد. از این روست که بین شخصیت فرد و

<sup>1</sup> Fisher



بهداشت روانی او رابطه بسیار قوی وجود دارد. عوامل موثر بر بهداشت روانی را می توان به دو دسته عوامل فردی و عوامل اجتماعی تقسیم کرد. بهداشت روانی مستلزم بها دادن به تامین نیازهای اولیه انسانی همچون آب، غذا و ... است. به هم خوردن تعادل بدنی به عنوان یک خطر برای موجود زنده موجب اختلال در بهداشت روانی خواهد شد. (به نقل از عبدالعلی بیاتیانی، 1390)

### تامین نیازهای روانی

#### احساس ایمنی

این احساس در هر سنی وجود دارد و در هر سن منابع تولید آن متفاوت است. هر تجربه ای که احساس ایمنی را تقویت کند سبب پیشرفت و سازش بیشتری در شخص می شود و احساس ناایمنی احساس غالب اختلالات روانی است.

#### احساس ارزشمندی

یکی دیگر از نیازهای بشر است، احساس ارزشمندی درجه تصویب، تایید و پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خویشتن احساس می کند هنگامی این احساس در فرد متعادل است که خود ایده آل یعنی آن شخصی که فرد میل دارد باشد، به خویشتن خود، یعنی آن تصویری که فرد از خود دارد، نزدیک باشد.

#### میل به موفقیت

شخص برای اینکه خود را حفظ کند احتیاج به پیشرفت و موقعیت مثبت دارد که باید ارضا شود و اگر این تمایل مدام سرکوب شود شخص دچار بیماری های روانی می شود.

#### واقع بینی

شناختن توانایی ها و محدودیت فردی و اجتماعی و واقع بینی و رسیدن به هدف از اصول سلامت روان است. شخص واقع بین، اهداف خود را با توجه به شرایط موجود و استعدادهای خود طرح ریزی می کند.

#### یادگیری گذشته

اصول و قوانین یادگیری برای کسانی که در رشته بهداشت روانی مشغول به فعالیت هستند اهمیت خاصی دارند. رفتاری که در یک موقعیت بخصوص تولید شده است تمایل به تکرار مجدد شرایط مشابه را دارد.

## عوامل اجتماعی

از آن جا که انسان نمی تواند به طور انفرادی زندگی کند و خود را از تاثیر دیگران به دور نگه دارد و به همین سبب بهداشت روانی فرد تحت عوامل اجتماعی نیز هستند. نمادهای اجتماعی؛ خانواده، مدرسه و جامعه از نهادهای اجتماعی هستند که در شخصیت فرد تاثیر بسزایی دارند.

## شرایط محیطی

به طور کلی منشا بسیاری از اختلال های روانی، ناکامی ها و تعارض هایی هستند که برای شخص اهمیت دارند. ولی او از حل آنها عاجز است. شرایط فشار روانی محیط، ناکامی فرد، سازگاری اجتماعی و وقایعی که موجب استرس می شود در پیدایش بیماری های روانی نقش مهمی دارند. (به نقل از عبدالعلی بیاتانی، 1390)

روان شناسان با توجه به نگرشی که به ماهیت انسان، انگیزه های او، چگونگی تاثیر انگیزه ها، برخورد و رشد شخصیت و عوامل موثر در آن دارند تعریف های گوناگونی از انسان سالم را ارائه می دهند. از دیدگاه فروید شخص سالم دو ویژگی دارد: الف) می تواند دوست بدارد و دوست داشته باشد. ب) می خواهد و می تواند کار بکند. یونگ به تکامل شخصیت در سراسر زندگی اعتقاد دارد و از انسان سالم به عنوان شخص فردیت یافته تعبیر می کند. فردیت یافتگان به مراحل عالی خودشناسی رسیده اند و خویشتن را هم در سطح هوشیار و ناهوشیار می شناسند و می پذیرند. اشخاص سالم دیگران را پذیرا می باشند و با بردباری تحمل می کنند. آلپورت مشخصه های فرد سالم را بدین شرح بیان می کند: گسترش مفهوم خود، ارتباط صمیمانه با دیگران، امنیت روانی که از توجه به نکات زیر حاصل می شود: شناخت نقاط قوت و ضعف خود، مهار اختیارات خویش و هدایت آنها، تحمل ناکامی ها و دل سردی ها، ادراک واقع بینانه از واقعیت ها و پذیرش آنها به گونه ای که وجود دارند. مسئولیت، بدون داشتن احساس ارزشمند بودن، ایثار و تعهد انجام کار و پذیرش کار مهم، مهارت های کافی برای انجام دادن آن، رسیدن به بلوغ و سلامت روانی میسر نیست. از نظر راجرز انسان سالم دارای این ویژگی ها می باشد: پذیرش احساسات، عزت نفس، ارتباط خوب با دیگران، زندگی کامل در زمان حال، ادامه یادگیری، توانایی تصمیم گیری، خلاقیت. انسان سالم از نظر ویکتور فرانکل دارای این ویژگی ها می باشد: در انتخاب اعمالشان آزادند، مسئول هدایت

زندگی خود هستند، معلول نیروهای بیرونی خود نیستند و بر زندگی شان تسلط آگاهانه دارند، در زندگی همتای مناسب خود را یافته‌اند، از توجه به خود فراتر رفته‌اند، بر آینده می‌نگرند و به هدف‌ها و خلاقیت آتی توجه می‌کنند. در نهایت امروزه شخص برخوردار از سلامت روان‌شناختی را با این مفاهیم بیان می‌کنند: برخوردار از خودپنداری مثبت با رشد و تکامل مداوم، دارای وحدت شخصیت، دانستن ادراک از دنیا و دیگران، تسلط به محیط، زمان، کار و بازی. (به نقل از عبدالعلی بیاتیان، 1390)

عوامل بر هم زننده بهداشت روانی (سلامت روان) عبارتند از:

1. عوامل زیستی: تعدادی عوامل زیستی وجود دارند که از طریق ژن‌ها به نسل بعد منتقل می‌شوند، مثلاً افسردگی مادران قابل انتقال به فرزندان‌شان می‌باشد. تعدادی عوامل زیستی نیز می‌باشند که بر کاربرد سیستم عصبی مرکزی اثر گذاشته و سلامت روانی فرد را بر هم می‌زنند. مثلاً اختلال در ترشح غده تیروئید، بر مغز اثر می‌کند و موجب کم‌طاقتی و عصبانیت فرد می‌شود.
2. عوامل اجتماعی: خانواده و اجتماع در تامین سلامت روانی افراد، نقش موثری دارند. کمبودهایی در زمینه تامین مسکن، شغل، تغذیه و برخورداری از رفاه نسبی، همه و همه بر سلامت روانی انسان‌ها اثر دارند.
3. عوامل عاطفی و روانی: انتظارات و ذهنیات منفی ما، عوامل 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. (منینجر، ترجمه میلانی‌فر، 1373)

ابعاد منفی سلامت روان عبارتند از:

### 1- افکار خودکشی

این اصطلاح، توصیف کننده‌ی اشخاصی است که به لحاظ فکری و به شکل نشخوار ذهنی با مفاهیم خودکشی، مرگ و بی ارزش بودن زندگی درگیرند، هر چند هنوز اقدامی برای از میان بردن خود صورت نداده‌اند. افکار خودکشی با واکنش‌های ناکارآمد به استرس، نظیر مصرف الکل و مواد مخدر؛ درگیری با والدین؛ فرار از منزل و بدبینی به آینده؛ رابطه‌ی نزدیکی داشته و خود یک عامل خطر برای خودکشی موفق محسوب می‌شوند. یکی از مفاهیم دیگر خودکشی، ژست خودکشی می باشد، که آن اقدام به رفتارهای خود آسیب‌رسان

تعریف شده است که با هدف برقراری ارتباط با دیگران صورت می گیرد. این ارتباط معیوب معمولاً با هدف جلب توجه دیگران و دستیابی به اهداف خاصی بوده و قصد واقعی برای کشتن خود در آن وجود ندارد. تهدید به خودکشی مفهوم دیگری از خودکشی است که شامل نشانه های شفاهی یا رفتاری حاکی از آسیب زدن به خود توسط فرد است. معمولاً انگیزه و تشخیص شدت تهدید خودکشی با اهمیت است و باید جدی گرفته شود. تهدید به خودکشی، ابزاری است که فرد آن را به کار می گیرد تا این مطلب را به دیگران ابراز و تفهیم کند که احتمال وقوع عمل خودکشی گرایانه یا سایر رفتارهای مرتبط با خودکشی برای وی در آینده ی نزدیک وجود دارد چهارمین مفهوم، اقدام به خودکشی است که عملی عمدی، محسوب و به منظور خاتمه بخشیدن به زندگی خود تعریف می شود که منجر به مرگ نشده است. این اصطلاح زمانی به کار برده می شود که اقدام به خودکشی انجام می گیرد، اما منجر به مرگ نمی شود و معمولاً توصیف کننده ی کسانی است که در کشتن خود مطمئن نبوده و نسبت به آن تردید دارند. اقدام به خودکشی بیشتر به منظور رسیدن به هدفی خاص انجام می شود. بنابراین ممکن است این افراد زمینه را به گونه ای فراهم سازند که نجات یابند، هرچند در برخی موارد ممکن است فریاد رسی وجود نداشته باشد. پنجمین مفهوم، خودکشی کامل یا خودکشی موفق است که به معنی عمل کشتن خویش و پایان دادن موفق به زندگی است. خودکشی کامل در سنین زیر 12 سال بسیار نادر است. کودک خردسال از طرح ریزی واقع گرایانه خودکشی و انجام آن ناتوان است. به نظر می رسد ناپختگی شناختی، نقش محافظتی در مقابل خودکشی کودکان دارد که آرزوی مرگ میکنند. میثاق خودکشی ششمین مفهوم از خودکشی می باشد که به معنی عهد و پیمانی است که دو یا چند نفر با هم می بندند تا در یک زمان و در یک مکان به زندگی خویش خاتمه دهند. این نوع پیمان های خودکشی، نادر هستند. اما گاهی به دلیل نزدیکی عاطفی افراد، عشق های افسانه ای (مانند وجود موانع و مخالفت در وصال دختر و پسر جوانی که به شدت دلباخته ی یکدیگرند) یا مرام و مسلکی (خودکشی های آرمانی و عقیدتی که نمونه هایی از آن در آلمان، روسیه و اسپانیا در گذشته دیده شده) و یا در نتیجه ی عدم دستیابی به خواسته های خویش، همچنین هنگامی که حیثیت یا آبروی فرد در معرض خطر است؛ دیده می شود. هفتمین مورد خودکشی های تقلیدی می باشد. تمایل نوجوانان آشفته، به تقلید از خودکشی های مشهور، "سندرم ورتر" نامیده شده است. این مفهوم از نام

قهرمان داستان "رنج‌های ورت‌ر جوان" اثر "گوتته" گرفته شده است که در آن قهرمان داستان خودکشی می‌کند. تقلید ممکن است نقشی در زمان اقدام به خودکشی در نوجوانان آسیب‌پذیر داشته باشد، اما به نظر نمی‌رسد میزان خودکشی با مواجهه بیشتر با اخبار خودکشی در رسانه‌ها افزایش یابد. مفهوم هشتم، خودکشی گروهی می‌باشد. خودکشی گروهی شامل کشتن دسته جمعی خویشان است که اغلب در برهه‌ای از زمان و منطقه‌ای محدود انجام می‌شود. همان گونه که در تعریف پیمان خودکشی آمد، گاهی دو نفر یا تعداد بیشتری، به دلایلی تصمیم می‌گیرند که به شکل گروهی و همزمان به زندگی خود خاتمه دهند (کسلر، 2006).

## 2- استرس

والتر کنون واژه استرس را در اشاره به واکنش فیزیولوژیکی که در اثر موقعیت‌های آزار دهنده یا تهدیدآمیز بروز می‌کند، معرفی نمود. هانس سلیه (1956) استرس را به منزله یک پاسخ فیزیولوژیکی که منجر به نشانگان عمومی سازگاری می‌شود در همه افراد ایجاد شده و شامل سه مرحله هشدار، مقاومت و تحلیل رفتگی می‌باشد، دانست.

لازاروس و فلکمن (1984) مقبول‌ترین رویکرد را نسبت به استرس عنوان کرده اند که رویکردی تعاملی است و نظریه ای روان شناختی درباره استرس قلمداد می‌شود، آن‌ها استرس را به عنوان رابطه بین شخص و محیط که توسط شخص به صورت فشارآور و فراتر از توانایی او ارزیابی می‌شود و سلامتی او را به خطر می‌اندازد، تعریف می‌کنند.

ادر و کوهن (1993) استرس را نوعی شرایط طبیعی یا ذهنی که توسط ارگانیزم به صورت تهدید واقعی یا ذهنی قلمداد شود، تعریف می‌کنند.

براون و فلکمن (1994) استرس را به صورت محرکی می‌دانند که از خارج بر فرد تحمیل می‌شود و ناراحتی‌های جسمانی و روانی را در پی دارد.

کمنی (2003) معتقد است که انسان‌ها به یک واقعه ای استرس‌زا ی یکسان، براساس چگونگی ارزیابی آن به شیوه‌های فیزیولوژیک متفاوتی پاسخ می‌دهند، به عقیده او بدن به آن چه در مغز اتفاق می‌افتد پاسخ می‌دهد، نه به واقعه ای محیطی. با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان استرس را به صورت زیر تعریف کرد: استرس

در واقع پاسخ زیستی و روانی ارگانیزم به تغییرات (وقایع) تهدید کننده و یا تهدید کننده های درونی (ذهنی) است که سازگاری با آن ها فراتر از توانایی ارگانیزم با توجه به منابع مقابله ای است. این وقایع می توانند مثبت یا منفی باشند. با این تعریف تفاوت استرس با متغیرهایی چون ترس و اضطراب مشخص می شود. ترس پاسخ فرد به تغییرات تهدید کننده بیرونی است مثل ترس از مار. اضطراب پاسخ ترسناک ارگانیزم به مواردی است که منبع آن ها نامشخص، مبهم و معمولاً نا خودآگاه است. (علیپور، 1390)

### 3- افسردگی

افسردگی رایج ترین اختلال روانی است و اخیراً به شدت رو به افزایش نهاده است (روزنهان و سیلگمن، ترجمه سید محمدی، 1384). احساس افسردگی معمولاً به عنوان اندوه شناخته می شود و می تواند به دنبال هر رویداد ناخوشایندی حاصل شود. غم ناشی از مرگ عزیزان و پایان یک رابطه محبت آمیز منجر به نوعی افسردگی می شود که داغ دیدگی و واکنش سوگ نام دارد. ولی هر احساس افسردگی را نمی توان برای تشخیص اختلال خلقی افسردگی کافی دانست. برخی محققان افسردگی و اندوه را دو چیز کاملاً متفاوت می دانند. مثلاً برخلاف اندوه، اختلال افسردگی به وسیله اطمینان بخشی و نصایح مفید دوستان و خانواده تسکین پیدا نمی کند (ساراسون و سارا سون، ترجمه نجاریان و همکاران، 1383).

افسردگی بهنجار از نظر درجه با افسردگی یک قطبی نشانه های مشابهی دارند، ولی افسردگی یک قطبی نشانه های شدیدتر، بیشتر و فراوان تر و طولانی تری دارد. مرز بین اختلال افسردگی بهنجار و اختلال افسردگی که اهمیت بالینی دارد، نامشخص است. DSM-IV-TR (APA 2000) یک دوره افسردگی اساسی را براساس حضور حداقل پنج مورد از نه مورد زیر، حداقل به مدت دو هفته، تعریف می کند:

#### 1- خلق افسرده

2- از بین رفتن علاقه و فقدان لذت در تقریباً همه فعالیت ها.

3- کاهش یا افزایش چشم گیر وزن، یا کاهش و یا افزایش اشتها.

4- بی قراری فیزیکی.

5- خستگی یا فقدان انرژی.



6- احساس بی ارزشی یا احساس گناه شدید.

7- کاهش توانایی برای تفکر، تمرکز یا دودلی .

8- بی خوابی و یا پر خوابی تقریباً در همه روزها.

9- افکار خودکشنده مربوط به مرگ ، داشتن افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی (جوانمرد، 1389).

#### 4- پارانوئید

ویژگی اصلی این اختلال شخصیت، الگوی پایداری از سوء ظن وعدم اعتماد به دیگران است. علاوه بر این، این گونه افراد دارای حساسیت زیاد و دارای عاطفه محدودی هستند و اعمال دیگران را بر علیه خود تعبیر می کنند. بدگمانی آنان تا حدی است که بعضی اوقات در صدد امکانات دفاعی بر می آیند. در ایجاد رابطه صمیمانه با مشکلاتی مواجه هستند. کناره گیری آنان از دیگران موجب افزایش احساس خود کفایی و بی نیازیشان از دیگران می گردد. افراد پارانوئیدی به ندرت کمک بالینی طلب می کنند. ولی اگر آن قدر موقعیت سخت شود که مجبور به کمک جویی گردند، سخت ترین وظیفه درمانگر رخنه کردن در حصار سوءظن آنان است (ساراسون و سارا سون، ترجمه نجاریان و همکاران، 1383).

در حالات پیشرفته و شدید این اختلال ، تمام روابط بین فردی مختل می شوند. این اختلال می تواند در همه طیف های اجتماعی وجود داشته باشد، ولی به ندرت به درمانگاه ها و بیمارستان ها مراجعه می کنند (شاملو ، 1382). مطالعات در مورد سیر و پیش آگهی این بیماری نشان می دهد که در بعضی بیماران، اختلال شخصیت پارانویایی در تمام طول عمر وجود دارد. در مواردی هم پیشرو اسکیزوفرنی است و در بعضی دیگر با پیشرفت سن یا کاهش استرس صفات پارانویایی تبدیل به واکنش سازی و توجه متناسب به اصول اخلاقی و اهمیت به رفاه دیگران جایگزین آن میگردد. به طور کلی ، این بیماران در زمینه کار و زندگی با دیگران مشکلات همیشگی دارند و برای آنان مسائل شغلی فراوان به وجود می آید (کاپلان، 2003، ترجمه پور افکاری، 1385).

#### 5- وسواسی-جبری

ویژگی اصلی اختلال شخصیت وسواسی-جبری ، اشتغال ذهنی به نظم ، کمال گرایی، کنترل ذهنی و روابط بین فردی است که این امر منجر به فقدان انعطاف پذیری، گشاده رویی و کارایی می شود. این گونه افراد تمایل دارند

به قواعد، اصول، جزئیات و مسائل حاشیه ای توجه زیادی داشته باشند. این توجه به گونه ای باعث نادیده گرفته شدن هدف اصلی می گردد. درمورد فعالیت و کارهای خود نیز بسیار دقیق هستند. همیشه برای یافتن اشتباهات، کارهای خود را واری می کنند. گاهی اوقات این فرآیند باعث می گردد آنان با تأخیر در انجام کارها و مشکلات ناشی از کندی انجام کارها مواجه باشند. به ویژه این که افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری، در زمانبندی انجام کارها با مشکل مواجه هستند، مثلاً مهم ترین کارها را برای آخرین دقیق نگه می دارند. خسیس بودن و اجتناب از دور انداختن اشیای حتی بدرد نخور نیز از جمله ویژگی های این اختلال شخصیت است. کمال گرایی نیز صفتی است که مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری را با مشکل مواجه می سازد. آنان همیشه در پی معیارهایی بالا هستند، و چون انعطاف پذیری ندارند به همین جهت در استرس و اضطراب به سر می برند. همچنین به جهت اشتباهات کوچک، خود را سرزنش می کنند. علاوه بر این شخصیت وسواسی تمایل به محول کردن کارهای خود به دیگران ندارد. به ویژه اگر چنین شخصیتی در مقام های مدیریتی باشد، حتی کارهای انجام یافته همکاران دیگر را نیز واری می کنند، که در نهایت منجر به تحمل استرس کاری و افسردگی شغلی فرد می گردد. این چنین ویژگی هایی با خصوصیات شخصیت های تیپ A مطابقت می کنند، و ممکن است در افرادی که در معرض خطر سکت قلبی هستند نیز ظاهر شود (APA، 2000 ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، 1384).

#### 6- اختلال شخصیت منفعل پرخاشگری

در DSM-IV-TR اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر و اختلال شخصیت افسرده در گروه اختلالات شخصیت که به گونه ای دیگر مشخص نشده است آمده اند. ویژگی این اختلال، یک الگوی فراگیر از نگرش های منفی و مقاومت منفعل نسبت به ضرورت های عملکرد مناسب در موقعیت های اجتماعی و شغلی است، که از جوانی آغاز می شود و در بسیاری از زمینه ها رخ می دهد. به این نوع اختلال، اختلال شخصیت منفی گرا نیز می گویند. این افراد دارای ویژگی های زیر هستند:

1- به طور نافع در انجام وظایف عادی اجتماعی یا شغلی مقاومت می کند.

2- از عدم قدردانی و سوء تفاهم از سوی دیگران، شکایت می کند.

3- عبوس و اهل بحث و مجادله است.

4- بدون دلیل از افراد صاحب قدرت انتقاد کرده و آنان را تحقیر می کند.

5- نسبت به افرادی که آشکارا خوشبخت ترند، غبطه خورده و احساس ناراحتی می کنند.

6- شکایت های دائمی و اغراق آمیز از بد شانسی های شخصی دارد .

7- بین مخالفت خصمانه و پشیمانی در نوسان است. (جوانمرد، 1389).

### 7- ترس مرضی

آسیب شناسان روانی فوبی را نوعی اجتناب ناراحت کننده و ناشی از ترس می دانند که تناسبی با میزان خطر موجود در یک شیء یا یک موقعیت خاص ندارد و بیمار آن را بی پایه می داند. در صورتی که ترس افراطی از بلندی، فضاها، بسته، مار، عنکبوت (البته در صورتی که هیچ خطر واقعی در کار نباشد) به قدری ناراحت کننده باشد که منجر به آشفتگی در زندگی شخص شود، می توان تشخیص فوبی را داد. بعضی از رایج ترین فوبی ها عبارتند از: فوبی از مکان های بسته، آگورا فوبی (ترس از مکان های عمومی)، فوفوبی از ارتفاعات. فوبی های غریب تری هم که از نام های یونانی مشتق شده اند، یافت می شود: فوبی از نوشتن، فوبی از غلتیدن، فوبی از زنده به گور شدن، فوبی از موش ها، فوبی از واژه های شبه علمی. تمام این اصطلاحات معتبر و موثق این برداشت را می رسانند که ما منشأ مشکل یا حتی درمان آن را می دانیم، آن هم صرفاً به خاطر این که نام مناسب و معتبری برایشان در اختیار داریم اما حقیقت چیز دیگری است. در حوزه روانشناسی نابهنجاری، نظریه ها و واژگان فنی راجع به فوبی ها بیشتر از یافته های محکم است (دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386).

### الف ( فوبی های خاص

فوبی های خاص ترس های ناموجهی هستند که در اثر پیش بینی یک موضوع یا موقعیت خاص به وجود می آیند DSM-IV-TR این گونه فوبی ها را بر اساس منبع به چند نوع فردی تقسیم کرده است: خون، جراحات و تزریق؛ موقعیت ها (از قبیل هوا پیمایان، اسانسور، فضا های بسته) حیوانات، محیط طبیعی (برای نمونه، ارتفاع و آب). این فوبی ها غالباً با یک دیگر همپایندی مرضی دارند. شیوع در طول زندگی برای این اختلال حدود 7 درصد در مردان و 16 درصد در زنان است. (دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386).

## ب) فوبی اجتماعی

فوبی اجتماعی عبارت است از ترس غیر منطقی و پایداری که معمولا به خاطر دیگران به وجود می آید. این ترس می تواند شدیداً توان کاه باشد، به قسمی که نرخ خود کشی در افراد مبتلا به این اختلال اساساً بالا تر از افراد مبتلا به سایر اختلال های اضطرابی است. فرد مبتلا به فوبی اجتماعی معمولاً سعی می کند از موقعیت خاصی که در آن ممکن است از سوی دیگران مورد ارزیابی قرار گیرد، و نشانه هایی از اضطراب از خود بروز دهد یا با دستپاچگی رفتار کند، اجتناب ورزد اصولاً صحبت کردن، خوردن و نوشیدن در جمع، استفاده از توالت عمومی و هر نوع فعالیتی که باید در حضور دیگران صورت گیرد، آن ها را به شدت مضطرب می سازد و حتی می تواند باعث یک حمله ی وحشت زدگی تمام عیار شود. این افراد به خاطر حساسیت اجتماعی افراطی خویش - که به مراتب شدیدتر از آن چیزی است که می توان آن را خجالت یا کمرویی نامید - غالباً در مشاغل یا حرفه هایی مشغول می شوند که پایین تر از قریحه یا هوش آن هاست، و این بهایی است که باید به خاطر مشکل هیجانی خویش خیلی سنگین بردازند (دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386)

## 8- اختلال جسمانی شکل

شکایت اولیه ی اختلال های جسمانی شکل، شکایت از نشانه های جسمانی است، هر چند هیچ گونه بیماری جسمانی واقعی وجود ندارد. این نکته تا حدودی درست است که این نشانه ها همگی آفریده ی ذهن فرد هستند. اختلالات این گروه عبارتند از: اختلال جسمانی کردن، خود بیمار انگاری، واکنش های تبدیلی (دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386).

## الف) خود بیمار انگاری

یک اختلال جسمانی شکل است که در آن، افراد دچار ترس های واهی از ابتلا به بیماری های جدی می شوند و به رغم شواهد پزشکی مغایر با آن باز هم ادامه می یابد. این اختلال نوعاً در اوایل بزرگسالی شروع می شود و معمولاً سیر مزمن دارد. بیماران مبتلا به این تشخیص غیر متداول از مصرف کننده های بالای خدمات پزشکی هستند. تعجبی ندارد که پزشک ها از دید این بیماران افرادی هستند بی کفایت و بی عاطفه. نظر بر این است که این افراد در برابر احساسات جسمی معمولی و ناپهنجاریهای ناچیز، نظیر ضربان قلب، تعریق، سرفه های

موقتی، لکه های زخم، و معده درد واکنش مفرط نشان می دهند و آن ها را شواهدی دال بر ادعا هایشان می دانند. در تأیید این نظر، وقتی از افرادی که در آزمون خودبیمار انگاری نمرات بالاتری کسب کرده اند خواسته می شود برای احساس های بدنی از قبیل تپش قلب دلیل ارائه کنند، بیشتر از سایرین احتمال دارد که این احساسات را به یک بیماری نسبت دهند. به همین نحو، افراد مبتلا به خود بیمار انگاری تفاسیر فاجعه آمیزی از نشانه های جسمی خود دارند، مثل این اعتقاد که لکه قرمز روی پوست را نشانه سرطان پوست می دانند. خود بیمار انگاری اغلب با اختلالات اضطرابی و خلقی همایند می شود و همین مسئله برخی محققان را به این فکر واداشته که این اختلال مجزا نیست، بلکه نشانه ای از سایر اختلالات است. خود بیمار انگاری از اختلال جسمانی کردن، که آن هم با سابقه شکایات طولانی از بیماری های پزشکی مشخص می شود، خوب متمایز نشده است (دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386).

#### ب) اختلال جسمانی کردن

اساس این اختلال عبارت است از شکایت های جسمی متعدد و مکرر که فرد به خاطر آن ها درصدد بررسی پزشکی برمی آید، اما هیچ دلیل آشکاری دال بر علل جسمانی ندارد. فرد باید واجد تمام معیارهای تشخیصی زیر باشد:

1- چهار نشانه درد در نقاط مختلف بدن (سر، پشت و مفاصل)

2- دو نشانه معدی- روده ای (مانند اسهال و حالت تهوع)

3- یک نشانه جنسی به غیر از درد (نظیر بی تفاوتی به امور جنسی)

4- یک نشانه عصب شناختی کاذب (مثل نشانه های تبدیلی)

این نشانه ها که گسترده تر از شکایت های خود بیمار انگاری هستند، معمولاً موجب اختلال در عملکرد مخصوصاً از لحاظ شغلی می شوند. DSM-IV-TR متذکر می شود که ممکن است نشانه های خاص این اختلال از فرهنگی به فرهنگ دیگر فرق کند. مثلاً، در آسیا و آفریقا، سوزش دست ها یا احساس خزیدن مورچه زیر پوست شایعتر از آمریکای شمالی است. وانگهی تصور می شود که شیوع این اختلال در فرهنگ هایی که از ابراز آشکار

هیجانان ممانعت به عمل می آورند بسیار فراوان می باشد(دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386)

### ج) اختلال تبدیلی

در اختلال تبدیلی، نشانه های حسی یا حرکتی، مانند فقدان ناگهانی بینایی یا فلج شدن، یک بیماری مرتبط با نوعی آسیب شناختی عصبی را مطرح می سازند، هر چند این افراد از نظر اندامی و دستگاه عصبی سالم هستند. ممکن است افراد به این حالات دچار شوند: فلج کامل یا جزئی در پاها یا دست ها، سوزش یا مور مور شدن پوست، عدم احساس درد یا فقدان یا آسیب حس ها که بی حسی نامیده می شود، هرچند آن ها از لحاظ فیزیولوژیایی بهنجار هستند. ممکن است بینایی شدیداً مختل شود، فرد به طور کامل یا نسبی کور شود یا دید تونلی داشته باشد که در آن میدان بینایی محدود می شود طوری که فرد انگار از درون لوله نگاه می کند. لالی حنجره ای (آفونی)، از دست دادن قدرت صوتی مگر به صورت گفتار های نجوا گونه و نابویایی، فقدان یا آسیب حس بویایی نیز در زمره سایر نشانه های تبدیلی قرار دارند. ماهیت روانی سایر نشانه های تبدیلی را می توان با توجه به این واقعیت نشان داد که این نشانه ها به طور ناگهانی در موقعیت های تنش زا پدیدار می شوند، و به فرد این امکان را می دهند که از یک فعالیت یا مسئولیت اجتناب ورزد یا به توجهی که شدیداً طالب آن بوده برسد(دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه ی دهستانی، 1386)

### 9- روان گسسته گرایی

این بعد در برگیرنده تدریجی اختلال از یک حالت خفیف بیگانگی تا روان گسسته گرایی حاد می باشد. این بعد شامل موارد زیر است:

- 1- اعتقاد به این که فرد دیگری قادر به کنترل فکر اوست.
- 2- شنیدن صداهایی که دیگران قادر به شنیدن آن نیستند.
- 3- اعتقاد به این که دیگران از افکار خصوصی وی آگاهند.
- 4- احساس داشتن افکاری که متعلق به وی نیستند.
- 5- احساس تنهایی نمودن در جمع .



6- داشتن افکار ناراحت کننده در مورد امور جنسی.

7- اعتقاد به این که به خاطر گناهانش باید مجازات شود.

8- اعتقاد به وجود عیب و نقص جدی.

9- احساس عدم صمیمیت با دیگران.

10- اعتقاد به داشتن بیماری فکری و روحی (فتحی آشتیانی، 1388).

10- حساسیت در روابط متقابل

این بعد به احساس عدم کفایت و حقارت فرد به خصوص در مقایسه با دیگران تکیه می کند. دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تعارضات خاص این بعد است. این بعد شامل موارد زیر است:

1- احساس رنجش و بهره گیری از دیگران.

2- احساس راحت نبودن در مقابل جنس مخالف.

3- حساسیت وزود رنجی.

4- احساس درک نشدن توسط دیگران.

5- احساس دوستانه نبودن رفتار دیگران با فرد.

6- احساس خود کم بینی و حقارت در مقابل دیگران.

7- احساس ناراحتی وقتی دیگران متوجه فرد هستند.

8- زیاد مراقب رفتار خود بودن در مقابل دیگران.

9- راحت نبودن در خوردن و آشامیدن در حضور دیگران. (فتحی آشتیانی، 1388).

نظریه های سلامت روان

نظریه فروم<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fromm



فروم معتقد است که انسان دارای سلامت روان کسی است که عمیقاً عشق می‌ورزد، آفرینش‌گر است، قدرت تعقل و خرد را در خویش کاملاً پرورانیده است. خودش و جهان را به شکل عمیقی ادراک می‌کند، 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 جهت‌گیری بارور می‌داند، یعنی آن نوع جهت‌گیری که در آن خود قادر است تمام استعدادهای بالقوه و قدرت‌های خویش را به کار گیرد (رضایی، 1387).

### نظریه مزلو<sup>۱</sup>

به عقیده مزلو (1972) افراد برخوردار از سلامت روان، نیازهای سطح پایین را برآورده کرده‌اند و اختلال روان‌شناختی ندارند. می‌دانند که هستند؛ چه هستند؛ و به کجا می‌روند. ادراک افراد سالم از واقعیت، صحیح است. آنها جهان را به صورت عینی ادراک می‌کنند. این افراد خوانگیخته، سالم و طبیعی هستند، عواطف خود را صادقانه و بدون رنجش دیگران نشان می‌دهند. افراد سالم نیاز به خلوت و استقلال دارند، کنش آنها مستقل است. این افراد تجارب عارفانه یا اوج دارند و همین تجارب موجب اعتلا و احساس قدرت و قاطعیت آنها می‌شود. (موسوی، 1387)

### نظریه موری<sup>۲</sup>

به عقیده موری فرد سالم از ساختار روانی خودش آگاهی لازم دارد. همچنین وی در عین اینکه بین نیازهای مختلفش تعارضی ندارد از انواع نیازها نیز به نحو مقتضی استفاده می‌کند. 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 آنگاه «من» به ترتیب، نقش عمده را در کنترل رفتار ایفا می‌کنند و با نظارت خردمندانه «من» و مواظبت «من برتر» تکانه‌های نهاد به صورت قابل قبولی ارضا می‌شوند. به عقیده موری تمام انسان‌ها با شدت و ضعف متفاوت

<sup>1</sup> Maslow

<sup>2</sup> Muri

دچار «عقده» هستند. اما فقط عقده‌های افراطی و شدید موجب نابهنجاری و بیماری می‌شوند. موری معتقد است که تخیل و خلاقیت مهمترین ویژگی سلامت روان هستند. (رضایی، 1387)

### نظریه گوردون آلپورت<sup>1</sup>

به نظر آلپورت روان‌نژندی پیامد نقصان و کمبود سلامت روان است. رفتار افراد سالم جهت‌گیری خودآگاهانه دارد و با بینش و بصیرت و خودمختاری همراه است و انگیزش این افراد بیشتر در آینده ریشه دارد. نخستین معیار سلامت روان، توانایی گسترش خویشتن است. کودکان به نوعی خودمحور هستند، اما افراد بالغ علایقی دارند، که در خارج از خودشان ریشه دارد و از جمله علایق آنها می‌توان علاقه به سلامتی و بهزیستی افراد اشاره کرد. دومین معیار سلامت به چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران مربوط است. ارتباط فرد سالم و بالغ با دیگران ارتباطی صادقانه و صمیمی است، به ویژه با خانواده و دوستانش. سومین معیار سلامت روانی امنیت عاطفی است. شخص بالغ می‌تواند محرومیت‌ها و تحریکات غیر قابل اجتناب زندگی را بدون از دست دادن وقار و متانت، تحمل کند. چنین افرادی هر مشکلی را فاجعه نمی‌دانند و هر بی‌محبتی را نشانه طرد کامل نمی‌پندارند. چهارمین معیار سلامت روانی، عقل سلیم است. افکار و ادراک فرد بالغ به طور کلی کارآمد و درست است. معیار پنجم سلامت روانی، بصیرت نسبت به خویشتن است. هر کس فکر می‌کند نسبت به خودش بصیرت دارد، اما در واقع چنین نیست. آلپورت بصیرت بر خویشتن را چنین تعریف می‌کند: «رابطه آن چه که فرد فکر می‌کند که هست و آن چه که دیگران در مورد او فکر می‌کنند، به خصوص روان‌شناسی که فرد را مطالعه و بررسی می‌کند». افراد بینش‌دار از ویژگی‌های مقبول خودشان آگاه هستند و این ویژگی‌ها را فرافکنی نمی‌کنند. این افراد هوش بالایی متوسط دارند و نسبت به افراد دیگر قضاوت بهتری دارند. ششمین و آخرین معیار سلامت روانی از نظر آلپورت «جهت‌مندی» است. جهت‌مندی یعنی اینکه زندگی فرد بالغ، به سوی هدف یا اهداف انتخاب‌شده‌ای در حرکت باشد. به نظر آلپورت جهت‌مندی نتیجه فلسفه یکپارچه‌ساز در زندگی است که تحت نظارت این فلسفه، ارزش‌ها، اهداف و ایده‌های فرد سازمان‌دهی می‌شوند. (موسوی، 1387)

<sup>1</sup> Gordon Allport



## نظریه جرج کلی<sup>۱</sup>

به نظر کلی افراد سالم خواهان ارزیابی سازه‌های شخصی خود هستند و درستی نوع تعامل فرد را با دیگران آزمایش می‌کنند. این افراد پیش‌بینی‌های نشأت گرفته از سازه‌های شخصی خود را آزمایش می‌کنند. افراد سالم قادر به تغییر سازه‌های شخصی خود هستند و در صورت نامعتبر بودن سازه‌های شخصی به بازسازی و اصلاح این سازه‌ها می‌پردازند. به عقیده کلی سازه‌های شخصی افراد دارای سلامت روانی نفوذناپذیرند و به زبان عامیانه این افراد توانایی پذیرش اشتباه خود را دارند؛ ویژگی دیگر این افراد میل به گسترش وسعت دید و حیطه نظارت تحت پوشش نظام سازه‌ای سازمان شخصی است و ویژگی آخر سلامت روانی توسعه و رشد مطلوب گنجینه نقش است و فردی سلامت روانی دارد که بتواند نقش‌های اجتماعی را به خوبی ایفا کند و دیدگاه بازیگران (مردم) رویارویش را نیز ادراک کند. (رضایی، 1387)

## نظریه آلبرت الیس<sup>۲</sup>

الیس از نظر گرایش‌های انسانی تا حدودی با ابرهام مازلو شباهت دارد به نظر وی عدم سلامت روانی انسان از تمایلات ذاتی و نامطلوب هر انسان برای نیاز مفرط به برتری از دیگران و همه فن حریف شدن، توسل به عقاید احمقانه و بدبینانه، پرداختن به تفکرات آرزومندانه و توقع خوش‌رفتاری، خوبی مداوم از دیگران، محکومیت خویشتن و تمایلات عمیق به زودرنجی و آشفتگی ناشی می‌شود. برخی از ویژگی‌های افراد سالم از نظر الیس به شرح زیر است:

- عشق ورزیدن به دیگران، جویای محبت دیگران شدن در حد اعتدال؛
- انجام دادن کار به خاطر نفس کار، نه به خاطر دیگران؛
- کمک به دیگران و نگرانی در مورد مشکلات دیگران؛

<sup>۱</sup> Jearj Kelly

<sup>۲</sup> Albert Ellis



- نسبت دادن شکست‌ها به عوامل بیرونی، چون موانع به خودی خود موجب اختلال و ناسلامتی نمی‌شوند مگر اینکه فرد تلقین به نفس نماید؛
- تلاش در جهت به دست آوردن استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی؛
- انجام وظیفه محوله و حل مشکلات با تفکر منطقی و احساس لذت ناشی از آن؛
- حل مشکل از طریق مختلف.

به عبارتی برای حل هر مسئله، راه حل‌های مختلفی را از جنبه‌های مختلف در نظر می‌گیرد. حرفه دبیری یکی از معدود حرفه‌ها آموزشی - تربیتی است که در بین حرفه‌های دیگر نیاز به حلم و بردباری و متانت و خویشتن‌داری، عدم پیش‌داوری و عدم قضاوت‌های ذهنی از جانب معلم دارد. وصول به این اوصاف برای معلم امکان ندارد مگر اینکه از سلامت روان به طور نسبی برخوردار باشد. شاید اغراق نباشد اگر گفته شود که موفقیت معلم علاوه بر داشتن علم و هنر معلمی، برخورداری از سلامت روانی است. خودشناسی و آگاهی از نقاط ضعف خود، حفظ تعادل در انجام امور زندگی و عدم افراط و یا تفریط در کارها، از مدرک‌ها و شاخص‌های اساسی در تعریف سلامت روان «به طور نسبی» هستند. (عطاری، 1375)

### نظریه اریکسون

به عقیده اریکسون سلامت روان‌شناختی هر فرد همان اندازه است که توانسته است توانایی مناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کرده باشد. اریکسون صفات متمایزکننده سلامت روان‌شناختی را چنین ارائه کرده است: «فردی که در جامعه زندگی می‌کند بایستی از تعارض عاری باشد، همچنین از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند، در کارش استاد و ماهر باشد و ابتکار نامحدود داشته باشد. از انجام لحظه به لحظه حرفه‌اش پشخوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه روشن و قابل درکی داشته باشد». (رضایی، 1387)

### نظریه یونگ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Yong

به عقیده یونگ فرایند تفرد یکی از عوامل موثر سلامت روان است. تفرد در ساده‌ترین شکل آن عبارت است از تمیز تدریجی «من» یا خودآگاهی از ناخودآگاهی، طوری که فرد، به تدریج بیشتر و بیشتر از افکار و انگیزه‌های منشعب شده از ناخودآگاه جمعی، هشیار و آگاه می‌شود. البته تشخیص تمیز ناخودآگاهی تنها نیمی از داستان تفرد است. همزمان با این تمیز، بایستی نسبت‌های خودآگاه و ناخودآگاه روان، دوباره یکپارچه شوند. این یکپارچه‌سازی مجدد ضروری است. زیرا منبع ناراحتی و بیماری بشر، میل به نادیده گرفتن ناخودآگاه است. یونگ افزایش بیش از حد خودآگاهی را به همان اندازه اندک بودن آن آسیب‌گونه می‌داند. بنا به نظریه یونگ «بالاترین و نهایی‌ترین اهداف انسان، رسیدن به «خود» و «تحقق خویش» است و تنها از طریق مشارکت بی‌قید و شرط در هر مذهب یا نمادی از این نوع می‌توان به تحقق خویش دست یافت». (هورنای، 1945).

### نظریه استاک‌سالیوان<sup>1</sup>

ویژگی‌های سلامت روان از دیدگاه وی عبارتند از:

1. شخصیت برخوردار از سلامت روان «انعطاف‌پذیر» است و با توجه به موقعیت‌های بین فردی نوین در روابطش با دیگران، به صورت متناسب تغییرپذیر است.
2. فرد سالم قادر به تمایزگذاری بین افزایش و کاهش تنش است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می‌شود.
3. به گفته سالیوان شخصیت سالم بایستی بنا به گفته ریچالزایپرمن در حال آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات باشد.
4. زندگی شخصی برخوردار از سلامت روان، دارای جهت‌یافتگی است. بدین معنی که امیالش را به نحوی یکپارچه می‌سازد که منجر به رضایت شود، یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد، بنابراین شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف‌پذیر و اعتمادآمیز دارد. (موسوی، 1387)

<sup>1</sup> Stack Sullivan

## نظریه آدلر<sup>۱</sup>

بنا بر نظریه آدلر، فرد برخوردار از سلامت روان شناختی، توان و شهامت یا جرأت عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد. چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست. فرد دارای سلامت روان، مطمئن و خوش بین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود در حد توان اقدام به رفع آنها می کند.

(کورسینی، 1973)

فرد دارای سلامت روان، به نظر آدلر روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه های اجتماعی، به درستی می شناسد. فرد سالم در زندگی، هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی ترین هدف، شخصیت سالم به عقیده آدلر تحقق «خویشتن» است. فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می پردازد و اشتباهاتش را برطرف می کند. چنین فردی خالق عواطف خودش است نه قربانی آنها. آفرینش گری و ابتکار فیزیکی از دیگر ویژگی های سلامت روان شناختی است. فرد سالم از اشتباهات اساسی پرهیز می کند و اشتباهات اساسی شامل تعمیم افراطی، اهداف نادرست و غیر ممکن، درک نادرست و توقع بی مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود، ارزش ها و باورهای غلط می باشد. فرد سالم دارای علاقه اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است. چنین فردی سعی در کاستن عقده حقارت خود دارد و به دنبال غلبه و چیرگی بیشتر بر بی جرئتی است. و در نهایت چنین فردی موفق می شود که انگیزه های نامطلوب خود را دگرگون سازد. (کورسینی، 1973)

## نظریه اسکینر<sup>۲</sup>

سلامت روان و انسان سالم به عقیده اسکینر 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.

<sup>1</sup> Adler

<sup>2</sup> Skinner

انسان سالم کسی است که تاییدات اجتماعی بیشتری را به خاطر رفتارهای متناسبش، از محیط و اطرافیان دریافت کند. (اسکینر، 1973)

### الگوی انسان گرایی

روان شناسی انسان گرا الگویی از سلامت روان را ارائه می دهد که با سه الگوی پیشین تفاوت فراوانی دارد. در این الگو بر طبیعت و جنبه های مثبت انسان و فعال بودن وی تاکید می شود. طبق این الگو، سلامت روان به معنای رشد، شکوفاسازی و تحقق استعدادها و نیروهای درونی انسان است. از چشم انداز این الگو، انسان سالم کسی است که استعدادهای خود را شکوفا سازد و به کمال مطلوب و ایده آل برسد. در نظام ارزشی این الگو، هدف و هنر انسان رسیدن به کمال و شکوفاسازی تمام استعدادهای ذاتی و درونی وی است. در دیدگاه انسانگرا، انسان با یک سلسله متنوع از استعدادها و نیروها متولد می شود که روی هم رفته، به طبیعت انسان معروف است. این نیروها عبارتند از: هوش، نیازها و غرایز، معنویات و الهیات، عاطفی بودن، اجتماعی بودن و مانند آن که براساس این الگو، تمام آنها، هم سالم هستند و هم مثبت. همه انگیزه انسان و اصلی ترین انگیزه وی نیز شکوفاسازی این نیروهای سالم و مثبت است. طبق این الگو انسان کلیتی است متشکل از روح و جسم (تن و روان) که همواره به طرف خود شکوفایی و کمال در حرکت است. این دیدگاه برخلاف سه دیدگاه قبل، انسان را ذاتا سالم، مثبت و فعال می پندارد که با اراده اختیار و مسئولیت خودش، اعمال و کردارش را انجام می دهد. وی مسئول سلامت خویش است و اگر هم مریض شود، خودش باید در درمانش فعال و تصمیم گیر باشد (دکتر جلالی تهرانی، 1387).

### نظریه راجرز<sup>1</sup>

به عقیده راجرز انسان برخوردار از شخصیت سالم و سلامت روان، انسانی است بسیار کار آمد و با کنش و کارکرد از تمام توانایی ها و استعدادهایش بهره می گیرد و به عقیده او ادراک هر فرد از حقیقت یگانه و منحصر به فرد است. در آفرینندگی مهمترین میل ذاتی، انسان سالم است. همچنین شیوه ای خاص که موجب تکامل

<sup>1</sup> -rajertz

و سلامت فرد می شود به میزان محبتی بستگی دارد که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. ارضای توجه مثبت و غیر مشروط و دریافت غیر مشروط و تأیید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روان با اهمیت است. شخصیت های سالم فاقد نقاب و ماسک هستند چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند و لذا وابسته نیستند. انعطاف پذیرند و حالت تدافعی ندارند و از بقیه انسان ها عاطفی ترند. زیرا عواطف مثبت و منفی وسیع تری را در مقایسه با انسان های تدافعی تجربه می کنند. انسان سالم به ارگانیزم خودش اعتماد می کند. راجرز سلامت روان را به کامپیوتری تشبیه می کند که تمام داده های آن برنامه ریزی شده است. زیرا کامپیوتر شقوق و اختیارات را در نظر می گیرد و آنگاه به سرعت دستور العمل را صادر می کند. هر چه سلامت روان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می کند. انسان خلاق با محدودیت های اجتماعی و فرهنگی سازش منفعلانه ندارد؛ تداعی نیست و به تمجید و ستایش دیگران دلخوش نمی کند. خلاصه این که راجرز انسان برخوردار از سلامت روان را دارای ویژگی های زیر می داند: 1- آمادگی کسب تجربه 2- زندگی هستی دار 3- احساس آزادی (دایر، 2000).

### نظریه فروید<sup>1</sup>

از دیدگاه فروید، "سلامت روان" به معنای سازگاری فرد با خود و با خواسته ها و فشارهای جامعه است وی اعتقاد دارد: شخصیت انسان دارای سه بخش یا ساختار به نام بن است. ایگو (من) که مدیر اجرایی شخصیت و مسئولیتش حفظ تعادل آن می باشد، همواره از طرف "اید" (بن)، "سوپرایگو" (فرامن) و محیط تحت فشار قرار می گیرد. چنانچه ایگوی فرد تضعیف گردد، قدرت اجرایی و مدیریتی اش را از دست می دهد و در نتیجه، تعادل شخصیت به هم می خورد، در نهایت، انسان به ناسازگاری مبتلا می گردد. به عقیده فروید، فرد ناسازگار یعنی: کسی که سلامت روان خود را از دست داده و دچار بیماری گردیده است. در نظام ارزشی این الگو هدف نهایی سازگار کردن و سازگار شدن فرد با خود و با جامعه ای است که در آن زندگی می کند - جامعه هر چه می خواهد باشد!- فرد سالم هم کسی است که در جامعه اش زندگی می کند بدون اینکه تعارضی بین

<sup>1</sup> -froed

روان و ذهن و جامعه اش به وجود آید. بنابراین کسی که با خود و جامعه اش سازگار باشد و با آن ها در ستیز و تعارض به سر نبرد برچسب سلامت می خورد، کسی که نتواند با خود و جامعه خویش سازگار شود و با آن ها تعارض و درگیری داشته باشد- جامعه هرچه باشد!- برچسب بیماری و مرض می خورد. به هر حال تمام تلاش و هنر این نظام آن است که به افراد آموزش دهد چگونه با خود و جامعه سازگار شوند، و به بیماران نیز این بینش را بدهد که علت ناسازگاری شان با جامعه و مقاومتشان در برابر آن چیست (دکتر جلالی تهرانی، 1387).

### نظریه کینزبرگ

کینزبرگ درباره سلامت روان می گوید تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به خصوص درسه فضای مهم زندگی عشق، کار و و تفریح یعنی استعداد یافتن کار، داشتن خانواده، ایجاد محیط خانوادگی دلپسند، اجتناب از مسائلی که پیامدهای قانونی دارد. لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت ها ملاک تعادل و سلامت روان است و به طور کلی چنین استنباط می شود که سلامت روان محلی برای بهزیستی و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از محیط خانه گرفته تا مدرسه، دانشگاه، محیط کار و نظایر آن را در بر می گیرد و آن چه بیش از همه مورد نظر است احترام به شخصیت و حیثیت انسانی می باشد و تا هنگامی که این تعادل برقرار نشود سلامت روان حاصل نمی شود (میلانی فر، 1383).

### نظریه پزشکی و روانپزشکی

در این الگو، بهداشت روانی به معنای عدم وجود و حضور علائم بیماری است. در این الگو، نشانه ها و پدیده هایی از قبیل اضطراب، وسواس، افسردگی، توهم و هذیان و پرخاشگری کنترل نشده، نشانه بیماری محسوب می شوند. و اگر در کسی یافت شوند آن فرد نابهنجار و غیر طبیعی (مریض و ناسالم) است و چنانچه در فردی یافت نشوند این فرد سالم، طبیعی و بهنجار محسوب می گردد. صاحبان این دیدگاه عوامل فیزیکی و بیولوژیکی را پایه هستی بشر می دانند و معتقدند تمام حالات ذهنی، فکری و بشری زیربنای مولکولی و سلولی دارند. برخی از پیش فرض های عمده این دیدگاه را می توان در چند مورد خلاصه کرد:

- 1) فرد بیمار ، ناتوان است و درمان بدون ملاحظه مستقیم امکان پذیر نیست .
- 2) بیماری های روانی و به طور کلی ، بیشتر ویژگی های رفتاری و روان شناختی انسان مشخصا قابل طبقه بندی هستند و در نتیجه بیماری ها و افراد مبتلا به بیماری را می توان در گروه های مشخص قرارداد. .
- 3) به دلیل آن که افراد را می توان در طبقات و دسته های مشترکی قرار داد پس روش هایی که برای درمان یک بیماری خاص کاربرد دارند ، برای افراد مبتلا به آن بیماری مشترکند .
- 4) هر چند ابعاد وجودی انسان به چند بعد جسمانی روانی و اجتماعی تقسیم می شوند ولی تاکید اساسی بر بعد جسمانی است (شهیدی ، 1381).

#### دیدگاه اسلام در سلامت روان

به دلیل آن که تامین سلامت، حفظ و ارتقای آن یک مقدمه لازم برای حفظ حیات ، شکوفایی عمر و بهره گیری شایسته از زندگی است از این رو در آیین حیات بخش اسلام این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار است و در بسیاری از احکام اسلامی به شکل های گوناگون به آن توجه شده است. کلمه سلامت، مفهومی وسیع تر از سالم بودن و فقدان بیماری و ناتوانی دارد و جنبه های درستی و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی و شایستگی های معنوی را در بردارد . با نگاهی گذرا و سیری کوتاه در منابع و معارف اسلامی در می یابیم که حکمت و هدف از خلقت و آفرینش، خلقت انسان و هدف از خلقت انسان کمال جویی و سعادت وی در سایه ستایش و پرستش خداوند حکیم و بی نیاز است . از دیدگاه اسلام هم حیات انسان و هم سلامت او از اهمیت ویژه ای برخوردار است . تامین سلامت و حفظ و ارتقای آن نیازمند برخورداری مردم از آگاهی های ضروری بهداشتی و هر تلاشی که در زمینه بهداشت بالهام از رهنمودهای حیات بخش و مسئولیت آفرین اسلامی صورت گیرد تلاش مقدسی است که می توان آن را مصداق روشنی از اعمال صالح و عبادات ثمربخش و مایه خشنودی پروردگار دانست (اصفهانی ، 1384)

دستیابی به حداکثر رشد که به طور مترادف با کمال و تکامل به کار می رود در حقیقت فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام است . یقینا هیچ عاقلی نمی تواند ادعا کند که به حداکثر رشد و کمال دست یافته و امکان



دستیابی به مراحل بالاتر و پیشرفته تر برای او غیر مقدور است . خداوند در آیه 186 سوره بقره می فرماید " چون بندگانم از تو درباره من سوال می کنند بگو : من به آن ها نزدیکم دعوت خواننده ای که من را بخواند اجابت می کنم پس باید آن ها هم مرا اجابت کنند و به من ایمان آورند تا رشد یابند . چنان که مشاهده می شود نتیجه ایمان به خدا و اجابت دعوت او رشد و تکامل است و در حقیقت مقصود از دعوت پیامبران الهی و پذیرش آن توسط مردم دستیابی به تکامل روانی است . در حقیقت وقتی جهان بینی اسلامی و فلسفه زندگی را در دیدگاه مکتب اسلام در حرکت تکاملی خلاصه نماییم انسان که در این مسیر حرکت مینماید از معیار ایده آل سلامت فکر برخوردار است و به هر مقدار که از این مسیر فاصله داشته باشد از سلامت روان دور است (حسینی، 1377).

### الگوی رفتارگرایی در سلامت روان

طبق این الگو سلامت روان به معنای وجود رفتار سازگارانه و عدم رفتار ناسازگارانه است (رفتار سازگارانه) رفتاری است که فرد را به اهدافش برساند و (رفتار ناسازگارانه) رفتاری است که فرد را از رسیدن به اهدافش باز دارد براساس چهارچوب این دیدگاه فرد سالم کسی است که در جامعه طوری رفتار کند که به اهدافش برسد . حال اهداف چه باشد و جامعه چه جامعه ای باشد فرق نمی کند و چندان اهمیتی ندارد ! بیمار هم کسی است که رفتار او را به اهدافش نرساند ! تلاش و هدف نهایی این الگو و نظام ارزشی آن این است که شیوه های رفتار سازگارانه و رسیدن به اهداف را به افراد آموزش می دهد. در الگوی رفتارگرایی اهتمام بر این است که فرد به هدفش برسد فرق نمی کند که این هدف خوب باشد یا بد و در کنارش حق دیگران ضایع شود یا نشود! (دکتر جلالی تهرانی، 1387)

بخش سوم : روانشناسی افکار خودکشی و خودکشی

بررسی جامعه شناسانه خودکشی

آنچه در این تحقیق آمده است شرحی بسیار اجمالی در مورد خودکشی و علل آن می باشد. در این تحقیق بر آن بودیم تا در ابتدا تعریف مختصری از خودکشی، علل آن و راه های پیشگیری از خودکشی را ارائه دهیم. نظریات جامعه شناسان را بررسی کنیم و سرانجام نگاهی اجمالی به پدیده ی خودکشی در ایران داشته باشیم و به همین منظور مطالب را به دو بخش نظری خودکشی و بررسی تجربی خودکشی تقسیم کردیم.

## بررسی نظری خودکشی

### خودکشی

پدیده خودکشی که از عوارض مهم دنیای صنعتی عصر حاضر است بیشتر متأثر از نا به سامانی ها، اختلال های روانی و نابرابری های اجتماعی است. دورکیم در کتاب "تقسیم کار" خود بر این اعتقاد است که "خودکشی همراه با تمدن ظاهر می شود و یا حداقل آن چه به شکل خودکشی در جوامع فروتر ملاحظه می شود، خصوصیات ویژه ای دارد." (دورکیم، ۱۳۵۹: ۲۸۴) (ستوده، ۱۳۷۸، ۲۳۶)

در سال ۱۷۳۷ دفونتن برای نخستین بار کلمه Suicide در فرانسه به کار برد که بعداً آکادمی علوم فرانسه در سال ۱۷۶۲ آن را پذیرفت. (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۷۳)

باتامور در اثر خود "جامعه شناسی"، آورده است که دورکیم در تحقیق خود قصد آن داشته که بین میزان خودکشی و درجه ی پیوستگی افراد در گروه های اجتماعی (همبستگی و انسجام اجتماعی) رابطه برقرار کند و معتقد است که هدف دورکیم این بود که میزان خودکشی در گروه های مختلف اجتماعی را به خصایص مشخصه ی این گروه ها ربط دهد و به این طریق علل اجتماعی خودکشی را کشف نماید. (باتامور، ۲۵۳۵: 51,25)

دورکیم طبیعت بشر را با رجوع به مفهوم واقعیت های اجتماعی تبیین می کند. به نظر وی واقعیت های اجتماعی طرق عمل کردن، فکر کردن و احساس کردن است که تا حدودی بین شماری از مردم مشترک است که این واقعیت ها نسبت به افراد اموری خارجی و بیرونی محسوب می شوند و بر وی اقتدار آمرانه ای را اعمال می کنند. (محسنی تبریزی، ۱۳۷۳: ۱۲۰)

درزندگی شهرنشینی کنونی، جمعیت بسیار زیاد درشهرها وعدم تجانس افراد با هم واحساس غربت ، تنهایی وکم شدن تعداد افراد خانوادهها و کاهش یافتن محبت خانوادگی ،افزایش استقلال فردی ،همچشمی ها و پیداشدن آرزوهای دور و دراز زندگی مادی ، خواستن ها و نتوانستن ها ، فرارازخانواده و پناه بردن به اجتماع نا آشنا ، سرگشتگی درمیان ارزش های متضاد زندگی شهری جدید، ناتوانی درمبارزه با دشواری ها وشکستها و نومیدیها، محرومیت درعشق توام با فقر مادی وسرانجام ضعف یا رنجوری شخصیت آن چنان ناراحتی هایی ایجاد می کند که فرد خود را در نابودی وپوچی جستجو می کند و دست به خودکشی میزند.

### تعاریف متعدد از خودکشی

خودکشی از آسیب های مهم فردی و اجتماعی است که به طور متوسط در میان معتادان و بیماران روانی بیشتر است .فرد خودکش بر این باور است که در زندگی به اهداف و امیال خود نرسیده است و زندگی مفهوم خود را از دست داده است ومرگ بهتر از آن قلمداد می شود. ( قائمی، ۱۳۶۴: ۱۱۳-۱۱۲)

خودکشی در لغت نامه ی دهخدا به معنای ” خود را به وسیله ای کشتن ، انتحار ، کار زیاد کردن ، کوشش بسیار ” آمده است.( لغت نامه ی دهخدا، ۱۳۴۷: ۸۴۸)

امیل دورکیم (۱۹۱۷-۱۸۵۸) در اثر معروف خود به نام خودکشی آن را پدیده ای اجتماعی به شمار آورده و چنین تعریف می کند :

”خودکشی عبارت است ازهرنوع مرگی که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم کردار منفی یا مثبت خود قربانی است که می بایست چنان نتیجه ای به بار آورد .” (دورکیم، ۱۳۷۸: ۶)

هم چنین می توان به تعریف دشه اشاره کرد که می گوید : ” اقدامی معمولاً از روی آگاهی برای سر به نیست کردن خود به آن ترتیب که مرگ هدف یا وسیله باشد .” ( ریئس دانا، ۱۳۸۰: ۱۷۲ )

آشیل دلماس نیز خودکشی را عبارت می داند از ” عملی که به وسیله ی شخص برای معدوم ساختن خود انجام می دهد ، در حالی که اختیار مرگ و زندگی در حیطه قدرت اوست و از لحاظ اخلاقی موظف به انجام این عمل نمی باشد .” (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۷۳ ، ۷۴)

مین جر روانشناس ، میل به مرگ را نزد فرد خودکش آرامشی می داند که در اثر تنشهای جامعه \_ محدودیت های اجتماعی و اخلاق ، که توانسته مانع از رهاشدن انرژی پرخاشگری و جنسی فرد شود و در نهایت فشار داخلی پدید می آورد - به آن دست پیدا کرده است . ( ریئس دانا ) ، ( ۱۷۸ : ۱۳۸۰ )

ژان باچلر در کتاب خودکشی خود در مورد خودکشی گریز کرایانه می نویسد که " انسان با خودکشی کردن سعی می کند از روبرو شدن با شرایط غیر قابل تحمل زندگی فرار کند." به عبارت دیگر وی خودکشی را خروج از شرایط نامساعد و دشوار زندگی می داند. (اشنایدمن، ۱۳۷۸، ۱۷۸)

پس در مجموع می توان نتیجه گرفت که خودکشی عملی است آگاهانه و کاملاً ارادی که فرد برای پایان دادن به زندگی خویش انجام می دهد

Suicide به معنی خودکشی دال بر همین عمل است که دفوتن اولین بار آن را به کار برد ؛ به اعتقاد " ریمون آرون" کردار مثبت مثل عمل فردی که برای خاتمه دادن به زندگی گلوله ای در شقیقه اش خالی می کند و کردار منفی عمل فردی است که خانه در حال سوختن را ترک نمی کند . فردی که اقدام به خودکشی می کند از نتیجه عمل خود آگاهی دارد و این مهم ترین مسئله در تشریح و تبیین پدیده خودکشی است. برخی مانند ارسطو خودکشی به منظور فداکاری ( دگرخواهانه ) را خودکشی محسوب نمی کنند ؛ ارسطو خودکشی را عملی برای معدوم ساختن فرد توسط خودش می داند که " به منظور فداکاری نمی باشد ، یعنی فرد برای قربانی شدن به انتحار دست نمی زند " . اما اسکیرول که دورکیم در کتاب خودکشی به نظر وی اشاره کرده نظری عکس نظریات یاد شده دارد ، اسکیرول معتقد است که " در خودکشی تمام خصوصیات دیوانگی دیده می شود " . او با استناد به این نظر نتیجه می گیرد که خودکشی عملی غیر ارادی است و نباید تحت پیگرد قانونی قرار بگیرد . دانامردیث لیزاردی در رساله ی دکترای خود معتقد است که اگرچه بسیاری از تحقیقات نشان دهنده این است که اکثر افرادی که اقدام به خودکشی می کنند ، ذهن بیمار دارند اما این نظریات را نمی توان به همه ی بیماران روانی تعمیم دادو معتقد بود که آنها در طول بیماری خود حتماً یک بار به خودکشی اقدام می کنند. انستیتو ملی بهداشت روانی امریکا "خودکشی را تلاشی آگاهانه برای خاتمه دادن به زندگی شخصی توسط خودش می باشد که ممکن است این تلاش به اقدام تلاشی فقط به شکل احساسی در فرد بماند .(انستیتو



روانشناسی ایران) (آرون، ۱۳۸۱: ۳۷۶) (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۷۳) (نصرآبادی، ۱۳۸۲: ۴) (دورکیم، ۱۳۷۸: ۲۲)

## رفتار های قبل از خودکشی

معمولاً افرادی که اقدام به خودکشی می کنند دارای برخی خصوصیات رفتاری مشترک هستند؛ اغلب در سطح اقتصادی پایین جامعه قرار دارند و یا این که دچار افسردگی می باشند.

اضطراب مزمن، افسردگی، تهدید به خودکشی و ... از نشانه های مهم رفتاری هستند که منجر به خودکشی می شوند. این افراد اغلب تصور می کنند که با مشکلی بزرگ و غیر قابل تحمل روبه رو هستند که تنها چاره باقی مانده مرگ است. (تایلر، ۱۳۷۶: ۴۶، ۴۵)

رفتارهای خودکشانه نتیجه تعامل پیچیده عوامل پزشکی - اجتماعی و خانوادگی می باشد. تغییرات اجتماعی که ممکن است با افزایش خودکشی جوانان مرتبط باشد عبارتند از عوامل افزایش دهنده ی افسردگی کودکی، کاهش ثبات خانوادگی و افزایش دسترسی به سلاح. (طباطبایی، ۱۳۸۴: ۲۷)

در اروپا بزرگترین موج خودکشی جوانان طی جنگ جهانی بود و از دلایل آن می توان به بیکاری دسته جمعی، ناکامی های ناشی از آن حتی در بین افراد با تحصیلات بالا، کاهش اعتقادات مذهبی، مدارا با رفتارهای بحرانی در خرده فرهنگ جوانان و اثرات طلاق بر کودکان اشاره کرد. (محمدی، ۱۳۸۳: ۲۱۴)

عوامل بسیاری به نسبت های خودکشی بستگی دارند مانند جنس مذکر، بیهوشی، مجرد یا مطلقه بودن، تمرکز جمعیت، بحران های اقتصادی، سکونت در کلان شهرها و شهرهای بزرگ، سابقه اختلافات خانوادگی در زمان کودکی، اختلالات روانی و بیماری های جسمی. (استنگل، ۱۳۴۷: ۲۳)

می توان عوامل مؤثر بر شیوع خودکشی را به صورت زیر دسته بندی کرد:

جنس: در تمام سنین مردها سه برابر زن ها خودکشی موفق داشته اند در حالی که زن ها سه برابر مردها اقدام به خودکشی می کنند.



سن : خودکشی و بیشتر از آن ژست و فکر خودکشی در نوجوانان افسرده دیده می شود . (خودکشی سومین عامل مرگ ومیر نوجوانان است)

مذهب: میان یهودیان و کاتولیک ها ، خودکشی نسبت به پروتستان ها کمتر است و میان مسلمانان به خصوص طبقات مذهبی که ازایمان بیشتری برخوردار باشند تصویری شود از تمام مذاهب کمتر باشد.

وضعیت تأهل : خودکشی میان افراد مجرد دوبار بیشتر از افراد متأهل است و برای مطلقه و بیوه چهار تا ده بار بیشتر از کسانی است که با همسر خود زندگی می کنند.

شغل.

نژاد : در امریکا اغلب خودکشی سفیدپوستان از سیاه پوستان بیشتر است.

شرایط اقلیمی : اثربادهای خنک مثل " فون " دردره‌های کوه آلپ حتی در شمال ایران ، به ویژه در گرگان ، باعث حالت تهییج و تشویش بالایی می شود . خطرات خودکشی در هوای خشک قاره‌ای، یا در بهار هنگام افزایش فشار جوی افزایش می‌یابند.

### سلامت جسمی و روانی

محیط زندگی : زندگی در شهرهای بزرگ خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهد. (اسلامی نسب ، ۱۳۷۱، ۸۷-۸۵) (اشراقی ، مجله جغرافیای ایران)

۱ - 1 - ۲ - شاخص های مهم رفتاری قبل از خودکشی:

افسردگی ؛ افسردگی به معنی Depression و افسردگی به معنی Melancholy غم زدگی

گیسختگی در روابط صمیمانه ی شخصی

سابقه ی خودکشی در خانواده

سابقه ی اقدام به خودکشی فرد

انزوای اجتماعی

الکسیم و اعتیاد

فقر و محرومیت مزمن



رفتارهای پرخاشگرانه در خانه یا محیط اجتماعی

صحت مستقیم یا غیر مستقیم درباره ی خودکشی

تغییرات ناگهانی در رفتار مانند بی قراری غیرعادی ، ناآرامی و یا انتقال از افسردگی به حالت خوشی و شادمانی که باعث پوشاندن حالات روانی اصلی می شود.

### بیماری های روانی

از دست دادن ،همسر ،والدین ،فرزندان ،نزدیکان و دوست صمیمی

سابقه بستری شدن در بیمارستان روان پزشکی

آزار و رنجیدگی از نوع غیر قابل تحمل برای فرد (طباطبایی ،۱۳۸۴ : ۲۸)(تایلر ،۱۳۷۶: ۴۵،۴۶) (اسلامی نسب ،۱۳۷۱ : ۲۶۰)

### افسردگی

همان طور که قبلاً اشاره شد افسردگی از مهم ترین رفتارهای منجر به خودکشی است ؛ احساس بی ارزشی، احساس گناه و اندیشیدن درباره مرگ، خودکشی یا اقدام به خودکشی از شایع ترین نشانه های افسردگی است ؛ فاربر و ولیمتن (۱۹۷۰) بیان کرده اند که هنگام افسردگی شدید ،شخص معمولاً دوراندیشی خود را از دست داده و از لحاظ عاطفی ، توانایی حل مشکلات را نداشته وبه دلیل محدودیت جریان فکری قادر به انتخاب راه حلی جز خودکشی نیست .(کلمن،۶۷۷:۱۳۷۶)

و نیز گفته شد که منظور افسردگی به معنی Depression و افسردگی به معنی Melancholy است .

علائم Depression عبارتند از :

اختلال در اشتها ، اختلال در خواب ، فقدان انرژی ،احساس بدبینی ،هیجان روانی و حرکتی ، گاهی غمگین و گاهی شاد و هیجانی اشتغال ذهنی در مورد مرگ و خودکشی ،خستگی پذیری.

علائم Melancholy عبارتند از:

بی خوابی، سوءهاضمه، منزوی و غیر فعال شدن، خودداری از حرف زدن و خوردن، احساس شدید تقصیر و گناه و بیچارگی، اضطراب و گریه بی اراده، اعتراف نکردن به افسردگی اشاره کرد که در نهایت فرد تصویری کند درد او غیر قابل علاج است و تنها راه چاره خودکشی است. (دانش، ۱۳۷۹: ۱۸۳، ۱۸۴) (محمد خانی، ۱۳۸۱: ۳۸) (ریئس دانا، ۱۳۸۰: ۱۸۵-۱۷۹)

### شیوه های خودکشی

وسایل خودکشی بسته به سهولت، تقلید و هنجارهای اجتماعی و زمانی، تقلید می کند. روش های خودکشی در غرب نسبت به سال های ۱۹۶۰ که از گازهای مخرب و سمی استفاده می شد تغییر کرده است. شایع ترین روش خودکشی در امریکا، اسلحه گرم است. (ریئس دانا، ۱۳۸۰: ۱۷۶) (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۱۰۳)

شایع ترین روش خودکشی در ایران خودسوزی و پس از آن دارآویختگی است.

به طور کلی از ۵۰ سال قبل تا کنون می توان روش های خودکشی را چنین برشمرد: حلق آویز کردن، مسموم کردن، به کار بردن اسلحه های سرد، غرق کردن، پرتاب از بلندی، خود را به زیروسایل موتوری سنگین انداختن و بالاخره خودسوزی و استفاده از سلاح های گرم.

شیوه های خودکشی به موارد ذیل قابل تقسیم هستند:

شیوه های رنج آور: سقوط از بلندی، سلاح گرم و سرد، تصادف عمدی و خودسوزی

شیوه های خفه کننده: غرق شدگی، خفگی با گازها و دود ذغال و حلق آویز کردن

شیوه های مسموم کننده: املاح آرسنیک، داروهای خواب آور، الکل و سموم شیمیایی.

و برخی شیوه های مشکوک که به تشخیص پزشکی قانونی بستگی دارد مانند ضربات چاقوی مشکوک، خفگی های مشکوک و غیره.



امروزه عامل تقلید، پیچیدگی های شخصیتی و روانی، تأثیربربازماندگان شیوه های مرگ گوناگونی را نزد فرد خودکشی به همراه دارد. (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۱۰۶، ۱۰۴، 103) (ریئس دانا، ۱۳۸۰: ۱۷۶: (محمدی، ۱۳۸۳: ۲۱۶:

### انواع خودکشی

نظریه پردازان تقسیم بندی های مختلفی از انواع خودکشی ارائه داده اند که مشهورترین آن تقسیم بندی دورکیم است

#### انواع اجتماعی خودکشی (طبقه بندی دورکیم)

دورکیم استدلال کرد که هرچه فرد خود را از زندگی اجتماعی منفک سازد، اجتماع یکپارچگی خود را از دست می دهد و در نتیجه با ضعیف و ناتوان شدن گروه های اجتماعی که فرد بدان ها وابسته است، فرد کمتر به آنها وابستگی پیدا می کند و به خود وابسته می شود و "تنها قواعد رفتاری را که بر مبنای منافع شخصی اش استوار باشد، می پذیرد". و سرانجام در نتیجه این خود فردی در برابر خود اجتماعی، فرد به خود خواهی یا فردگرایی افراطی خواهد رسید.

دورکیم خودکشی را به چهار دسته تقسیم کرده است:

#### خودکشی خودخواهانه

دورکیم این نوع خودکشی را خاص جوامع و اجتماعاتی که دارای فلسفه و سنت فرد گرایی، استقلال طلبی افراد، خوداتکایی و خودکفایی می باشند، در چنین جوامعی به واسطه ی میزان کنترل اجتماعی و فشار جمعی بسیار کم، تضعیف روح جمعی، بی طرفی سازمان های اجتماعی در مسئولیت های فردی، غلبه مناسبات و روابط ثانویه و رسمی بر روابط اولیه و نخستین و عدم تعلق عمیق فرد به گروه، کمبود یا اختلال شدید همانند سازی با گروه های اجتماعی و عدم پشتیبانی اجتماعی و سرپرستی عاطفی و روانی سازمان ها از فرد سبب افزایش تمایل او به خودکشی در شرایط بحرانی می گردد. در این جوامع افراد شدیداً به اراده خود وابسته اند و

رفتار خود را بنا به میل شخصی اشان تنظیم می کنند و ارزش های حاکم بر جامعه در انتخاب آنها تأثیری ندارد البته این میزان فردگرایی بسته به جوامع متفاوت ، تغییر می کند.

دورکیم برای توجیه خودکشی خودگرایانه به مسایل روانی توجه نمی کند ، “اگر چه توضیح علل خودگرایانه خود به معنی پذیرش نوعی علل روانی است ولی دورکیم بررسی روانی آسیب های اجتماعی را از مطالعاتش دور می کند .

” خودکشی خودخواهانه ، خود نیز به دو قسم است ؛ نوع مالیخولیایی که با نوعی سستی و احساس فتور همراه است و حالات افسردگی و انفعال شدید در افراد دیده می شود . نوع اپیکوری که با احساس بی میلی و بی اشتیایی به صورت امری واقعی و غیرخیالی در فرد به شدت راه یافته است ، او را نسبت به هرچه در پیرامون است بی میل ، بی تفاوت و خونسرد می سازد. ( تنهایی ، ۱۳۷۴ : ۱۴۲ - ۱۴۱ ) ( دورکیم ، ۱۳۷۸ : ۳۲۳ - ۱۶۱ ) ( محسنی تبریزی ، ( ۱۳۱ - ۱۳۲ : ۱۳۷۳ ) شیخوندی ، ۱۳۷۳ : ۶۹ ) ( قائمی ، ۱۳۶۴ : ۱۱۳ )

ویتنی پوپ استدلال دورکیم را درباره ی خودکشی خودگرایانه به اختصار زیر جمع بندی می کند:

“ هر چه میزان کنش متقابل اجتماعی کم تر باشد ، احساسات جمعی ضعیف تر است ؛ هرچه احساسات جمعی ضعیف تر باشد ، یگانگی اجتماعی ضعیف تر است ؛ هر چه یگانگی اجتماعی ضعیف تر باشد ، افراد کمتر به منافع اجتماعی نظر دارند ؛ هر چه افراد کم تر به منافع اجتماعی نظر داشته باشند ، در زندگی معنای کم تری می یابند و میزان خودکشی اجتماعی زیادتر می شود . “ ( کیویستو ، ۱۳۸۰ : ۱۴۰ )

### خودکشی دگر گرایانه

خودکشی دگر خواهانه بیشتر در جوامع ابتدایی و به صورت یک وظیفه اجتماعی تجلی پیدا می کند ؛ مثل رسم ساتی هندوان یا خودکشی مردان در آستانه سالمندی و افراد بیمار در قبایل فیجی و مانگا . خودکشی خودخواهانه عموماً متعلق به دنیای جدید و با رشد تکنولوژی و فرد گرایی ارتباط دارد . ( دورکیم ، ۱۳۷۸ : ۲۵۴ - ۲۵۳ ) در این گونه جوامع میزان کنترل و فشار گروهی به شدت بالا ، تعلق گروهی بسیار عمیق و همانند سازی با گروه بسیار شدید است تا حدی که موجودیت فردی مستقل از موجودیت گروهی نامفهوم قلمداد می شود و که در مجموع می توان گفت که در این گونه جوامع ، تقسیم کار محدود ، احساس همبستگی بالا و پیوند و احساس

یگانگی به علت همانندی شرکت درآداب و رسوم مشترک می باشد و قابل تقسیم به سه دسته ی اجباری، اختیاری و هوشمندانه است .

در نوع اجباری خودکشی به عنوان یک وظیفه ی اجتماعی محسوب می شود؛ خودکشی دگرگرایانه ی اختیاری به گونه ای اطلاق می شود که فرد داوطلبانه به استقبال مرگ می رود اما در نوع سوم کناره گیری فرد از خود و چشم پوشی از دنیا به دلیل تمجید و ستایش فرهنگ جامعه از این عمل است. (محسنی تبریزی، ۱۳۷۳: ۱۳۴)

### خودکشی آنومیک

خودکشی آنومیک معلول عدم تعادل، دگرگونی ساختاری، وقفه ناگهانی شدید یا تغییرات عمیق و سریع سازمان ها و نظام های اجتماعی است که خوداین عوامل معلول کساد ی سازمان اقتصادی، ازهم پاشیدگی ارزش های سنتی، تورم، تغییر حکومت و انقلاب و.. است. و کنش افراد به وسیله ی هنجارهای روشن و قاطع، تکوین نیابد. چهار شاخص در بوز این نوع خودکشی مؤثر است: تغییرات سریع اجتماعی، آشفتگی در نظام جمعی و نظم عمومی جامعه، داشتن مشاغل حرفه ای و لیبرال، طلاق و در نتیجه ی آن اغتشاش در روابط بین هدف و وسیله ی خانواده. (محسنی تبریزی، ۱۳۷۳: ۱۳۷-۱۳۵) (شیخوندی، ۱۳۷۳: ۶۹)

### خودکشی تقدیرگرایانه

این خودکشی نوعی عکس العمل به بازبینی، کنترل و تنظیم اجتماعی جامعه است؛ زمانی که جامعه به حد مفرط و شدیدی دست به " ایجاد نظم دستوری " می زند و (فرد به شدت تحت انقیاد و تقلید اجتماعی قرار دارد و هر چیزی تحدید شده، کنترل شده، منظم، خشک و بی روح است). در این مواقع حق گزینش از افراد سلب شده و فرد تحت شرایط اجباری، نمی تواند اهداف و راه های رسیدن به آنها را فراهم کند و سرانجام به قضا و قدر تن دهد. (محسنی تبریزی، ۱۳۷۳: ۱۳۷) (شیخوندی، ۷۰: ۱۳۷۳)

آسیب شناسی جامعه شناسی دورکیم عمدتاً دو حالت دارد:

مشکل در نظام اجتماعی و مشکل در گروه های کوچک داخل اجتماع و یا افراد. به طور کل می توان گفت که " خودکشی دگر گرایانه و خودگرایانه، از پیوستگی شدید و پیوستگی ضعیف افراد ناشی می شود در حالی که

خودکشی ناشی از بی هنجاری ( آنومیک ) و خودکشی تقدیرگرایانه ، از دخالت و نظارت بیش از حد ناشی می شوند. ” (تنهایی ، ۱۳۷۴ : ۱۴۲-۱۴۱) (تایلر ، ۱۳۷۶ : ۱۶)

### عوامل اقتصادی

نارسایی های اقتصادی در افزایش و شیوع نرخ خودکشی تأثیر به سزایی دارند. آ. هنری و جی . شورت دریکی از بنیادی ترین مطالعات درباره ی میزان های خودکشی دریافتند که خودکشی در دوره های کساد اقتصادی افزایش می یابد ؛ خودکشی در میان گروه های متعلق به پایگاه بالا ، نسبتاً شایع تر است و حال آن که قتل عمد به طور نسبی در میان گروه های پایین تر رواج دارد. (تایلر ، ۱۳۷۶ : ۲۷ )

(بیکاری ، اخراج از کار ، ورشکستگی مالی ، فقر و تنگ دستی از علل اقتصادی مهم در رابطه با افزایش خودکشی هستند . بیکاری دسته جمعی و ناکامی های ناشی از آن از شاخص های عمده در بزرگترین موج بیکاری بعد از جنگ جهانی در بین جوانا ۱۵ تا ۲۴ ساله در کشورهای صنعتی بود . ( محمدی ، ۱۳۸۳ : ۲۱۴ ) ( اسلامی نسب ، ۱۳۷۱ : ۲۷۵ )

هنری و شورت معتقدند که در دوره های کساد اقتصادی شاهد افزایش نرخ خودکشی در میان افراد در پایگاه های بالاتر هستیم . ( تایلر ، ۱۳۷۶ : ۲۷ )

#### ۵- تبیین خودکشی ( نظریه جامعه شناختی خودکشی )

دورکیم در مطالعات خود به این نتیجه رسید که در کشورهای کاتولیک مذهب خیلی کمتر از کشورهای پروتستان مذهب و در کشورهایی با مذهب مختلط ، حد وسط این دو میزان است و این به دلیل این نیست که مذهب پروتستان کمتر از کاتولیک ، خودکشی را مذموم دانسته بلکه به دلیل رشد فردگرایی در جوامع پروتستان مذهب است و افراد این جوامع که دارای روحیه ی پرس وجودگرمی هستند در حالی که کاتولیک ها با حفظ سیمای سنتی خود از انسجام و پیارچگی بیشتری برخوردارند ، به عبارت دیگر با کاهش سطح همبستگی اجتماعی ، خودکشی افزایش پیدا می کند . ( توسلی ، ۱۳۷۴ : ۱۴۶ )

استنتاج کلی دورکیم این است که نرخ خودکشی اجتماعی هرجمعیتی تنها با عطف به نتایج و آثار میزان تغییرات در درجات انسجام اجتماعی و یکپارچگی گروهی قابل تبیین است . وی هم چنین در صدد بود نرخ خودکشی را بدون کنترل متغیرهای سن و جنس توضیح دهد

روش دورکیم جهت حصول به متغیر های علیّ تعیین کننده نرخ خودکشی عبارت است از:

۱- حذف عوامل فوق اجتماعی از رابطه ی علیّ ۲- اقدام به نوعی تعمیم اخص درباب ارتباط بین نرخ خودکشی اجتماعی و میزان همبستگی و شکل اجتماعی

در سخن دورکیم ،منش اجتماعی شامل کیفیت هایی مانند “چگونگی عمل ، تفکر و احساس ” به حساب می آیند . البته ا در نظر گرفتن عناصر ی “واقعۀ اجتماعی ” ،آن هم بدان سب که دورکیم مانند وبر خصوصیات این پدیده را صرفاً د رحالات ذهنی شخص جستجو نمی کند و به واقعیت های خارجی که خود را بر فرد تحمیل می کند هم ،توجه دارد. ( سلیمی و داوری ، ۱۳۸۰ : ۲۰۹ )

تارد معتقد بود که رفتار و اعمال هر فرد در اجتماع ناشی از تقلید است و افراد با تقلید از عادات و رفتار دیگران ،روابط اجتماعی خود را برقرار می کنند. دورکیم همچنین به انتقاد از نظریات تارد پرداخته است و تقلید در رفتارهای اجتماعی را رد می کند وبا واضح سازی اهداف و روش های جامعه شناسی به آن جنبه ی علمی داده و عقیده دارد که افکار و رفتار افراد تابع نموده های اجتماعی است مه ناشی از مجموعه ی تجربیات و آرمان های جامعه است که عقاید و اسلوب های انسان به طور ناخود آگاه بدان وابستگی دارد . (دانش ،۱۳۷۹، ۳۰۶-۳۰۴)

از دهه ۷۰ میلادی به بعدنظریه دورکیم پیرامون خودکشی،به ویژه آنجاکه مسأله ارتباط میان خودکشی ومذهب مطرح است،به لحاظ تئوریک و تجربی وروش شناختی موردسؤالات جدی قرارگرفته است.

فرانک ون در مقاله ای با عنوان “Neo- Durkheimian Denomination , Religious Context, and Suicide

data Multilevel Explanation Tested with Individual and Contextual

اشاره می شود:

۱- نظریه دورکیم "پروتستانها بیشتر از کاتولیکها خودکشی می کنند" بعد از وی بصورت یک قانون عام فراگیر و همیشگی جامعه شناسی درآمد ؛ این درحالی است که نتایج برخی تحقیقات خلاف آن را نشان می دهد. تحقیقات انجام شده پیرامون "خودکشی" در کشور هلند برای مدت ۱۹۷۳ تا ۱۹۷۶ نشان می دهد در گروه دیگری پروتستانها (پروتستانهای ارتدوکس) طی این مدت میزان خودکشی کمتر از کاتولیکها بوده است و در گروه دیگری از پروتستانها (پروتستانهای لیبرال) میزان خودکشی بیشتر از کاتولیکها بوده است . بنابراین به نظریه ی دورکیم نباید به صورت یک قانون جهان شمول و همیشگی جامعه شناسی نگریست

۲- نظریه خودکشی دورکیم نظریه ای است که پدیده خودکشی را فقط در سطح کلان و کلی بررسی کرده اما فاقد تجزیه و تحلیل این پدیده در سطوح خردتر و با استفاده از اطلاعات کافی و فردی است. منتقدانی چون جونز و انیل به مسأله "جمع گرایی" دورکیم و کم بهادادن به نقش افراد و عدم جمع بندی اطلاعات مربوط به ویژگی های فردی کسانی که اقدام به خودکشی دورکیم تلقی کرده اند.

۳- نظریه دورکیم عمدتاً با تکیه بر آمارهای کلی جمع آوری شده از کشورها تدوین و فرمولیزه شده است. به عقیده منتقدانی چون پاپه و دانی گلیس و دیگران، پدیده خودکشی می بایست در سطوح جغرافیایی کوچکتر یعنی مناطق محدود مورد بررسی قرار می گیرد زیرا در غیر این صورت از مسأله تأثیر ویژگیهای محیط سکونت بر پدیده خودکشی غفلت خواهد شد. (اشتباه اکولوژیک)

۴- برخی منتقدان مثل آتکینسون ، دای و داگلاس اساساً عقیده دارند میزان خودکشی در پروتستان ها و کاتولیک ها مساوی بوده و هست اما کاتولیکها بیشتر از پروتستانها مسئله خدکشی را به عنوان "علت مرگ" پنهان کرده و خودکشی کاتولیکها در دفاتر ثبت احوال معمولاً کمتر از پروتستان ها ثبت و گزارش میشود؛ به عنوان مثال ون پاپل و دای در مطالعات خود مشاهده کردند که در هلند طی سالهای ۱۹۱۰-۱۹۰۵ تفاوت میزان خودکشی کاتولیکها و پروتستانها ناشی "کم گزارش شدن" نرخ واقعی خودکشی کاتولیکها به دفاتر مرجع رسمی بوده است.

اساس نظریه ی خودکشی را می توان روی مشخصات پویایی، فشارها، یگانگی و جذابیت سازمان ها و گروه های اجتماعی در میزان تعلق و همانند سازی فرد در رابطه با گروه های اولیه و ثانویه در اجتماع، تعیین کننده گستردگی، نوع و انگیزه ی خودکشی استوار است. (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۱۱۱)

جی گیبز و دبلیو مارتین جامعه شناسان امریکایی اظهار داشتند که حتی این قسمت اساسی نظریه دورکیم را نمی توان موضوع آزمایش رسمی و تجربی قرار داد، بدان سبب که او هیچ تعریف کاری و عملی را از همبستگی اجتماعی مد نظرش ارائه نکرده است ولی هر دوی آن ها درمورد تأثیرهمبستگی بر خودکشی با دورکیم اتفاق نظر دارند و معتقدند که میزان خودکشی یک جمعیت با ثبات و دوام روابط اجتماعی در درون آن جمعیت رابطه معکوس دارد. (تایلر، ۱۳۷۶: ۲۴)

(به عبارت دیگر می توان اشاره داشت که جامعه، فرد رابه خودکشی، دیگرکشی و یا رفتار متعادل تشویق می کند و ریشه های رفتار خودکشانه در رفتار متقابل جامعه قرار دارد. (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۱۱۱))

1. از دیگر نظریات در باب خودکشی می توان به دیدگاه مارکسیستی اشاره کرد؛ آن ها خودکشی را پدیده ای مرتبط با ساخت سرمایه داری جامعه می داند و لذا از راه مشاهده ی رفتارگرایی، از بیرون قضیه به داخل قضیه موضوع را ارزیابی می کند و فقط به رابطه ی بین محرک و بازتاب توجه دارد. آسیب شناسی اجتماعی مارکسیستی در زمینه ی خودکشی، فقط به سادگی پدیده را مرتبط با ساخت سرمایه داری نمی بیند و آن را همان جا رها نمی کند و دراین دیدگاه خودکشی را باید هم در متن شخصیت و دگرگونی آن و هم محرک های ریشه ای و ساختی و هم آخرین محرک ها بررسی کرد. (ریس دانای، ۱۳۸۰: ۱۷۱)

2. جی. جاکوبز، دورکیم و بسیاری از نظریات دیگر جامعه شناسان را که به بررسی میزان خودکشی پرداخته اند به دلیل اعتقادی که در مورد تبیین پدیده ی خودکشی بدون مطالعه فرد منتحر، مورد انتقاد قرار داده است. وی استدلال می کند که فرد به منظور اقدام به خودکشی، در وهله ی نخست باید چنین پندارد که با مشکلی لاینحل و غیرقابل تحمل روبه روست، دوم این که مرگ را تنها چاره بیابد و در نهایت وضعیت را غیرقابل کنترل ببیند. (تایلر، ۱۳۷۶: ۵۵)

6 - راه های پیشگیری از خودکشی

کاملاً پیداست که خودکشی پدیده ای است که ممکن است در هر قشری از جامعه اتفاق بیفتد، اما تلاش در کاهش عوامل تنش زای محیطی، خانوادگی، تحصیلی و سازمان ها و آموزش بهداشت روانی از طریق رسانه ها ی گروهی می تواند از راه کارهایی باشد که از روند رو به رشد نرخ خودکشی در جوامع بکاهند . ( مسکنی ، ۱۳۸۳: ۲۳)

دورکیم ثروت ناگهانی در برابر فقر را یک عامل بحران را می بیند و نشان می دهد که تحت تأثیر این عامل برخی از اشکال رفتارهای انحرافی نظیر خودکشی افزایش می یابد که خود این عامل مولود تغییرات شتاب زده ی اجتماعی – اقتصادی است که به موجب از هم پاشیدگی هنجارهای سنتی یعنی وضعیت سریع آنومی می گردد. کونیک در تکمیل نظریه وی چنین آورده است : ” فقر به تنهایی بیشتر به عنوان یک عامل ثبات بخش در جامعه تأثیر می گذارد و در آن صورت فقر غیر قابل تحمل می شود و انسان می کوشد با همه ی ابزار ممکن از وضعیت فقر بیرن آید و در نتیجه ی این اعمال رفتار انحرافی رشد می کند “ . ( رفیع پور ، ۱۳۷۸: ۱۸)

مذهب از عواملی است که نرخ خودکشی را کاهش می دهد اما نه به این دلیل که در محکومیت خودکشی نسبت به اخلاق دینی تردید کمتری دارد و نه مفهوم خدا القا کننده ی اقتداری استثنایی بر اراده ی افراد است بلکه مذهب ، مجموعه ای از اعتقادات و اعمال مشترک نزد پیروان خود است که ” سنتی و در نتیجه الزامی است “

در پایان این فصل نظری اجمالی بر برخی اقدامات پیشگیرانه در مورد خودکشی خواهیم داشت :

۱. مشاوره ، راهنمایی و حمایت فرد و روان درمانی فرد
۲. همبستگی اجتماعی در حد اعتدال باقی بماند و در تعیین سرنوشت و مسیر زندگی افراد، هم مصالح فردی و هم مصالح جمعی به یک اندازه در نظر گرفته شوند و فشار و نظم اجتماعی در حد معقول و مطلوب باشد.
۳. احساس هویت اجتماعی در افراد تقویت شود زیرا باعث از بین بردن انزوای اجتماعی و غیره د فمند کردن زندگی فرد می شود و افراد جامعه بر اساس آن ، جایگاه و منزلت واقعی خود را کسب می کنند.
۴. اشاعه فرهنگ احترام به حقوق انسانی و اصلاح الگو های ارتباط بین زن و مرد .
۵. تعمیق باورها و نگرش های دینی با به کار گیری شیوه ی تبلیغی مؤثر.



6. مقابله با آداب و رسوم غلط اجتماعی درباره ی زنان.
7. آشنا کردن خانواده با علایم و دگرگونی های رفتاری فرد قبل از خودکشی .
8. ایجاد خانه ی سلامت و خطوط تلفن بحران.
9. پیش بینی واحد درسی “حقوق و دانش خانواده “در آموزش و پرورش.
10. بررسی محیط زندگی افرادی که در خطرند .
11. تعلیم و تربیت روحانیون ،پرستاران ، پلیس، معلمان و سایر مسئولینی که با افراد زیادی در تماس هستند.
12. همین طور باید تصویر فرد از خود و آینده اش را همواره با عقاید مذهبی روشن کرد چرا که از موانع بسیار با اهمیت در پیشگیری از خودکشی می باشد .(کارکنان نصر آبادی ،۱۳۸۲: ۵ ) (کاوه امیدی ،۱۳۸۲: ۱۰۱-۸۸ ) (کلمن ، ۱۳۷۷ : ۶۸۸ )

### بررسی تجربی خودکشی ( مورد ایران )

#### علل خودکشی در ایران

در این مطالعه ی دقیقی در مورد خودکشی صورت نگرفته است زیرا آمار پزشکی قانونی گویا نیست و بسیاری از افراد خودکشی افراد خانواده ی خود را ننگ و بی آبرویی تلقی کرده و از افشای آن خودکشی می کنند. درکشوآمارهایی وجود دارد که حاکی از آنکه سالیانه ۵ تا ۷ هزار نفر از طریق خودکشی جان خود را می گیرند که نیمی از آن ها در شهرهای بزرگ ، یک چهارم در شهرها کوچک و متوسط و بقیه در روستاها اتفاق می افتد . دکتر قرایی مقدم معتقد است که نگاه سنتی خانواده ها به مسأله خودکشی که درکشورما وجود دارد موجب گردیده است تا به آماردقیق و صحیح دسترسی نداشته باشیم زیرا در بسیاری از شهرها خودکشی هر یک از افراد خانواده موجب بی حیثی و بی آبرویی خانواده می شود همین دلیل به مخفی کردن نوع مرگ می انجامد. ( ریئس دانا ، ۱۳۸۰ : ۱۸۷)(ستوده ، ۲۳۹ : ۱۳۷۱)

#### علل خودکشی در ایران



۱. اختلافات زناشویی، عشق و تمایلات شدید عاطفی و علل ناموسی
2. ناراحتی های روانی، شکست در عشق و اختلالات روانی و شخصیتی
3. مشکلات ناشی از شکست های تحصیلی واسترس ها وفشار های روانی و روحی ناشی از آنها(فشار های عاطفی، فشار های تحصیلی مانند کنکور، نقایص جسمی و فیزیکی در نسل جوان) و احساس پوچی و بی هدفی وافسردگی
4. فقر و تنگدستی، بیکاری، اخراج از کار و شرایط نامساعد اقتصادی
5. مسائل و معضلات زندگی شهری و وضعیت نا به سامان زندگی
6. ازهم پاشیدگی گروه های اجتماعی مانند خانواده، شغلی، خویشاوندی، دوستی و..
7. اعتیاد به مواد مخدر، الکل و داروهای توهم زا
8. ضعیف شدن اعتقادات مذهبی
9. عدم استقلال و اجبار در پیروی از مقررات سنتی
10. ر ملا شدن اسرار و حقایق خصوصی زندگی فرد. (ستوده، ۱۳۷۴، ۲۴۰)

## 2- رابطه خودکشی با سن - جنس:

طی تحقیقاتی که در کشورهای مختلف صورت گرفته نتایج به دست آمده حاکی از آن است که مردها بیش از زنان خودکشی می کنند و اغلب آنان در گروه سنی ۴۵-۶۵ ساله قرار دارند. اوج اقدام به خودکشی در میان زنان و مردان ایرانی در گروه سنی ۱۸-۲۴ ساله می باشد. در ایران نوجوانان و جوانان از یک طرف و زنان از طرف دیگر دو قشری هستند که بیشتر از سایرین دست به خودکشی می زنند. تحقیقات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در سال ۱۳۸۲ خودکشی ۲۴۸۶ زن و ۱۴۸۱ مرد را نشان می دهد و آمار وزارت بهداشت از انجام حداقل ۱۳ خودکشی در روز با میانگین سنی ۲۹ سال خبر می دهد. طبق این آمار نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به یک و گاه ۴/۵ به یک است. در یک طرح پژوهشی که در سال ۱۳۵۲ در کشور، مشخص گردید که خودکشی در

میان مردان و زنان جوان متأهل به دلیل درهم ریختگی ارزش های اجتماعی و فرهنگی و در نتیجه نا به سامانی نهاد خانواده افزایش یافته است (رشید یاسمی ، ۱۳۴۵: ۱۰۰)

در تحقیقی که در سال های ۴۷-۱۳۴۵ بر روی افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند صورت گرفت ، جامعه مورد مطالعه شامل ۸۳۹ مرد و ۶۲۳ زن بوده و نتایج زیر حاصل پژوهش فوق است: خودکشی زنان در گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله بیشتر است، اما بیشتر خودکشی های مردان مربوط به فاصله سنی ۳۴-۱۵ سال می باشد. این بررسی اختلاف های خانوادگی را مهم ترین انگیزه خودکشی عنوان می کند (۲۶٪) و بعد از آن مسایل اقتصادی را دومین دلیل انجام انتحار معرفی می کند.

در سال ۱۳۴۹ نیز بررسی ای بر روی ۳۶۲۷ مورد انجام می گیرد که در بین آنها ۱۴۱۵ نفر مرد و ۲۲۱۲ نفر زن بوده اند. که باز حکایت از غلبه زنان خودکش بر مردان خودکشی کننده دارد. دکتر "امان الله قرائی مقدم" با اشاره به تغییرات به وجود آمده در روند خودکشی ایرانیان طی سه دهه اخیر معتقد است که نسبت خودکشی زنان و مردان نسبت به ده سال گذشته تغییر کرده است، قبل از سال ۱۳۷۰ نسبت خودکشی زنان به مردان ۵ به ۲ بود اما در ۱۰ سال گذشته نسبت خودکشی مردان به زنان ۳ به ۲ افزایش یافته است.

وی همچنین عامل خودکشی مردم ایران در سطح کلان را وجود " آنومی" یا نوعی بی هنجاری می خواند و پریشانی فکر، نابودی نظم منطقی فکری و دچار تشتت آرا بودن را که منجر به خودکشی افراد می شود از نتایج این بی هنجاری می داند. دکتر عباس محمد اصل خودکشی را عملی تعمدی برای نابودی فرد می داند و آن را در سه سطح کلان، میانه و خرد بررسی می کند.

1. سطح کلان : از سویی ضعف هنجارها و درهم ریختگی ارزشی و از سوی دیگر فقدان حمایت های مدنی از فردیت رو به رشد شخص، موجب بروز خودکشی می ود.

2. سطح میانه : فقدان تناسب میان فردیت افراد با هنجارهای اجتماعی و تضاد نمادهای معرفتی الگوهای جدید با ذهنیت و باورهای افراد که به دلیل وجود مدیریت ناکار آمد در سطح جامعه به وجود می آید.

3. سطح خرد: مجموع این عوامل موجب بروز یک کنش اعتراضی می شود که فرد طی آن تلاش در آسیب رساندن به خود یا جامعه را دارد. (همان )

بر اساس گزارش مرکز آمار ایران طی سال های ۱۳۸۲-۱۳۷۵ ، در گروه سنی ۲۴-۱۸ ساله در زنان و گروه سنی ۳۴-۲۵ ساله در مردان بالاترین تعداد اقدام به خودکشی دیده می شود. زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند ولی نرخ خودکشی ( منجر به فوت ) در مردان بیشتر است ؛ رقم بالا در خودکشی مردان به تفکیک استان در استان تهران و در زنان مربوط به لرستان بوده است. (سالنامه آماری کشور ۱۳۸۲ )

شایع ترین روش خودکشی در مردان دارآویختگی، استفاده از مواد مخدر، استفاده از ترکیب تریاک و دارو و سقوط از بلندی و هم چنین در بین زنان خودسوزی، استفاده از دارو وجود دارد و روش هایی دیگری همانند برق گرفتگی، بریدگی با چاقو نیز وجود دارد. ایلام بیشترین آمار خودسوزی را در کشور دارد و استان های کرمانشاه ، همدان، لرستان ، کهگیلویه و بویر احمد و گلستان در رتبه ای بعدی قرار دارند. (اسلامی نسب، ۱۰۴:۱۳۷۱)

به طور نسبی اقدام به خودکشی در زنان نسبت به سال ۱۳۷۵ کاهش داشته ولی چشمگیر نبوده و به عکس نرخ اقدام به خودکشی مردان روندی رو به افزایش داشته است و از این تعداد اقدام به خودکشی ، مردان اغلب خودکشی کرده در حالی که فوت شدگان در زنان نسبت به اقدام به خودکشی کمتر است. با توجه به سالنامه ی آماری کشور در سال ۱۳۸۲ نمودار زیر را برای نشان دادن این اختلاف بین اقدام به خودکشی و مرگ ، رسم کرده ایم ؛ همان طور که نمودارها نشان می دهند اختلافی که وجود دارد به دلیل جلب توجه تنبیه ، ترعیب ، اظهار ندامت و پشیمانی و.. می باشد.

مطالعات دیگری در مورد پدیده ی خودکشی در کشور وجود دارد به عنوان مثال در شهر قزوین نرخ خودکشی در مردان ۲/۵ برابر زنان می باشد یا در ایلام که سالانه حدود ۴۰۰ مورد خودکشی در جمعیت ۵۸۰ هزار نفری ایلام اتفاق می افتد و ۲۲۰ نفر زن و ۱۸۰ مرد این انار را به خود اختصاص داده اند ) . امید ی ملایری ، ۱۳۸۲ : ۱۰۱-۸۸) (ستوده ، ۱۳۷۱ : ۲۴۰)

### 3- زنان و خودکشی :

طبق اخبار سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ، آخرین آمار خودکشی زنان در ایران در مقایسه با سایر کشورها حاکی از پایین بودن این میزان نسبت به کشورهای اروپا ، آفریقای شمالی ، اقیانوسیه و آسیای شرقی در حالی که از کشورهای امریکای لاتین ، مرکزی و جنوبی بالاتر است. در سال ۱۳۷۹ معاون اجتماعی

مرکز امور مشارکت زنان گزارشی با عنوان “گزارش ملی خودکشی زنان” انجام دادند و به تفکیک استان ها به بررسی خودکشی زنان پرداخته بودند. آن ها در تحقیقات خود به روش های جامعه شناسی استناد جسته و نقش عوامل اجتماعی و بیرونی را در بروز این پدیده متذکر شده اند. طبق بافته های آنان در استان های کردستان، سمنان، کهگیلویه و بویر احمد، مرکزی، هرمزگان، یزد و سیستان و بلوچستان نرخ خودکشی به نسبت سال ۱۳۷۷ افزایش داشته است و دو استان تهران و سیستان و بلوچستان کمترین نرخ خودکشی را به خود اختصاص داده اند. همچنین میزان خودکشی زنان در دو استان ایلام و کرمانشاه بیشتر از مردان بوده است و بیشترین میزان خودکشی در گروه های سنی بالای ۲۵ سال است.

دکتر فاطمه ملوک باشی روانشناس معتقد است گر چه در ایران خودکشی در مردان بالاتر از زنان است ولی در زنان به طور خاص، موارد خودکشی در گروه سنی ۲۴ - ۱۸ سال بیشترین میزان را دارد که عمدتاً به صورت مصرف دارو و خودسوزی است. (مسکنی، ۱۳۸۳: ۲۲)

مدیر کل امور اجتماعی وزارت کشور با اشاره به تحقیقات کشور تا سال ۱۳۸۳ اعلام کرد که زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی کرده اند و علت اصلی آن را اختلافات خانوادگی و باورهای متضاد زنان و مردان در زندگی مشترک دانست؛ زیرا در بسیاری از شهرهای کشور و علی الخصوص روستاها مردان خود را صاحب اختیار و مالک زنان می دانند و از آنان انتظار اطاعت، پذیرش مطلق عقاید مردان و عدم حضور در عرصه اجتماع را دارند. در تحقیقی هدف آن بود تا رابطه ی بین سطح تحصیلی زنان و تمایل آنان به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر سنجیده شود و نتیجه چنین به دست آمد که داشتن سطح تحصیل بالاتر به شکل گیری خودپنداره های مثبت تر در فرد یاری می کند و در این حالت توهین ها و تحقیرهای همسر را دلیل بر ضعف و حقارت خود ندانسته و بر آن باورند که همسرانشان دارای مشکل اند؛ بنابراین عزت نفسشان حفظ می شود و تمایل به خودکشی در آنها کاهش می یابد. زیرا آنها راه های جبرانی و منابع حمایتی همانند شغل و منزلت اجتماعی را دارند که باعث کاهش مشکلات ناشی از خشونت همسرانشان می شود. (خسروی، ۱۳۸۳: ۱۱۱-۱۰۹)

## خودکشی

خودکشی به عنوان نشانه‌هایی از عدم احساس امنیت فردی، معضل بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد و یکی از جرایمی است که در اروپا و آمریکا رقم بالایی را در میان سایر جرایم به خود اختصاص داده است.

در آمریکا همه ساله حداقل 30 هزار جوان به دلیل آینده نامعلوم و زندگی بدون هدف دست به خودکشی می‌زنند. در کشور فرانسه هر روز 438 نفر به دلایل مختلف اقدام به خودکشی می‌کنند در چند کشور اروپایی و از آن جمله سوئیس و سوئد میزان خودکشی در حدود 18 تا 25 در یکصد هزار و در مجارستان 58 در صد هزار نفر گزارش شده است. در گذشته تصور می‌شد که میزان خودکشی در نواحی غربی نشده پایین‌تر از ممالک دیگر باشد، چنان که به ترتیب ارقام 3/5 و 7 در ده هزار در تایلند و اوگاندا گزارش شده بود، ولی میزان 43 و 37 در هزار به ترتیب در هند و پاسیفیک غربی (کشورهای کرانه باختری اقیانوس آرام) این نظر را متزلزل می‌سازد. هرچند بنابر اعلام کارشناسان، خودکشی معضل اصلی ایران نیست، اما بررسی آمار خودکشی در سال‌های گذشته نشان‌دهنده آن است که ما با آمار فزاینده‌ای در برخی از استان‌ها مواجه هستیم، به طوری که استان ایلام بالاترین آمار خودکشی و سمنان پایین‌ترین شاخص خودکشی موفق را به خود اختصاص داده‌اند. در تحقیقی که در ایران صورت گرفته، بیشترین اقدام به خودکشی در مردان بین سنین 20 تا 25 ساله و در زنان بین سنین 16 تا 20 بوده است. وقتی که میزان اقدام خودکشی در زنان و مردان روی هم مورد توجه قرار می‌گیرد بیشترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به سنین 16 تا 20 است. اقدام زنان به خودکشی بیش از مردان و در حدود سه برابر است ولی تقریباً 6 درصد از زنانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند جان خود را از دست داده‌اند در حالی که 2 درصد از مردان که به این عمل اقدام کرده‌اند، مرده‌اند. به عبارت دیگر گرچه مردان کمتر از زنان اقدام به خودکشی می‌کنند (در حدود یک سوم) اما خودکشی واقعی در بین آنان 3 برابر زنان بوده است. این موضوع بیانگر آن است که گرچه مردان کمتر از زنان اقدام به خودکشی کرده‌اند، ولی آن عده که به این عمل مبادرت می‌ورزند، واقعاً خواهان مرگ هستند. این ارقام و نتایج با ارقام و نتایجی که در کشورهای دیگر به دست آمده تقریباً برابر است. کارشناسان افسردگی را به عنوان عامل اصلی خودکشی می‌دانند، اما در بعضی استان‌ها، اختلافات خانوادگی مهمترین عامل ذکر می‌شود. عمده‌ترین شیوه خودکشی در ایران خودسوزی است که اغلب در سنین 20 تا 30 سالگی و توسط زنان و دختران رخ می‌دهد.

افزایش خودکشی در میان جوانان، حکایت از آن دارد که آفتی خطرناک، سلامت این سرمایه‌های زرین کشور را تهدید می‌کند که همان احساس یاس، پوچی و سرخوردگی است و تا این آفت ریشه‌کن نشود، نمی‌توان به کاهش میزان خودکشی به طور مؤثر و چشمگیر امیدوار بود. خودکشی زنان نیز نشان‌دهنده وجود احساس ناامنی در میان آنهاست. مرگ مادر خانواده از طریق خودکشی اثرات جبران ناپذیری بر روی فرزندان می‌گذارد. حمایت جدی از زنان در محیط خانواده یکی از راه‌های کاهش این نوع خودکشی است. ملاحظه می‌شود که مرگ هر فرد تأثیرسزایی بر اطرافیان او می‌گذارد، مخصوصاً بر جمع دوستان، خانواده و عزیزانی که بیش از هر فرد دیگر به او نزدیک می‌باشند. خودکشی باعث می‌گردد خانواده و دوستان احساس کنند که ایشان مسبب و عامل این موضوع بوده‌اند. بسیاری از خانواده‌ها پس از خودکشی عزیز از دست رفته خود هرگز نتوانسته‌اند به زندگی طبیعی خود بازگردند. امروز تصمیم شما می‌تواند باعث از بین رفتن خانواده یا دوستان نزدیک شما و یا بعث تسلی و شادی آنها گردد. فکر خودکشی پدیده‌ای را که نسبتاً ممکن است با گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد، تصمیم برای ارتکاب رفتار خودکشی ممکن است تکانشی، بدون اندیشیدن قبلی کافی بوده یا نتیجه نشخوار ذهنی طولانی باشد. روش اقدام به خودکشی بدون ارتباط با جدیت و شدت قصد مردن هنگام رفتار انتحاری، بر میزان موفقیت در اقدام تأثیر دارد. به همین دلیل معمول‌ترین روش خودکشی موفق در کودکان و نوجوانان استفاده از اسلحه گرم است (ایالات متحده آمریکا) که دو سوم خودکشی پسرها و تقریباً نصف خودکشی دخترها را شامل می‌گردد. دومین روش شایع خودکشی در پسرها که یک چهارم موارد را شامل می‌شود حلق آویز کردن خود است؛ در دخترها یک چهارم موارد خودکشی با خوردن مواد سمی به عمل می‌آید. مسمومیت با مونوکسیدکربن سومین روش شایع خودکشی در پسرها است اما در کمتر از 10 درصد موارد دیده می‌شود؛ خودکشی با مونوکسیدکربن و حلق آویز کردن خود در دخترها به طور برابر، هرکدام حدود 10 درصد موارد مشاهده می‌گردد. عوامل دیگر خودکشی مشتمل است بر سابقه خودکشی در خانواده، رویارویی با خشونت خانوادگی، سوءمصرف مواد و دسترسی به مواد و روش‌های مهلک. (محسنی تبریزی، 1373)

"تاریخچه خودکشی"

خودکشی یک پدیده عالمگیر است، فکر خودکشی، یک فکر جهانی است که در طول تاریخ در کشورها و اجتماعات گوناگون سابقه دارد. در ضمن خودکشی پدیده‌ای است روانی و اجتماعی. در گذشته اکثر ملت‌ها نه تنها خودکشی را قابل مجازات نمی‌دانستند، بلکه از آن به عنوان عملی افتخارآمیز یاد می‌کردند، از آنجا که فرهنگ‌های مختلف خودکشی را به نحوی متفاوت از یکدیگر تعبیر می‌کنند، در واکنش به خودکشی تفاوت‌هایی وجود دارد. خودکشی در بعضی از جوامع امری عادی به حساب می‌آید مثلاً تا اواخر قرن نوزدهم در خیلی از نقاط هندوستان خودکشی زن بیوه پس از مرگ شوهر امری کاملاً پذیرفته شده بود و معتقد بودند که باعث بخشیده شدن گناهان شوهر و وسیله‌ای برای ورود زن به بهشت خواهد بود. بیشتر جوامع غربی در پی جلوگیری از خودکشی و در صورت امکان مانع انجام گرفتن آن می‌شوند. در مقابل چنانچه اشاره شد در بعضی فرهنگ‌ها خودکشی عملی بزدلانه تلقی می‌شود.

### "شیوع خودکشی"

خودکشی محدود به افرادی خاص نیست و تقریباً در مورد هرکسی که دارای میل به مرگ و افکار خودکشی می‌باشد ممکن است صورت پذیرد. شیوع خودکشی در بین نوجوانان روبه افزایش است. بیشتر نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند از لحاظ اجتماعی منزوی هستند. این امر خصوصاً در مورد پسران صادق است. دوسوم دخترانی که اقدام به خودکشی می‌کنند با یک پسر رفتار معمولاً وفادار هستند. به علاوه بیشتر نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند والدینی دارند که طلاق گرفته یا جدا شده‌اند و تعداد زیادی از آنها دارای والدین الکلیک هستند. 25 درصد در زمان اقدام به خودکشی خارج از خانه بوده‌اند. اکثر جوان‌هایی که دست به خودکشی می‌زنند به طول چشمگیری دارای سوابق تحصیلی ضعیف هستند. از هر 5 نفر یک نفر حداقل یک بار مردود شده است و یک سوم آنها یا ترک تحصیل می‌کنند یا دائماً از مدرسه فراری هستند. یک سوم دیگر در مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند. البته همه نوجوان‌هایی که به خودکشی اقدام می‌کنند با این توزیع مطابقت ندارند. در پژوهشی نشان داده شده است که نوجوان‌هایی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در بین آنها گروهی دارای هوش بالاتر از متوسط، کمال‌گرا، خودانتقادگر و نیز آرام و «دیرآشنا» بوده‌اند. خودکشی در مردان

پس از 45 سالگی و در زنان پس از 55 سالگی اوج می گیرد. سالمندان کمتر از جوانان اقدام به خودکشی می کنند، اما در خودکشی موفق تر از جوانان هستند. در ضمن افرادی که ازدواج نکرده اند دو برابر افراد متاهل دست به خودکشی می زنند و یا افرادی که قبلا ازدواج کرده اند بسیار بیشتر از کسانی که هرگز ازدواج نکرده اند دست به خودکشی می زنند. (همانی منبع)

## "علل خودکشی"

خودکشی در کشورهای مختلف و بسته به فرهنگ های مختلف دلایل گوناگون و متفاوتی را شامل می شود، با این وجود علل مهم خودکشی عبارتند از:

الف) عوامل ژنتیکی: قرائن مهم ژنتیک در رفتار انتحاری مبتنی بر مطالعات خانوادگی، خطر خودکشی و میزان تطابق بالاتر خودکشی در دوقلوهای یک تخمکی نسبت به دوقلوهای دوتخمکی است. هرچند عیار خودکشی در مبتلایان به اختلال روانی بالاست. - از جمله در اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع یک - عیار خودکشی در بستگان مبتلا به اختلالات خلقی به مراتب بالاتر از بستگان بیماران اسکیزوفرنیک است.

ب) عوامل اجتماعی - اقتصادی: کودکان و نوجوانان نسبت به محیط های آشفته، خشن و مسامحه آمیز و ویرانگر آسیب پذیر هستند. طیف وسیعی از علایم آسیب شناسی روانی ممکن است به صورت ثانوی به وسیله رویارویی با محیط خانه های خشن و آزاردهنده پدید آید. رفتارهای پر خاشگرانه، خود ویرانگر و انتحاری به نظر می رسد با فراوانی بیشتری در کسانی که زندگی خانوادگی استرس آمیز طولانی داشته اند مشاهده می گردد. همچنین میزان خودکشی در میان افرادی که بیکار هستند و یا دچار مشکلات شدید اقتصادی و کمبودهای مادی هستند از قبیل افراد ورشکسته و کارگران موقت بیشتر از سایر افراد است. ج) عامل تنهایی: در بسیاری از مواقع خودکشی در میان افرادی رخ می دهد که تنها زندگی می کنند و به نظر می رسد که عامل تنهایی، احساس بی کسی و بی پناهی مؤثرتر از عامل تنهایی، احساس بی کسی و بی پناهی مؤثرتر از عامل فقر و ناداری در اقدام به خودکشی باشد.

عواملی مانند شهرنشینی که باعث بیگانگی افراد از یکدیگر شده یکی دیگر از عوامل خودکشی هاست. همچنین الکلیسم، کاهش باورهای مذهبی و مهاجرت های بی رویه و بدون برنامه ریزی شده، گرفتاری های خانوادگی، اختلاف با والدین و همسر، شکست در عشق، عوامل و فشارهای فرهنگی خاص، محرومیت های عاطفی، مرگ نزدیکان و برخوردهای اجتماعی ناشایست و غیرمنطقی و ازدواج های تحمیلی بخصوص در زنان و تجاوزات صورت گرفته به دختران و زنان، بالاخره یاس و ناامیدی و احساس شکست از عواملی هستند که می توانند منجر به خودکشی گردند. اما در این میان باید به نقش اختلالات روانی همچون افسردگی و سایر بیماری های روانی اشاره کرد که بی ارتباط با مسائل ذکر شده در فوق نیستند. بنابراین ملاحظه می گردد که عوامل روانی مانند افسردگی نتیجه کمبودهای مختلف در زندگی روانی اجتماعی افراد است که می تواند منجر به خودکشی گردد و در مورد اهمیت بیماری های روانی به عنوان عامل خودکشی می توان به بیماری هایی چون اسکیزوفرنی اشاره کرد که مبتلایان مدت ها درباره خودکشی فکر می کنند و مقدمات آن را به صورت پنهانی فراهم می سازند. در این گونه افراد خودکشی به منزله واکنش دفاعی است که به علت متلاشی شدن شخصیت آنها به دنبال یک زمینه اضطراب و دلوپسی روبه افزایش صورت می گیرد. امکان قتل نیز نزد این افراد وجود دارد. بخصوص قتل والدین که معمولا به دنبال چند نوبت اقدام به خودکشی بیمار پیش می آید. همچنین در افراد مبتلا به صرع، هیستری و افرادی با حالات بی تعادلی عصبی- روانی موارد خودکشی بیشتر دیده می شود. با این وجود در کشور ما علل خودکشی می توانند، فقر، ناراحتی های خانوادگی، روانی، مسائل فرهنگی و یا شکست در عشق باشد . (همان منبع)

### "پیشگیری و درمان خودکشی"

افرادی را که اقدام به خودکشی کرده اند قبل از تصمیم برای بستری کردن یا فرستادن به خانه باید ارزیابی کرد. کسانی را که در گروه «خطر بالا» قرار می گیرند باید تا زمانی که میل به خودکشی در آنها از بین برود بستری کرد. افراد در معرض خطر مشتمل بر کسانی هستند که سابقه اقدام به خودکشی دارند؛ پسرهای بالای دوازده سال که سابقه رفتار پر خاشگرانه و سوء مصرف مواد دارند؛ کسانی که با وسیله ای مهلک مانند خوردن سم

و غیره اقدام به خودکشی کرده‌اند؛ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی مشخص با مردم‌گریزی، نومیدی و فقدان نیرو؛ دخترانی که از خانه فرار کرده‌اند و مورد تجاوز جنسی قرار گرفته و حامله هستند و یا به وسیله‌ای غیر از خوردن ماده سمی اقدام به خودکشی کرده‌اند و هرکسی که افکار خودکشی مستمر دارد. کودک یا نوجوانی که پزشک در توانایی خانواده او برای مراقبت از فرد یا همکاری با درمان سرپایی تردید دارد باید بسببتری شود. در چنین موقعیتی باید خدمات محافظتی قبل از ترخیص از بیمارستان در کار مراقبت سهیم شوند. وقتی فرد انتحاری اظهار می‌کند که دیگر فکر خودکشی ندارد ترخیص فقط پس از فراهم شدن طرح کامل پس از ترخیص صورت بگیرد. این طرح باید روان‌درمانی، درمان دارویی و روان‌درمانی خانواده- در صورت مناسب- را دربرگیرد. قرارداد کتبی با فرد حاوی موافقت او برای دست نزدن به رفتار انتحاری و تامین راهی دیگر در صورت رجعت فکر خودکشی، باید تهیه شود. به علاوه برنامه پیگیری سرپایی قبل از ترخیص باید ریخته شده و شماره تلفن اضطراری برای تماس در صورت عود فکر خودکشی قبل از شروع درمان لازم است در اختیار والدین و نوجوان یا فرد خودکشی کننده گذاشته شود. همچنین افزایش اعتقادات مذهبی و توجه به فلسفه زندگی و حیات از راهکارهای مؤثر پیشگیری از خودکشی است. همچنین با مصاحبه‌های بالینی در مدارس، دانشگاه‌ها و مراکز کارگری می‌توان افرادی را که زمینه مستعد خودکشی دارند شناسایی و نسبت به درمان آنها اقدام نمود. (محمد خانی، 1381)

### تجزیه و تحلیل پدیده خودکشی با اتکاء بر نظریات حوزه آسیب شناسی اجتماعی

گسترده‌گی و فراگیر بودن مفهوم کجروی، ارائه تعریفی مشخص و ثابت از آن را با مشکل مواجه نموده است. نظریه پردازان مختلف، تعاریف گوناگونی از این مفهوم کرده‌اند که صرفنظر از تفاوت‌های جزئی، تقریباً همگی در این امر متفق القولند که کجروی به رفتاری اطلاق می‌گردد که با هنجارها و انتظارات جامعه مغایر و ناهمنا باشد. با توجه به اینکه کجروی از ابتدا در کلیه جوامع بشری وجود داشته و عموماً موجب مشکلات و ناهنجاریهای اساسی در جامعه می‌گردد، پرداختن به این پدیده و بررسی و تبیین همه جانبه آن از اهمیت شایانی برخوردار است. (محمدی، 1380)

نظریه پردازان گوناگون با توجه به ساخت فکری و جهت گیری تئوریک خویش، کجروی را از منظرهای مختلفی مورد بحث و بررسی قرار داده اند که گاهاً به علت افراط در گرایشات فکری و چارچوب های نظری خاص، در هر یک از تئوریه‌ها تنها به یک یا چند جنبه محدود از این پدیده پرداخته شده و جنبه های دیگر آن مورد غفلت قرار گرفته است؛ در حالیکه کجروی، مفهومی جامع الجهاات بوده و برای درک و تبیین صحیح و کامل آن می بایست بدون سوگیری و یا جزم اندیشی، کلیه زوایای آن مورد توجه قرار گیرد. از جمله مواردی که در جامعه نوعی نقض هنجار به شمار رفته و به سبب پیامد خاص آن، از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است، پدیده خودکشی می باشد. (همان منبع)

امیل دورکیم، خودکشی را " هر نوع مرگی که نتیجه مستقیم یا غیر مستقیم کردار مثبت یا منفی خود قربانی است که به نتیجه آن آگاه بوده است. " تعریف می کند. به بیان ساده تر، می توان خودکشی را " اقدام آگاهانه برای پایان دادن به زندگی خود " تعریف نمود.

خودکشی نیز همانند سایر کجرویه‌ها، مورد توجه و عنایت بسیاری از نظریه پردازان قرار داشته و از ابعاد گوناگون بدان پرداخته شده است. در مقاله حاضر، با تفکیک میان رویکردهای جامعه شناختی و روانشناختی تبیین کجروی، پدیده خودکشی از منظر ساختی - کارکردی ( نظریه بی هنجاری )، تضاد، و الگوی نارسایی شخصیت بررسی می شود.

در ابتدا لازم به نظر می رسد که موضع کلی تبیینهای جامعه شناختی و روانشناختی مشخص گردیده و سپس در سطحی خردتر به بررسی پدیده خودکشی، طبق الگوها و رویکردهای زیرمجموعه این تبیینهای پرداخته شود.

به طور کلی، تبیینهای جامعه شناختی با تأکید بر نقش اساسی محیط اجتماعی، بروز رفتارهای کجروانه را عمدتاً به ساخت اجتماعی، موقعیتهای اجتماعی و نیز گروههایی که فرد به آنها تعلق دارد نسبت داده و پدیده کجروی را محصول نیروهای اجتماعی و فرهنگی خارج از افراد می دانند.

در مقابل، تبیینهای روانشناختی کجروی، با قائل شدن به تفاوتهای فردی انسانها و شیوه های خاص تفکر و احساس آنان درباره رفتار خویش، بروز اختلالات شخصیتی و رفتارهای غیر متعارف را ناشی از همین تفاوتها

معرفی کرده و نیز گرایش افراد به کجروی را معلول برخی مؤلفه های روانشناختی نظیر فقدان تعلق و وابستگی ، تمایل به خطر کردن و ... می دانند .

الگوی بی هنجاری که تحت تبیینهای جامعه شناختی و زیر مجموعه رویکرد ساختی - کارکردی قرار می گیرد ، بیان می نماید که بر اثر وقوع تغییرات و تحولات کلان اجتماعی ، مبانی نظم کهن دچار تزلزل شده و آشفتگی و سرگردانی در عرصه اجتماع ایجاد خواهد گردید. به عبارت دیگر ، در نتیجه وقوع تحولات ساختاری و دگرگونی نظم اجتماعی ، معیارهای روشن هدایت کننده رفتار و نیز موازین دقیق و واضح تشخیص ارزش از ضد ارزش در جامعه از بین رفته و نوعی سردرگمی و نابسامانی در سطح فردی و اجتماعی حاکم خواهد گردید. در این شرایط ، الزامات اجتماعی و فشارهای کنترل کننده وجدان جمعی سست گردیده و نوعی بی هنجاری ( آنومی ) در جامعه حکمفرما می شود که موجب اقدام افراد به کجروی می گردد .

پدیده خودکشی برای نخستین بار توسط دورکیم ، جامعه شناس فقید فرانسوی به صورت علمی در کتابی با همین عنوان مورد بررسی قرار گرفت. دورکیم که می توان او را بنیانگذار الگوی بی هنجاری در تبیین کجروی دانست ؛ در این اثر ماندگار خویش، خودکشی را به عنوان واقعیتهای اجتماعی مطرح نموده و آن را محصول بی هنجاری در جامعه می داند. به اعتقاد دورکیم ، تحولات و نوسانات شدید اقتصادی که اصلی ترین عامل وقوع پدیده آنومی در یک جامعه محسوب می شود ، با تضعیف و از بین بردن نظام ارزشی و هنجارهای اجتماعی ، موجب می گردد که افراد مقتضیات وجدان جمعی را نادیده گرفته و دست به اعمال کجروانه ای نظیر خودکشی بزنند .

از جمله الگوهای تبیینی جامعه شناختی دیگر در باب کجروی ، تبیین کلاسیک مبتنی بر تضاد می باشد. به طور کلی تئوریهای تضاد ، منکر وجود وفاق و همبستگی در جامعه بوده و با قائل شدن به طبقات فرا دست ( بورژوازی ) و فرو دست ( پرولتاریا ) که هر یک به گونه ای در زمینه سیستم تولیدی جامعه سهیمند ( بورژوازی مالک ابزار تولید و پرولتاریا فاقد مالکیت این ابزار و تولید کننده اصلی جامعه ) ، پیوسته تضاد و تعارضی را میان منافع افراد جامعه تشخیص می دهند .

مهمترین اندیشمند این مکتب و منتقد اصلی نظام سرمایه داری ، کارل مارکس می باشد. وی در این خصوص معتقد بود که در جوامع سرمایه داری ، نظام اقتصادی کنترل همه جنبه های زندگی افراد را بر عهده داشته و افراد جامعه را به اقشار فقیر و غنی تقسیم می کند. این پدیده قشر بندی اجتماعی ، وفاق و همبستگی جامعه را از بین برده و موجب اختلاف میان اقشار مختلف و تضاد و ناهمگونی منافع آنان می گردد .

به منظور تبیین پدیده خودکشی تحت چارچوب تئوری مبتنی بر تضاد مارکس ، می بایست ماهیت و ساخت نظام سرمایه داری را مهمترین عامل در ایجاد آن محسوب نمود. چنانکه گفته شد ، در سیستم تولید سرمایه داری ، به علت وجود مالکیت خصوصی و نیز ایجاد ارزش افزوده توسط پرولتاریای مولد و مصرف آن توسط بورژوازی غیر مولد ، شکاف و اختلاف طبقاتی عمیقی میان گروههای اجتماعی ایجاد می گردد .

چنین نظام قشر بندی ، افراد را در سلسله مراتب مختلف ثروت و قدرت و منزلت قرار داده و بدین وسیله دسترسی طبقات پایین را به منابع و امکانات مادی ، محدود می سازد. این نابرابری و محدودیت ، موجب بروز احساس بی عدالتی در افراد طبقات پایین اجتماع گردیده و این احساس به صورت واکنشهای کجروانه ای که خودکشی یکی از مهمترین آنهاست ، بروز می نماید .

از سوی دیگر، از خود بیگانگی و متحقق نشدن خلاقیت و هویت انسانی در فرآیند کار که از جمله ویژگی های سازمان کار در نظام سرمایه داری می باشد ، نیز می تواند افراد طبقه کارگر ( پرولتاریا ) را به سوی خودکشی سوق دهد ؛ چرا که انگیزه افراد در این سیستم ، به واسطه عدم تحقق یافتن خویشتن و از خود بیگانگی در فرآیند کار ، از بین رفته و در نهایت وضعیتی از احساس پوچی را در آنان پدید می آورد که یکی از مهمترین علل اقدام به خود کشی می باشد .

اما شاید اصلی ترین استنباطی که می توان از تئوری مارکس در تبیین خودکشی نمود ، عدم وجود انسجام و وفاق اجتماعی در میان اجزای مختلف جامعه در نظام های سرمایه داری باشد. وجود تضاد و تعارض در کلیه سطوح و روابط اجتماعی که از بین برنده وفاق و همبستگی اجتماعی است ، مهمترین احساس و انگیزه زنده ماندن افراد - یعنی احساس تعلق و وابستگی - را خدشه دار ساخته و زمینه اقدام به خودکشی را در آنان به وجود می آورد .

به طور خلاصه ، تبیین جامعه شناختی مبتنی بر تضاد (با تکیه بر آراء مارکس) ، عواملی نظیر قشر بندی و نابرابری اجتماعی ، بی عدالتی نظام سرمایه داری ، از خود بیگانگی و عدم تحقق هویت انسانی ، تضاد فراگیر و عدم وجود وفاق و انسجام اجتماعی را مهمترین علل بروز خودکشی در جوامع صنعتی و کاپیتالیستی می داند . اما چنانکه ذکر گردید ، پدیده خودکشی از نقطه نظر روانشناختی نیز قابل تبیین و بررسی است. با اتخاذ رویکرد روانشناختی در تبیین کجروی ، می بایست محور توجه را به علل و انگیزه های روانی اقدام به خودکشی معطوف نمود .

یکی از انواع این تبیینها که عامل شخصیت را زمینه ساز بروز کجروی در نظر می گیرد ، " الگوی نارسایی شخصیت " می باشد. در این الگو ، چنین استدلال می شود که شخصیت کجروان ، دارای ماهیتی ضد اجتماعی و یا روان گسیختگی بنیادین بوده و این ماهیت در زمینه های مختلفی از کنش اجتماعی وی ، ظهور و بروز می یابد. در این راستا، نظریه پردازان این رویکرد ، برخی از انواع شخصیت را بیش از سایر شخصیتها، متمایل به رفتارهای کجروانه محسوب می نمایند .

طبق چنین استدلالی ، شخصیت افراد به به دو دسته کلی تقسیم شده و هر دسته دارای ویژگیها و خصوصیات روانی و اجتماعی منحصر به فردی می باشد. شخصیتهای بهنجار ، کاملاً جامعه پذیر و سازگار با محیط خویش هستند ؛ در حالیکه در آن سوی طیف ، شخصیتهای نا بهنجار با عدم سازگاری با محیط و ناتوانی در کنار آمدن با زندگی اجتماعی متمایز می گردند .

لذا در تبیین خودکشی نیز می توان قائل به تأثیر مؤلفه های شخصیتی و روانی گردیده و محور تحلیل را پرداختن به نقش و اهمیت این مؤلفه ها در وقوع خودکشی قرار داد. آنچه که در این خصوص مسلم و قطعی پنداشته می شود ، این است که خودکشی از افراد نابهنجار سر زده و معلول برخی ویژگیها و نارسائیهای شخصیتی در آنان می باشد .

شخصیت نابهنجار اقدام کنندگان به خودکشی ، می تواند ناشی از نقایص و مشکلاتی در فرآیندهای مهم زندگی آنان نظیر زمینه های زیستی - روانی ، جامعه پذیری و تجربیات شخصی ( به ویژه تجارب دوران کودکی ) قلمداد شود. برای مثال ، عواملی نظیر اختلالات مغزی و ذهنی ، نارسائیهای کروموزومی ، افسردگی ، جنون

ادواری و معلولیت می توانند مانع از تفکر صحیح و عملکرد مثبت و شایسته فرد شده و زمینه اقدام وی به خودکشی را در هنگام مواجهه با هرگونه دشواری و ناملایمیتی فراهم نماید. برای مثال، در این زمینه مطرح می شود که خطر خودکشی برای بیماران روانی بین ۳ تا ۱۲ برابر سایر افراد وجود دارد.

یکی از مهمترین فرآیندهایی که در زندگی افراد به وقوع پیوسته و سراسر حیات آنان را در بر می گیرد، فرآیند جامعه پذیری (اجتماعی شدن) است که عوامل دخیل در آن اعم از خانواده، گروه همالان، مدرسه و نظام آموزش و پرورش، وسایل ارتباط جمعی و ... می باشند. بروز اختلال در یکی از مراحل جامعه پذیری فرد و یا نارسایی یکی از این عوامل، می تواند شخصیت فرد را به کلی متأثر ساخته و گرایشات خاصی را در آن ایجاد نماید.

نخستین و مهمترین عنصر جامعه پذیر نمودن فرد، خانواده می باشد. متولد شدن در خانواده های ازهم گسیخته، خانواده هایی که در آنها طلاق واقع شده و سرپرستی فرزندان بر عهده یکی از والدین است، خانواده هایی که با اختلالات عاطفی و ارتباطی دست به گریبانند، خانواده هایی که دچار انحرافات اخلاقی و اجتماعی هستند و خانواده هایی که فاقد انسجام و همبستگی و موجد تنش و تعارض می باشند؛ از جمله بزرگترین عوامل ایجاد اختلال در روند جامعه پذیری فرزندان و در نتیجه تکوین شخصیت آنان به عنوان افرادی نابهنجار محسوب می گردد.

در افراد پرورش یافته در چنین خانواده هایی، بیش از سایرین زمینه اقدام به خودکشی جهت تسکین روانی خویش و به منظور گریز از مشکلات روحی وجود داشته و به طور کلی نسبت به افرادی که فرآیند جامعه پذیری آنان در محیط خانواده با سلامت و موفقیت همراه بوده، گرایش بیشتری به خودکشی نشان می دهند.

نقصان در سایر عوامل جامعه پذیری نیز می تواند نقش اساسی و تعیین کننده در رهنمون ساختن فرد به خودکشی به عنوان راه گریز و آسایش و نجات ایفا نمایند.

از دیگر علل مؤثر در گرایش افراد به اقدامات کجروانه به طور اعم و خودکشی به طور اخص، تجارب شخصی و وقایع دوران های مختلف زندگی فرد می باشد.

نمونه هایی از این دست می توانند تجارب و حوادث ناخوشایند دوران کودکی ( نظیر : مورد تعرض جنسی قرار گرفتن ، شاهد مجادلات مداوم و صحنه های خشن بودن ، بحران های خانوادگی ) ، شکست های عاطفی ، شکست های مالی و اقتصادی ، بیکاری طولانی مدت ، فقر مفرط ، فقر ناگهانی ، اعتیاد به الکل و مواد مخدر و ... باشند. هر یک از موارد مذکور به طرق مختلف می توانند فرد را به لحاظ روانی متأثر ساخته و زمینه های اقدام به خودکشی را در وی ایجاد نمایند. ( نصرآبادی، 1382)

### ارتباط الگوی رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی در نوجوانان

افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی در جوامع امروزی به شمار می رود که در بین نوجوانان نیز بسیار رایج است. صاحب نظران علوم اجتماعی و روان شناسی بر این باورند که اگر خانواده ها، در زمینه های مختلف فرهنگی، تربیتی و اجتماعی دارای عملکرد درستی باشند، می توانند افرادی سالم و بهنجار به جامعه تحویل دهند، در غیر این صورت اختلالات روانی و تعارضات شخصیتی در جامعه بویژه در کودکان و نوجوانان نمایان خواهد شد. لذا کیفیت روابط والدین با نوجوانان در ایجاد و تداوم افسردگی، ناامیدی و خودکشی آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط الگوهای رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی نوجوانان صورت گرفته است .

این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی مقطعی است که در ۱۵ دبیرستان واقع در نواحی مختلف آموزش و پرورش شهر اصفهان انجام شده است. در این بررسی، اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید، سپس الگوی روابط نوجوانان و والدین از نظر عاطفی بودن و میزان کنترل اعمال شده بر رفتار نوجوانان (از دیدگاه خود نوجوانان) به هفت گروه تقسیم شد. نمونه این پژوهش را ۳۲۳ نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله تشکیل می دادند . نتایج نشان داد که شیوع افسردگی بالینی در بین نوجوانان حدود ۴۳،۴ % و شیوع افکار خودکشی ۳۲،۷٪ بوده است. بیشترین میانگین نمره افسردگی (۲۷،۰۷) و بیشترین شیوع افکار خودکشی (۵۸،۳٪) در نوجوانی دیده شده که رفتار والدین خود را سخت گیرانه ارزیابی کرده بودند، همچنین کمترین میانگین نمره افسردگی (۱۰،۴) و کمترین شیوع افکار خودکشی (۱۱،۶٪) در نوجوانی بود که والدین دموکرات منش داشتند. همچنین مشاهده

شد که با عاطفی تر شدن روابط و کاهش کنترل در روابط والد نوجوان، میانگین نمره افسردگی و فراوانی افکار خودکشی کاهش می یابد. رفتار والدین با نوجوانان نقش مهمی در سلامت روانی آنها ایفا می کند. نوجوان در پی کسب استقلال و ورود به دنیای بزرگسالان نیاز به آزادی عمل و حمایت روانی و تایید عاطفی از جانب والدین دارد. که دادن آزادی بیشتر به نوجوان و ارایه رفتاری که نوجوان از آن احساس دوست داشته شدن، محبت و مورد حمایت بودن، از جمله این رفتارهاست. (قائمی، 1364)

قرآن در این رابطه می فرماید :

«لا تقتلوا انفسکم ان الله کان بکم رحیما»

«نفس‌های خود را مکشید زیرا که خداوند به شما رحیم است.» نساء آیه 33

خستگی و فشارهای زندگی یا بیماری و مشکلات ممکن است گاهی انسان‌ها را به سمت و سویی ببرد که پوچی بر آن‌ها مسلط شود به طوری که باعث شود قداست زندگی را فراموش کرده تصمیم به اتمام زندگی بگیرند. یا ممکن است اطرافیان بیمار مرگ او را ترجیح داده خواستار مرگ یا عدم درمان او شوند این مسائل که ریشه در تاریخ هم دارد ما را به سوی پدیده‌های خودکشی و اتانازی می‌کشاند؛ مسائلی که مانند سایر پدیده‌ها دارای ابعادی حقوقی نیز هستند. از این رو بود که به بهانه‌ی انتشار خبر ممنوعیت خودکشی در سوئیس قلم را به سوی بررسی خودکشی و اتانازی بردم تا شاید پاسخی باشد به سؤال ذهنی شما بازدیدکننده‌ی محترم ... در قانون مجازات اسلامی از آنجا که خودکشی به عنوان جرم تعریف نشده و قوانین کیفری قابل توسعه نیستند؛ خودکشی جرم نیست مگر اینکه در تصویبات بعدی این عمل جرم شناخته شود و به تبع آن مجازات قانونی نیز ندارد. اما باید توجه داشت که دین اسلام به شدت با هر نوع خودکشی مخالف است و این امر به صورت صریح در آیه 33 سوره‌ی نساء ذکر شده است. از ائمه معصومین نیز روایت‌هایی در نکوهش و تحریم خودکشی ذکر شده است که شایان ذکر است اگر عنوان شود:

حضرت محمد(ص):

1- «الذی یخنق نفسه یخنقها فی النار والذی یطعن‌ها فی النار»



«آن که خود را خفه کند و بکشد خویشتن را در آتش جهنم خفه کرده است و آن که با نیزه خودکشی کند در آتش جهنم است.»

2- من قتل نفسه بشی فی الدنيا عذب به يوم القيامة .

«هر که در دنیا به هر گونه ای اقدام به خودکشی کند و بمیرد و روز قیامت به همان گونه مشمول عذاب خداوندی خواهد شد.»

3- کان فیمن کن قبلکم رجل به جرح فجزع فاخذ سکنیاً فخرّبها یده فما رقا الدم حتی مات، قال الله تعالی: بادرنی عبدی بنفسه حرمت علیه الخبه .

"قبل از شما مردی بود که بر اثر جراحت دست بی تابی می کرد چاقو را برداشت و دستش را قطع کرد و از آن به قدری خون چکید تا جان داد. خداوند متعال درباره این شخص فرمود: «بنده من اقدام به خودکشی کرد و جانش را از دست داد من بهشت را بر این آینده ام حرام کردم و او را به بهشت راه نمی دهم.»"

4- من شرب سما " فقتل نفسه فهو یتمساه فی نار جهنم خالداً مخلداً فیها ابداً

«هر که زهر بخورد و خودکشی کند، همان زهر را در جهنم خواهد نوشید و در آتش دوزخ جاودان خواهد ماند.» امام علی(ع):

«مسلمان به هر بلایی گرفتار می گردد و با هر مرگی از دنیا می رود غیر از خودکشی. پس کسی هم که قدرت داشته باشد جان خود را حفظ کند و این کار را نکند، خودکشی کرده است.»

قابل توجه است که فقهای شیعه و اهل سنت نیز در حرمت خودکشی اتفاق نظر دارند . صاحب جواهر در کتاب «جواهر الکلام فی شرح شرایع الاسلام» می نویسد: «خودکشی برای رهایی از رنج و فشار شدید ناشی از تشنگی و گرسنگی که ممکن است به مرگ انجامد ، جایز نیست.»

ضمانت اجرای ممنوعیت خودکشی در نظام حقوقی اسلام ضمانت اجرایی اخلاقی، مذهبی و عقیدتی است . مسلمانان باید به این نکته توجه داشته باشند که عقوبت شخصی که خودکشی کرده دوزخ و حرام شدن بهشت است.

اتانازی<sup>1</sup>

اتانازی یا یوتینیژیا به معنای تحت‌اللفظی مرگ خوب/شیرین، مرگ راحت، قتل ترحم آمیز، بیمار کشی طبی، تسریع در مرگ محتضر آمده است. و دارای انواعی است که با توجه به شیوه‌ی عمل در آن‌ها از یکدیگر متمایزند. در یک تقسیم‌بندی می‌توان اتانازی را به داوطلبانه یعنی گونه‌ای از اتانازی که با درخواست فرد صورت می‌گیرد و غیر داوطلبانه یعنی گونه‌ای از اتانازی که بدون درخواست و حتی گاهی بدون رضایت یا اطلاع فرد صورت می‌گیرد؛ تقسیم نمود. گونه‌ی دیگر تقسیم بندی تقسیم اتانازی به مستقیم و غیر مستقیم است که در این تقسیم اتانازی مستقیم حالتی است که عمل مثبت مادی برای مرگ صورت می‌گیرد مانند اینکه پزشکی آمپولی مهلک به بیمار خود تزریق کند. و اتانازی غیر مستقیم به مواردی اطلاق می‌گردد که درمان‌ها کنار گذاشته می‌شود یا به اصطلاح فرد به حال خود گذاشته می‌شود تا بمیرد. بنابراین اتانازی به صورت: «پایان دادن به زندگی یک شخص به درخواست خودش یا برای مصلحت او و برای رهایی او از رنج و عذاب خواه مشکلات زندگی یا رنج بیماری و یا رهایی دیگران از مشکلات و هزینه‌های زندگی او به دست فرد دیگری» می‌توان تعریف کرد. در اروپا بنا به نظریه‌ی ارزش زندگی و تقدس زندگی اتانازی مورد بحث اخلاقی قرار گرفته و نفی شده اما نظریه‌ی کیفیت زندگی معتقد است که اگر فرد کیفیت زندگی خود را از دست داد و خواستار مرگ بود باید به خواست او احترام گذاشت و اقدامات درمانی را قطع کرد. برخی از اروپایی‌ها معتقدند که قانونی شدن اتانازی بحث شیب لغزنده را به وجود می‌آورد یعنی ممکن است عده‌ای از قانونی بودن اتانازی استفاده‌ی ضد بشر نمایند و به طور مثال افتادن در جاده‌ی هولوکاست را گوش زد می‌نمند. به طور کلی در قانون اروپا اتانازی مسقیم صراحتاً منع شده است. البته اگر این عمل پزشک به طور مثال برای جداسازی دوقلوهای به هم چسبیده‌ای باشد که در صورت جداسازی که از آنان به طور قطع می‌میرد و در صورت عدم جداسازی هردو پس

---

1»- Euthanasia«



از مدتی می‌میرند بنا به مصلحت این عمل را درست می‌دانند و جداسازی با رأی دادگاه قانونی است. همچنین در این مورد اگر پزشک اقدام به تجویز دارو هایی نماید که طول عمر را کاهش می‌دهد از آنجا که اکثریت علت مرگ را بیماری و نه دارو ها می‌دانند صحیح است . جالب توجه است که در اروپا طبق اصل آزادی فردی و حق انتخاب افراد ، افراد در انتخاب نحوه‌ی مرگ و زمان آن حق تصمیم گیری دارند و اگر پزشکی موجبات مرگ را به درخواست بیمار فراهم کند قاتل محسوب نمی‌شود و نهایتاً مشارکت در خودکشی به حساب می‌آید. در مورد اتانازی غیر مستقیم نیز باید گفت که اروپا هرگونه عملی را که باعث مرگ شود حتی اگر قطع لوله‌ی تغذیه به قصد اتانازی باشد که منجر به مرگ شود را محکوم می‌نماید. اما در این زمینه نیز اگر بیمار تولنا باشد و تقاضای مرگ کند عمل اشکال قانونی ندارد. در مورد بیماران ناتوان مانند کودکانی که بیماری لاعلاج دارند و یا بیمارانی که قادر به حرف زدن نیستند در سال 1981 برای اولین بار اجازه‌ی رسمی اتانازی غیر مستقیم از سوی دادگاه استیناف صادر شد. در مورد بیمارانی که در شرایط نابتی دائم یعنی شرایط فاد حس و شعور نیز با توجه به اظهار نظرهای قبلی بیمار تصمیم‌گیری می‌کنند و اگر مورد کودک باشد دادگاه بر اساس مصلحت او تصمیم می‌گیرد. (انجمن جامعه شناسی ایران، 1386)

البته با تصویب قوانین حقوق بشر مصوب 1998 اتانازی مخالف با ماده‌ی دوم این قانون اعلام شد و در نتیجه با اتانازی مخالفت شد و این عمل فقط در کشور هلند آن هم تحت شرایطی قانونی است و کشور سوئیس که آن هم چندی پیش ملغی شد. در امریکا به استثنای ایالت اورگون که پزشک در شرایطی می‌تواند به عنوان دستیار خودکشی عمل کند اتانازی غیرقانونی است . و اگر چه خودکشی جرم نیست ولی کشتن عمدی دیگری یا مشارکت در این کار جرم کیفری است . بنابراین اگر پزشکی ماده‌ی مهلکی را وارد بدن بیمار کند یا آن را در اختیار بیمار قرار دهد به مشارکت در خودکشی محکوم می‌شود. نکته‌ی دیگر اینکه اگر شرایطی پیش آید که پزشک برای تسکین درد بیمار مجبور به تجویز دارو هایی باشد که از عمر بیمار بکاهند و منجر به مرگ وی شوند . در امریکا این عمل بر اساس اصل تأثیر دوسویه یعنی اینکه هر خیری ممکن استبدی‌هایی نیز داشته باشد پذیرفته و مجاز است. و اما اگر مقصود بررسی اتانازی در باورهای دینی باشد باید گفت که در سه دین بزرگ اسلام ، مسیحیت ، ویهودیت اتانازی حرام و زندگی مورد حمایت است و نباید در زمان مرگ دخالت کرد. در

مکتب فکری هندوئیسم نیز خودکشی و اتانازی تنها به شکل قربانی کردن خود مجاز است . سکولاریسم اتانازی را تنها با رضایت کامل فرد مجاز می‌شمارد و امانیسم مخالف شدید اتانازی است و زندگی را برای تنها برای خدمت به اجتماع می‌داند. اگزیستانسیالیسم یعنی مکتب اصالت وجود ، اتانازی به هر شکل آن را مردود می‌شمارد ؛ اما نیواگزیستانسیالیست‌ها قتل ترحم آمیز را با حکم دادگاه‌های صالحه می‌پذیرد. نکته دیگر بررسی اتانازی در کشور خودمان است . باید توجه داشت که بحث اتانازی به صورت صریح در قانون مجازات ذکر نشده است اما از آنجا که دین کشور ما اسلام است و اسلام صراحتاً مخالف هرگونه قتل نفس و خودکشی است بنابراین اتانازی عملی است محکوم شده و طبق تبصره‌ی 3 ماده‌ی 295 ق.م.ا « هرگاه بر اثر بی احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری قتل یا ضرب یا جرح واقع شود به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد ، قتل و یا ضرب و یا جرح در حکم قتل شبه عمد خواهد بود.» همچنین باید توجه داشت که در ماده‌ی 268 این قانون نیز ذکر شده که اگر مجنی علیه قبل از مرگ جانی را از قصاص نفس عفو نماید حق قصاص اقط می‌شود و اولیای دم نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه‌ی قصاص نمایند.» (امیدی ملایری ، 1382)

بنابراین در اتانازی داوطلبانه پزشک قصاص نمی‌شود .

با ذکر این مطالب بد نیست که نظر بعضی از علمای شیعه نیز در این باره ذکر شود.

آیت الله العظمی صانعی این عمل را حرام و به منزله‌ی قتل کل جامعه می‌دانند

آیت الله العظمی صافی گلپایگانی این عمل را در حکم قتل عمد و حرام می‌دانند.

آیت الله العظمی نوری همدانی اتانازی را جایز نمدانند و می‌فمایند پزشک معالج ضامن است.

آیت الله العظمی فاضل لنکرانی : حرام است و اگر توسط پزشک معالج انجام شود حکم قتل عمد را دارد و

رضایت بیمار تأثیری در حکم ندارد.

آیت الله العظمی مکارم شیرازی : جایز نیست حتی اگر از روی ترحم باشد.

رهبر معظم انقلاب اسلامی حضرت آیت الله العظمی خامنه‌ای نیز کشتن بیمار مرگ مغزی را مستوجب دیه و

اتانازی را حرام می‌دانند.

چندی پیش در کشور ما فیلمی با نام و موضوع اتانازی ساخته شد که این امر حاکی از نفوذ و وجود این عمل در جامعه‌ی ما دارد. بنابراین اگر این مسئله در جامعه‌ی ما اینگونه راه یافته باید انتظار هم داشت که قانون مجازات اسلامی نیز در این رابطه ساکت نماند.

باید گفت اگر اتانازی قانونی شود چه بسا که استفاده‌های سوئی از آن گردد. قانونی شدن اتانازی باعث می‌شود که بیماران ما که خود را باری بر دوش خانواده‌ها و جامعه‌شان می‌دانند درخواست اتانازی نمایند.

همچنین امکان دارد خانواده‌هایی که از مشکلات زندگی بیمار خسته شده‌اند بر بیمار برای اتانازی فشار آورند، که این مسئله مخالف صریح حق زندگی بشر است و این درست نیست که از انسانها به عنوان ماشین خدمت رسانی استفاده کرد به طوری که وقتی این ماشین خراب شد دورش انداخت.

باید به فکر تدابیری بود که عزت انسان‌ها پایمال نگردد و باید توجه داشت که با توجه به پیشرفت روز افزون علم پزشکی چه بسا که بیماری‌هایی که اکنون لاعلاج به نظر می‌رسند در آینده درمان پذیر شوند.

بنابرای آیا بهتر نیست که ما به جای حذف صورت مسئله یعنی حذف بیماران لاعلاج و کودکان ناقص‌الخلقه در پی حل مشکلات آن‌ها و ایجاد محیط مناسب زندگی باشیم؟ آیا بهتر نیست حق زندگی را برای همه بخواهیم؟ و سوال دیگر اینکه آیا بهتر نیست اتانازی را محکوم کنیم؟ (همان منبع)

## اولین نگرش علمی

خودکشی برای اولین بار در سال 1737 به وسیله ی دی فونن صورت گرفت وی برای اولین بار کلمه ی SUICIDE را در فرانسه به کار برد که در سال 1762 به وسیله ی آکادمی علوم فرانسه پذیرفته شد. او لین مطالعه ی نظام دار درباره ی خودکشی نیز به دست امیل دورکیم در سال 1897 در کتابی به نام خودکشی مطرح گردید. او در کتاب خود به بحث درباره ی خلاء موجود میان مذهب و اخلاق پیرامون خودکشی پرداخته و به عنوان نتیجه ی کتابش (خودکشی) را به عنوان پیامد طبیعی رابطه ی فرد و اجتماع در نظر گرفته است. همچنان بیان کرده که میزان نظم و انزوای اجتماعی و سرکوبی افراد در اجتماع دلایل بنیادین در تفاوت میزان

خودکشی در کشورهای مختلف می باشد. به نظر او شرایط اجتماعی در عصر جامعه صنعتی شده تا حدود زیادی منشا ناهنجاری های اقتصادی که عامل دایمی و اختصاصی در خودکشی است، می باشد. (ص 1 - 29)

در حقیقت در گذشته ها خودکشی به عنوان جرم علیه خود، جامعه و به طور کلی گناه محسوب می شد. کسانی که خود را می کشتند از تشریفات کفن و دفن مذهبی محروم می شدند. به منظور رعایت تقدس بیرونی کفن و دفن پنهانی انجام می شد. در بعضی کشورها چه بسا با شهادت بر سر چهارراه ها چوبه ی مرگ برپا می کردند. این امر رایج بود تا این که تحقیقات انجام شده در مورد افرادی که خود را می کشتند، عدم تعادل ذهنی آنان را تأیید نمود. از این رو به تدریج به حکم خودکشی پایان داده شد. و تا حد زیادی از کلمه ی ننگ بودن آن کاسته و چنبه ی تقدس کفن و دفن حذف گردید. در آخر قرن نوزدهم فروید نخستین دیدگاه روان شناختی را در مورد خودکشی ارائه کرد. او خودکشی را نهایت خشم معطوف به خود ناشی از ناخودآگاه فردی دانست و غرایض را به دو دسته ی مرگ و زندگی تقسیم کرد و معتقد بود که غریزه ی مرگ بلافاصله پس از تولد به کار می افتد و تمایل به بازگشت دارد و موجب مرگ و نیستی -کیفر- عداوت و انهدام نسل بشر می شود. اما غریزه زندگی موجب دوستی، عشق و محبت، تولید نسل و صیانت ذات است. راوین استنگل از جمله کسانی است که گناه خودکشی را به دوش اوضاع و احوال اجتماعی می اندازد. و معتقد است روابط اجتماعی فی مابین انسان ها فوق العاده بد و مایوس کننده شده است. ارسطو خودکشی را عملی می دانست که شخص برای محروم ساختن خویش انجام می دهد. اما این عمل به قصد فداکاری نمی باشد. پژوهش های راث بندیکت [1] نشان می دهد که برخی از اقوام مانند قبیله ی زونی [2] مفهوم خودکشی را نمی داند. چون مردمان آرامش طلب اند. اما برای سرخ پوستان کواکیوتل [3] این پدیده امری عادی به حساب می آید. بعضی اسکیموهای جوان پدر و مادر خود را سخت پیر شده باشند، و کاری از دستشان برنیاید به دست خود می کشتند. اگر کسی از انجام آن سرباز زند جنان است که گویی وظیفه ی فرزندی را انجام نداده است. بعضی از زنان سرخ پوست امریکای شمالی فقط بدان سبب خود را کشته اند که شوهرانشان آنان را سرزنش کرده اند.

خودکشی در بین فرقه های بودایی به ویژه در میان متعصبین مذهبی و در راه مذهب و عقیده تشویق می شود. و حتی ممکن است عقیده ی کسانی که در این راه خود را می کشتند، زیارتگاه شود. در جاپان در

هراگیری[4] یک نوع خودکشی تشریفاتی بود که بعد از شکست نظامی برای اجتناب از اسارت و خفت و خواری و شکنجه های بعدی صورت می گرفت . به این ترتیب بسیاری از افراد سامورایی پس از مرگ مخدوم خود را می کشتند. تا در دنیای دیگر ککمر به خدمت او بندند. و شوگون چون در سال 1651 به حال احتضار افتاد، وظیفه ی "جونشی" یعنی "پیروی از مرگ" را به یاد وزیر اعظم خود آورد بی آن که سخنی بر زبان آورد. هم خود و چند نفر از پیروانش را به قتل رساند. در هندوستان از عهد باستان ، برابر نفوذ قابل ملاحظه ی اندیشه برهمن ها، دانایان جامعه، هندیان در جریان انجام جشن های مذهبی مکرر دست به خودکشی می زدند. در فلسفه ی هندوها جسم دارای اهمیت و ارزش چندانی نیست. فرقه ی جنیسن[5] تنها راه رهایی را ریاضت کشیدن و خویشتن داری از آزدن زندگان می داند. مرتاض جیسن تنها جانی را که می تواند بگیرد همان جان خود اوست و کیش او خودکشی را بسیار تایید می کند و اگر خصوصا از گرسنگی کشیدن آرام باشد زیرا این بزرگترین روح در اراده ی بر کور زیستن است. بسیاری از جیسن ها بدین طریق جان خود را از دست داده اند. می گویند رهبران این فرقه حتی امروزه هم با گرسنگی کشیدن جهان را ترک می کنند. در یونان باستان و روم طرز تلقی خودکشی از محکوم ساختن تا ستایش تفاوت داشت. برخی از فلاسفه خودکشی را به عنوان شیوه ی کاملی برای رهایی از مصیبت ها توجیه می کردند. کلیسیای مسیحی در قرن وسطی خودکشی را به عنوان نوعی آدم کشی محکوم می کرد. سن آگوستین[6] آن را تحت هر نوع شرایطی یک جنایت می دانست در برخی از کشورهای اروپایی اموال شخصی که مرتکب خودکشی می شد توقیف می گردید. و بنابر سنتی که در دوران قبل از مسیحیت مربوط می شود یک میخ چوبی را در بدنش فرو کرده او را در چهار راه دفن می کردند. در انگلستان در سال 1870 از نظر قانونی خودکشی جرم محسوب می شود . و وابستگان خود مجبور به پرداخت غرامت به دربار بودند. البته بعدها این قانون به کلی لغو گردید و در حال حاضر بستگان افرادی که خودکشی می کنند از دریافت غرامت بیمه محروم می شود.(همان منبع)

**تعریف مفاهیم مربوط به خودکشی**

هر چند مطالعات خودکشی، معمولاً سه پدیده‌ی مهم: افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق را بررسی می‌کنند، نظر به این که در دهه گذشته تفکیک اصطلاحات کاربردی و پژوهشی در خودکشی گرای، منجر به سنجش دقیق‌تر این حوزه در کار بالینی و افزایش توجه روزافزون به حیطه‌های دیگر خودکشی (مانند پیشگیری و درمان) شده است، در این بخش مروری گذرا بر اصطلاحات رایج خودکشی، بر اساس بازنگری متون علمی مربوط و به منظور فهم بیشتر "خودکشی گرای" صورت می‌پذیرد:

### 1- اندیشه یا افکار خودکشی

این اصطلاح، توصیف کننده‌ی اشخاصی است که به لحاظ فکری و به شکل نشخوار ذهنی با مفاهیم خودکشی، مرگ و بی ارزش بودن زندگی درگیرند، هر چند هنوز اقدامی برای از میان بردن خود صورت نداده‌اند. ارزیابی افکار خودکشی گرایانه و رفتارهایی که ممکن است متعاقب آن صورت پذیرد، حوزه‌ای است که برای تمامی درمانگران بالینی اهمیت حیاتی دارد و کوتاهی در پرداختن به آن با خطرات بسیاری همراه گشته و عواقب وخیم و غم انگیزی را می‌تواند به دنبال داشته باشد. به گفته‌ی "ون هرینگن" (2001) گذر از فکر خودکشی به نقشه کشیدن، در 32 درصد افراد دارای فکر خودکشی و گذر از نقشه کشی به اقدام، در 72 درصد افراد دارای نقشه‌ی خودکشی صورت می‌گیرد، در نتیجه 24 درصد افرادی که فکر خودکشی را گزارش می‌کنند، در نهایت به سوی اقدام به خودکشی می‌روند.

افکار خودکشی با واکنش‌های ناکارآمد به استرس، نظیر مصرف الکل و مواد مخدر؛ درگیری با والدین؛ فرار از منزل و بدبینی به آینده؛ رابطه‌ی نزدیکی داشته و خود یک عامل خطر برای خودکشی موفق محسوب می‌شوند. وجود افکار خودکشی محوریت انجام برخی از پژوهش‌ها بوده است. برای نمونه در مطالعه‌ی "فیلد دیگو" و "ساندرز" (2001) میزان افکار خودکشی در جوانان با میانگین سنی 17/2 سال، 18 درصد گزارش شد.

در یکی از بررسی‌های اخیر ایرانی نیز، که به منظور بررسی فراوانی افکار خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان ایلام انجام گرفت، مشخص شد 41 درصد دانش آموزان مدارس متوسطه این

شهرستان دارای افکار خودکشی هستند. بنابراین افکار خودکشی شیوع بالایی در افراد می تواند داشته باشد و به طور کلی از مطالعات مختلف، چنین برآورد می شود که افکار خودکشی، حتی در جمعیت غیربالینی (جمعیت عادی) در حدود 40 تا بیش از 80 درصد افراد می تواند وجود داشته باشد. همچنین، افکار خودکشی در تمامی گروه های سنی دیده می شود و بالاترین میزان این افکار در اختلال افسردگی شدید است. به علاوه فکر خودکشی پدیده ای راکدی نیست و ممکن است با گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد. به علاوه ویژگی های نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند و آن هایی که خودکشی موفق دارند، مشابه است و حدود یک سوم کسانی که از خودکشی می میرند، سابقه اقدام به خودکشی دارند.

## 2- ژست خودکشی

"کسلر" (2006) ژست خودکشی را، اقدام به رفتارهای خود آسیب رسان تعریف کرده است که با هدف برقراری ارتباط با دیگران صورت می گیرد. این ارتباط معیوب معمولاً با هدف جلب توجه دیگران و دستیابی به اهداف خاصی بوده و قصد واقعی برای کشتن خود در آن وجود ندارد.

## 3- تهدید به خودکشی

تهدید به خودکشی، شامل نشانه های شفاهی یا رفتاری حاکی از آسیب زدن به خود توسط فرد است. معمولاً انگیزه و تشخیص شدت تهدید خودکشی با اهمیت است و باید جدی گرفته شود. تهدید به خودکشی، ابزاری است که فرد آن را به کار می گیرد تا این مطلب را به دیگران ابراز و تفهیم کند که احتمال وقوع عمل خودکشی گرایانه یا سایر رفتارهای مرتبط با خودکشی برای وی در آینده ی نزدیک وجود دارد. بسیاری از پژوهش ها دال بر آن است که عمل خودکشی نوعی کمک خواهی و بیانگر شرایط فردی یا اجتماعی فرد درگیر است که قادر به تحمل آن نبوده و یا در مقابل آن نسبت به دیگران آسیب پذیرتر است. تهدید به خودکشی می تواند اهمیتی برابر با اقدام به خودکشی داشته باشد. پژوهش ها نشان داده اند، 80 درصد اشخاصی که اقدام به خودکشی می کنند به نحوی دیگران را از تصمیم خودآگاه می سازند. در واقع صحبت بیمار پیرامون خودکشی، می تواند نوعی درخواست کمک و آخرین نشانه در پیشروی به سوی خودکشی قلمداد شود، به طوری که از نظر

"اشنایدمن"، از هر ده نفر اقدام کننده به خودکشی، 8 نفر قبل از کشتن خود، هشدار روشنی مبنی بر قصد خود ابراز می کنند.

#### 4- اقدام به خودکشی

اقدام به خودکشی عملی عمدی، محسوب و به منظور خاتمه بخشیدن به زندگی خود تعریف می شود که منجر به مرگ نشده است. این اصطلاح زمانی به کار برده می شود که اقدام به خودکشی انجام می گیرد، اما منجر به مرگ نمی شود و معمولاً توصیف کننده ی کسانی است که در کشتن خود مطمئن نبوده و نسبت به آن تردید دارند. اقدام به خودکشی بیشتر به منظور رسیدن به هدفی خاص انجام می شود. بنابراین ممکن است این افراد زمینه را به گونه ای فراهم سازند که نجات یابند، هرچند در برخی موارد ممکن است فریاد رسی وجود نداشته باشد. در همین زمینه "کسلر" (2006) معتقد است، در ارزیابی رفتارهای خودکشی گرایانه تمایز میان این که در ارتکاب به رفتار خطرناک و تهدید کننده، هدف فرد، مردن می باشد یا نه، بسیار ضروری است. افرادی که واقعاً نیت مردن دارند، در اقدامات مرگ آورتری از "خود جراحی" درگیر می شوند و به احتمال بیشتری خواهند مرد، در حالی که اقدام کنندگان، احتمال بیشتری دارد که از مرگ ناشی از آن رهایی یابند. هر چند تمایل واقعی فرد اقدام کننده به مرگ همیشه صفر نیست و ممکن است همواره سطوحی از آرزوی خاتمه دادن به زندگی اش را تجربه کند.

این واقعیت که افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، بیشتر از شیوه های کم خطرتر برای آسیب به خود استفاده می کنند، شواهدی است مبنی بر این که آنان واقعاً قصد کشتن خود را ندارند و یا اغلب مبتلا به اختلالات روانی بوده و قضاوت و شناخت آن ها دچار مشکل شده است. این افراد عمدتاً در سنین نوجوانی و ابتدای جوانی هستند و انگیزه ی اصلی آن ها تغییر در موقعیت است. با توجه به این امر و نیز این که در حدود نیمی از افرادی که دست به خودکشی می زنند حداقل یک اقدام به خودکشی قبلی داشته اند، می توان چنین

نتیجه گرفت که اقدام به خودکشی، مشکل جدی روانی و در عین حال مشکلی است که تأثیرات عمیق اجتماعی و خانوادگی داشته و خطر خودکشی کامل (موفق) را بالا می‌برد.

برخی از پژوهشگران اقدام به خودکشی را شامل هر نوع رفتار خودجراحی یا غفلت از حفظ جان، صرف نظر از این که هدف شخص مرگ باشد یا نه، تعریف کرده‌اند؛ درحالی که برخی دیگر چارچوبی برای تمایز، میان داشتن یا نداشتن قصد مردن و همچنین استفاده از ابزار مهلک در تفکیک مرگ از خودکشی در نظر گرفته‌اند. همچنین تصمیم برای اقدام به خودکشی ممکن است تکانشی و بدون اندیشیدن قبلی بوده یا نتیجه‌ی نشخوار ذهنی طولانی باشد.

#### 5- خودکشی کامل

خودکشی کامل یا خودکشی موفق، به معنی عمل کشتن خویش و پایان دادن موفق به زندگی است. خودکشی کامل در سنین زیر 12 سال بسیار نادر است. کودک خردسال از طرح ریزی واقع گرایانه خودکشی و انجام آن ناتوان است. به نظر می‌رسد ناپختگی شناختی، نقش محافظتی در مقابل خودکشی کودکانی دارد که آرزوی مرگ میکنند.

شواهد تحقیقی نشان می‌دهند که بیش از 90 درصد کسانی که ارتکاب به خودکشی موفقیت آمیز داشته‌اند، هنگام مرگ دارای یک اختلال روانی یا سوء مصرف مواد میباشند. همچنین به نظر می‌رسد دسترسی به وسایل متفاوت خودکشی با توجه به میزان مهلک بودن آن‌ها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در خودکشی موفقیت آمیز داشته باشد.

سایر عوامل مرتبط با خودکشی موفق عبارتند از:

تنها زندگی کردن، مصرف داروهای روان گردان، دستگیری به خاطر سوء مصرف دارو و الکل. این یافته‌ها با عوامل خطر شناخته شده برای خودکشی نیز همسو هستند (سازمان جهانی بهداشت، 2000). با این همه حتی در خودکشی‌های موفق ممکن است اقدام به اعمال خطرناک واقعاً به قصد مرگ نباشد.

#### 6- میثاق خودکشی

میثاق خودکشی، به معنی عهد و پیمانی است که دو یا چند نفر با هم می‌بندند تا در یک زمان و در یک مکان به زندگی خویش خاتمه دهند. این نوع پیمان‌های خودکشی نادر هستند. اما گاهی به دلیل نزدیکی عاطفی افراد، عشق‌های افسانه‌ای (مانند وجود موانع و مخالفت در وصال دختر و پسر جوانی که به شدت دلباخته‌ی یکدیگرند) یا مرام و مسلکی (خودکشی‌های آرمانی و عقیدتی که نمونه‌هایی از آن در آلمان، روسیه و اسپانیا در گذشته دیده شده) و یا در نتیجه‌ی عدم دستیابی به خواسته‌های خویش، همچنین هنگامی که حیثیت یا آبروی فرد در معرض خطر است؛ دیده می‌شود.

#### 7- خودکشی‌های تقلیدی

تمایل نوجوانان آشفته، به تقلید از خودکشی‌های مشهور "سندرم ورتر" نامیده شده است. این مفهوم از نام قهرمان داستان "رنج‌های ورتر جوان" اثر "گوته" گرفته شده است که در آن قهرمان داستان خودکشی می‌کند. تقلید ممکن است نقشی در زمان اقدام به خودکشی در نوجوانان آسیب‌پذیر داشته باشد، اما به نظر نمی‌رسد میزان خودکشی با مواجهه بیشتر با اخبار خودکشی در رسانه‌ها افزایش یابد.

#### 8- خودکشی گروهی

خودکشی گروهی شامل کشتن دسته جمعی خویشان است که اغلب در برهه‌ای از زمان و منطقه‌ای محدود انجام می‌شود. همان گونه که در تعریف پیمان خودکشی آمد، گاهی دو نفر یا تعداد بیشتری، به دلایلی تصمیم می‌گیرند که به شکل گروهی و همزمان به زندگی خود خاتمه دهند. مثلاً بیش از 900 نفر از پیروان "آیین جیم جونز" در سال 1978 خودکشی دسته جمعی کردند. خودکشی‌های دسته جمعی و گروهی کمتر از یک درصد تمام خودکشی‌های گزارش شده را شامل می‌شوند. (تایلر، 1376)

#### افسانه‌ها و واقعیت‌ها درباره‌ی خودکشی

نبود دانش کافی درباره‌ی رفتارهای خودکشی گرایانه، بد فهمی‌های بسیاری را در مورد خودکشی به وجود آورده است. از آن جا که این تصورات نادرست درباره‌ی خودکشی، اغلب مانع کمک به افراد در معرض خطر می‌شود، فهرستی از آن‌ها در زیر ارائه شده است:

1- "افرادی که درباره‌ی خودکشی صحبت می‌کنند، به آن اقدام نمی‌کنند"، در حالی که نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیش از سه چهارم کسانی که به زندگی خود پایان می‌دهند، قبل از ارتکاب، در خصوص برنامه یا نقشه‌ی خود، چه به عنوان فریاد کمک خواهی و چه با گوشه و کنایه صحبت کرده‌اند. به عنوان مثال، ممکن است هشدار فرد در این زمینه با گفتن جملاتی مانند: جهان بدون او بهتر خواهد بود، یا زندگی ارزش زیستن ندارد، بروز داده شود.

2- "تنها افراد یک طبقه‌ی خاص خودکشی می‌کنند"، واقعیت این است که افراد با هر پایگاه اقتصادی - اجتماعی در معرض خطر خودکشی قرار دارند.

3- "عضویت در گروه مذهبی خاصی، پیش‌بینی کننده برای ممانعت از اقدام به خودکشی است"، این تصور اشتباه است. حتی ممنوعیت شدید کاتولیک‌ها برای خودکشی مانع از آن نمی‌شود که آن‌ها کمتر اقدام به خودکشی نمایند. گرچه افرادی که پایبندی به باورهای مذهبی خاصی ندارند، بیشتر در معرض اقدام به خودکشی هستند.

4- "تمام افرادی که دست به خودکشی می‌زنند الزاماً افسرده هستند"، این باور به وسیله‌ی شواهد تجربی حمایت نشده است. بنابراین نباید فقدان علائم افسردگی در فرد منجر به غفلت از خطر خودکشی در وی شود.

5- "علت اصلی اقدام به خودکشی روان پریشی است"، در حالی که مطالعات نشان داده‌اند بسیاری از افرادی که رفتار خودکشی گرایانه دارند، همچنان تماس خود با واقعیت را حفظ کرده‌اند.

6- "بهبودی حالت‌های خلقی، احتمال خودکشی را کاهش می‌دهد"، در حالی که احتمال خطر خودکشی در افراد بهبود یافته، به ویژه افراد افسرده پس از بهبودی، نه تنها کاهش نمی‌یابد، بلکه به دلیل افزایش انرژی، توانایی در اجرای نقشه‌های خودکشی نیز بالا می‌رود.

- 7- "افراد خودکشی گرا واقعا خواهان مرگ هستند"، این مفهوم نیز اسطوره است. همان گونه که "اشنایدمن" نیز بیان کرده است، اقدام کنندگان به خودکشی، درباره‌ی مرگ خود اغلب احساس دوگانه‌ای دارند. همچنین بسیاری از افرادی که بحران خودکشی را پشت سر گذاشته‌اند از این که زنده مانده‌اند، خوشحال و سپاسگزارند.
- 8- "افکار خودکشی گرایانه فراوانی اندکی دارند"، مطالعات مختلف خط بطلان بر چنین ادعایی کشیده است. این مطالعات روشن نموده‌اند که اندیشه‌های خودکشی گرایانه هم در میان جمعیت‌های بالینی و هم در میان جمعیت‌های غیربالینی، فراوانی قابل توجهی می‌توانند داشته باشند.
- 9- "پرسش از افراد درباره‌ی افکار یا نقشه‌های خودکشی خطرناک بوده و باید از آن اجتناب کرد"، این عقیده نیز اشتباه است و در تمامی موارد افکار، طرح‌ها یا نقشه‌های خودکشی در افراد باید به شکل دقیق، اما با در نظر داشتن فنون ارزیابی و مواجهه بررسی شود.
- 10- "همه‌ی افرادی که با وسایل ساده و کم خطرتر اقدام به خودکشی می‌نمایند در مورد کشتن خود جدی نیستند"، در حالی که بعضی از افراد ممکن است درباره‌ی آناتومی بدن و میزان مورد نیاز مصرف قرص، سم و ... اطلاعات کافی نداشته باشند. بنابراین لازم است تمامی نشانگرها و نشانگان، جدی گرفته شوند.
- 11- "وقوع خودکشی تنها منحصر به جمعیت‌های بالینی یا افراد دارای مشکلات روان شناختی شدید است"، هرچند در اغلب موارد این وضعیت مصداق دارد، اما نسبت قابل قبولی از افرادی که اقدام به خودکشی موفقیت آمیز داشته‌اند، از تشخیص روانپزشکی برخوردار نبوده‌اند.
- 12- "فرد خودکشی گرا برای همیشه مستعد خودکشی خواهد بود"، واقعیت این است که گرایش فرد خودکشی گرا به مرگ همیشگی نیست، بلکه در دوره‌ی زمانی محدودی این تمایل ممکن است ادامه یابد. هر چند احتمال برگشت این افکار وجود دارد، اما در هر صورت وقوع آن‌ها دوره‌ای است.
- 13- "تهدید به خودکشی در جوانان جدی نیست"، در حالی که خطر خودکشی در مورد جوانان نیز کاملاً جدی و نیازمند مداخلات تخصصی است. بنابراین هرگز نباید تصور کرد که این تهدیدات، امری طبیعی برای گروه سنی خاص است و به آن‌ها جامه‌ی عمل پوشانده نمی‌شود.

- 14- "اشخاصی که اقدام به خودکشی داشته و از آن جان سالم به در برده‌اند بسیار خطرناک‌اند"، هر چند اقدام گذشته به خودکشی بزرگترین پیش‌بینی کننده‌ی اقدام‌های بعدی است و چنین افرادی در معرض خطر بیشتر برای خودکشی قرار دارند، اما این مساله به معنای قطعیت خودکشی در آن‌ها نیست.
- 15- "وقتی فردی تصمیم جدی برای خاتمه بخشیدن به زندگی‌اش بگیرد، منصرف کردن او ناممکن است"، در حالی که شواهد نشان می‌دهد حمایت‌های مناسب، داروها و روان‌درمانی‌ها، می‌توانند با کمک به خروج فرد از دوره‌ی محدود این بحران، مؤثر باشند.
- 16- "در تمامی موارد، خودکشی به شکل تکانشی و ناگهانی رخ می‌دهد"، هر چند در برخی بیماری‌ها مانند اختلال شخصیت مرزی، این وضعیت به چشم می‌خورد، در بیشتر خودکشی‌ها، هشدارهای قبلی و نقشه کشی برای از میان بردن خود وجود دارد و می‌توان خطر خودکشی را پیش‌بینی و از آن پیشگیری به عمل آورد.
- 17- "فردی که اقدام به خودکشی می‌کند، چنانچه با مداخله‌ی شخصی دیگر روبرو شود که قصد دارد وی را منصرف سازد، عصبانی شده و مقاومت می‌کند"، واقعیت این است که اگر چه ممکن است افراد خودکشی‌گرا در مرحله اول از پذیرش کمک امتناع نموده و در مقابل هر نوع مداخله‌ای از خود مقاومت نشان دهند، در نهایت اغلب آن‌ها آمادگی خود را برای گرفتن کمک‌های حرفه‌ای یا غیرحرفه‌ای نشان داده و سرانجام نیز ممکن است قدردانی خود را از این حمایت‌ها ابراز کنند.
- 18- "خودکشی در خانواده‌ها به شکل ارثی روی می‌دهد"، این افسانه نیز حقیقت ندارد، چرا که خودکشی الگویی فردی است که می‌تواند چند وجهی باشد (یعنی تحت تأثیر عوامل مختلف و نه فقط ارث و خصوصیات خانوادگی رخ دهد).

### هدف از خودکشی چیست ؟

در قسمت قبل به علل خودکشی پرداختیم .اینک در ادامه می خوانیم ...

در خودکشی به این نکته باید اشاره نمود : فردی که خودکشی می کند از مشکلی غیر قابل حل و فشار روانی فرار می کند و به سوی آرامشی می رود که احساس می کند با خودکشی به آن دست خواهد یافت .

علاوه بر آنچه که گفته شد در مورد خودکشی می توان به نکات زیر اشاره نمود :

- 1- پیدا کردن راه حل : اصولاً خودکشی یک رفتار بدون هدف و منظور نیست . در مواردی فرد درگیر مشکل و یا مشکلاتی می گردد که نمی داند چه کند و توانایی رویارویی با آن مشکل و یا موقعیت غیرقابل تحمل را هم ندارد . در نتیجه مشکل برای وی جنبه ی معما پیدا می کند ، (چنین حالتی را "حالت بحرانی" می نامند) و چون در این شرایط قرار می گیرد، در میان تمام راه حل ها خودکشی را انتخاب می کند .
- 2- آرزوی معمولی در خودکشی : آرزوی او قطع ارتباط و قطع آگاهی است با آنچه که در اطراف وی می گذرد. لذا برای فرار از درد آگاهانه و غیر قابل تحمل دست به خودکشی می زند .
- 3- محرک معمولی: محرک معمولی در خودکشی درد و فشار روانی است ، چنین دردی ناشی از احساس درد و فشار روانی است .
- 4- شکست در برآورده شدن نیازها :هیچ خودکشی بدون احساس نیازمندی نیست و انجام نمی شود و بستگی به این دارد که این نیاز تا چه حد برای فرد ، مهم و حساس می باشد .
- 5- احساس در خودکشی: احساس معمولی در خودکشی احساس درماندگی و ناامیدی است . فرد این حالت و احساس را دارد که من هیچ کاری را نمی توانم انجام بدهم مگر خودکشی ؛ هیچ کس نمی تواند به من کمک بکند و هیچ امیدی به آینده نمی توان داشت .
- 6- خودکشی نوعی فریاد است :معنای خودکشی فریادی است برای طلب کمک .
- 7- محدود شدن: در خودکشی ، احساسات، عواطف و هوش فرد دچار محدودیت شده و فرد به بن بست می رسد. یا احساسات ، عواطف و هوشیاری وی از اختیار او خارج می شود، چنین حالتی معمولاً زودگذر است به طوری که اگر مدتی بگذرد و فرصتی پیدا بشود که وی از این حالت خارج گردد، از تصمیم خود در اقدام به خودکشی منصرف خواهد شد .
- 8- گاهی هدف از خودکشی ،رها شدن از شرایط موجود زمانی و مکانی است که فرد در آن به سر می برد ، مانند زندانیانی که اقدام به خودکشی می کنند تا از این طریق بتوانند از آن محیط نجات یابند .
- 9- عامل دیگری که در خودکشی باید در نظر داشت این است که فرد با اقدام به خودکشی می خواهد به این شکل با افراد مورد نظر و علاقه خود ارتباط برقرار نموده و بدین وسیله جلب توجه نماید. (خسروی ،1383)

### بررسی خودکشی از دیدگاه فقه جزایی و حقوق کیفری

با ظهور دین مسیح در اروپا، خودکشی ممنوع شده و مخالف مذهب و اخلاق معرفی گردید و مرتکب آن به عنوان مجازات از تشریفات مذهبی محروم شد.<sup>42</sup> نمونه این امر را می توان در نمایشنامه اثر - که از روی یک ماجرای واقعی که در کشور دانمارک اتفاق افتاده بود، نوشته شده است - مشاهده کرد. وقتی که دختر یکی از سران مملکتی است خودکشی می کند، از نظر دین مسیح و کلیسا از تشریفات مذهبی دفن اموات محروم می گردد، لیکن به دلیل نفوذ و قدرت خانواده اش، شبانه با تشریفات اندک به خاک سپرده می شود. در واقع، کشیش ها که مخالف اجرای مراسم مذهبی برای بودند، فقط به دلیل درباری بودن خانواده او حاضر به اجرای تشریفات و مراسم مذهبی دفن اموات، هر چند به صورت اندک و مخفیانه شدند. در نتیجه تاثیر مذهب روی عرف، مقررات عرفی قبل از انقلاب در فرانسه، خودکشی را نهی کرد.<sup>43</sup> حتی - پادشاه فرانسه - در فرمان بزرگ سال 1670 میلادی مقررات خاصی را در مورد محاکمه اجساد و یادبود آنها مقرر نمود و مجازات هایی نیز برای مجرمینی که خودکشی می کردند یا در دوئل به قتل می رسیدند یا نسبت به مملکت و پادشاه مرتکب جرایم بزرگ می شدند و سپس فوت می کردند، برقرار نمود.<sup>44</sup> در این زمان دو قسم مجازات برای خودکشی پیش بینی شده بود: اول - جسد متحر را برای رسوایی او روی سبد بزرگی می گذاشتند و آن را به اسب می بستند که به دنبال خود بکشد و سپس آن را از پا می آویختند و از تشریفات مذهبی دفن اموات محروم می ساختند؛ دوم - دارایی متحر را دولت ضبط می کرد.<sup>45</sup> اما بعد از پیدایش انقلاب کبیر فرانسه در سال 1789 و تحول افکار در مورد حفظ آزادی های فردی و حقوق اساسی افراد ملت، مجازات های سابق برای خودکشی ملغی گردید. در واقع، انقلاب کبیر فرانسه براساس قبول اصالت فرد و اینکه هر شخصی مالک نفس و جان خود بوده و مطلقا آزاد است، مجازات های سابق خودکشی را حذف نمود. (قانون جزا و جرم شناسی، 1389)

### گفتار دوم: خودکشی از دیدگاه حقوق جزای تطبیقی



همانطور که ذکر شد، تا قبل از انقلاب کبیرفرانسه، خودکشی در این کشور به دلیل نفوذ مذهب مسیحیت قابل مجازات بود. کیفر فرد انتحارکننده هم این بود که اموال و دارایی او به نفع دولت ضبط شده و جسدش نیز برای رسوایی بر روی سبدي گذاشته شده و به اسبی بسته می شد تا اسب آن را بکشد و البته چنین فردی از تشریفات دفن اموات محروم می شد. اما بعد از انقلاب کبیر فرانسه، مجازات های سابق خودکشی ملغی گشتند. به همین دلیل در قانون جزای فرانسه (مصوب 1810)، خودکشی یا قتل خویشتن فاقد وصف مجرمانه و طبعا غیرقابل مجازات دانسته شد و مساله مشارکت یا معاونت در خودکشی نیز غیرقابل طرح بود. 47 در این زمان در فرانسه، بنابر نظریه (ماده 59 قانون جزای مصوب 1810 میلادی)، تحریک یا کمک به خودکشی جرم محسوب نمی شد. دیوان کشور فرانسه در سال 1815 میلادی چنین رای داد: اما در همان زمان، تحت عنوان جرم ، امکان رسیدگی به این موارد وجود داشت. (ماده 319 قانون جزای مصوب 1810 میلادی) رویه قضایی فرانسه نیز در گذشته، قتل بنا به درخواست یا فرمان را جنایت شمرده بود. (رای دیوان کشور فرانسه در تاریخ 21 اوت 1851) خودکشی جمعی نیز به موجب رای مورخ 22 ژوئن 1838 دیوان کشور فرانسه، جرم محسوب می شد.

در حال حاضر در کشور فرانسه، خودکشی جرم نیست ولی تحریک به خودکشی یا تبلیغ و آگهی به هر نحوی و از طریق جراید و وسائل سمعی و بصری، موضوع مواد 13 - 223 و 14 - 223 و 15 - 223 قانون جزای فرانسه مصوب 1992 میلادی می باشد که از سال 1994 به مورد اجرا گذارده شده است. برابر مواد مزبور، تحریک به خودکشی موضوع جرم مستقلی گردیده است. براساس مواد فوق، اقدام به تحریک دیگری به خودکشی مستوجب سه سال حبس و سیصد هزار فرانک جریمه نقدی است، در صورتی که تحریک منتهی به خودکشی یا شروع به خودکشی شده باشد. چنانچه جرم مذکور (دربندقبلی) نسبت به کسی که دارای کمتر از 15 سال سن باشد ارتکاب یابد، مجازات مرتکب 5 سال حبس و جزای نقدی به مبلغ پانصد هزار فرانک تعیین گردیده است. 49 در روسیه، آلمان و انگلستان در قرن 19 میلادی، به پیروی از مذهب، خودکشی جنایت محسوب می شد. در این صورت، چنین جنایتی اگر ثمره الکلیسم یا تبهکاری یا بیماری (به طور کلی) به ویژه بیماری های روانی می بود، از نظر طبقه بندی جرایم در شمار جنایات ناشی از شهوت قلمداد می شد. 50 در این

زمان در انگلستان اگر انتحار منجر به مرگ می‌شد، انتحارکننده از تشریفات مذهبی دفن و تشییع جنازه محروم می‌گشت و اگر شروع به انتحار شده بود ولی به نتیجه نرسیده بود، عمل مرتکب در حکم قتل عمد ساده تلقی می‌گشت. 51 بنابراین در حقوق جزای قدیم انگلستان، خودکشی جنایت محسوب می‌گشت و در خودکشی‌های مضاعف نیز بازمانده، پس از مرگ طرف دیگر، قاتل شناخته می‌شد ماده 216 قانون جزای آلمان نیز قتل بر اثر الحاح و تمنای صریح و جدی مجنی علیه (قتل از روی ترحم یا اتانازی) را قتل عمد می‌شناخت. قانون جزای ایتالیا، قتل بارضایت مجنی علیه را در ماده 579 و تحریک یا کمک به خودکشی را به موجب ماده 580 جرم دانسته و کیفرهای این جرایم را نیز در برخی موارد تشدید کرده است همچون مواردی که مجنی علیه کمتر از 18 سال سن داشته یا دچار اختلال روانی باشد. 54 به موجب ماده 580 قانون جزای ایتالیا مجازات خواهد شد. همچنین مطابق ماده 572 قانون جزای ایتالیا، کسی که در اثر سوءرفتار سبب مرگ و خودکشی دیگری شود، سوءرفتار موجب کیفیت مشدده خواهد شد. 55 در آمریکا مطابق قانون جزایی نیویورک مصوب 1881 میلادی به این ترتیب مشاهده می‌شود که برخلاف قانون جزای قدیم فرانسه، بعضی از کشورها همچون انگلستان در قرن 19، خودکشی را قابل مجازات می‌دانستند. در مورد خودکشی که از نظر حقوق کیفری دارای اهمیت فراوان است، باید توجه داشت که نحوه کیفری تلقی کردن خودکشی در قرن بیستم دارای تحولاتی بوده است، به طوری که این عمل در بین جوامعی که آن را جنایت محسوب می‌کردند قاطعیت خود را از دست داد. 57 به طور مثال، به موجب مصوب Suicide Act 1961 1961، خودکشی، دیگر جرمی برای مباشر آن محسوب نمی‌شود. بنابراین براساس این قانون، قانونی که خودکشی را جنایت می‌شناخت لغو گشت و در نتیجه شروع به خودکشی هم که جرم محسوب می‌شد، نسخ گردید. لیکن اگر حداقل دو نفر درگیر ماجرا باشند، مسئول بودن آنها محتمل خواهد بود. این مسئولیت ممکن است به موجب و یا براساس مصوب 1957 (Homicide Act) 1957، حاصل گردد. به موجب بخش 2: بدین ترتیب (Motive) چندان اهمیتی ندارد. بنابراین، ارائه سم برای تسریع در مرگ توام با درد و رنج کسی، به همان اندازه ترغیب یک خویشاوند پیر به اینکه، به امید (انگیزه) ارث بردن از او، جرم خواهد بود. 58 به عبارت دیگر، در این قانون هر نوع کمک یا تشویق یا فراهم آوردن وسائل خودکشی برای شخصی دیگر، به صورت مستقل یک اقدام جنایی شناخته شده



است 59 (همچون قانون جزای 1992 فرانسه). البته براساس بخش 2، کمک به خودکشی دیگری تنها در صورتی می تواند موضوع اتهام قرار گیرد که قربانی، مرتکب قتل خود شود. بنابراین اگر در مورد این اتهام اثبات شود که متهم، قربانی را کشته است، وی به موجب بخش 2 مقصر نخواهد بود، بلکه قاتل محسوب خواهد شد به این ترتیب با تصویب در انگلستان، ضمن پیدا شدن یک راه حل حقوقی برای جرم شناختن معاونت در خودکشی، نگرانی آن افرادی که تصور می کردند با الغای قانون مجازات خودکشی، این عمل قبیح رو به فزونی خواهد رفت، رفع گردید. 61 البته مساله مساعدت، کمک و معاونت در خودکشی غیر از قوانین جزایی فرانسه و انگلستان، در قوانین جزایی کشورهای دیگری همچون نروژ، دانمارک، ایسلند و سوئیس مورد توجه قرار گرفته است. به طور مثال، قانون جزای 1938 سوئیس که در سال 1950 اصلاح شده است در ماده 115، فعل کسی را که با سوءنیت دیگری را تحریک و وادار به خودکشی کند یا برای اینکار با او مساعدت نماید، قابل مجازات دانسته است. 62 قانون مجازات عراق (مصوب 1969) نیز تحریک به خودکشی را با توجه به عواقب آن و موقعیت سنی و کیفیت شعور مجنی علیه مورد توجه قرار داده (همان منبع)

### مروری بر پژوهش های انجام شده

#### بررسی تحقیقات انجام شده در داخل ایران

۱) نتایج تحقیق شریفی (۱۳۷۲)، نشان می دهد که آموزش مهارت حل مسأله می تواند در بهبودی یا کاهش میزان افسردگی نوجوانان و علائم اختصاصی افسردگی آنان مؤثر باشد، موجب افزایش میزان کفایت شخصی آنها و توانایی ایشان در روابط بین فردی با همسالان گردد.

۲) احمدی زاده (۱۳۷۳)، در تحقیق خویش به این نتیجه دست یافت که آموزش مهارت حل مسأله با افزایش شایستگیهای اجتماعی و ارتقاء سطح روابط بین فردی نوجوانان ارتباط قاطع دارد و بر افزایش مفهوم خود تحصیلی نوجوانان مؤثر می باشد.

۳) پاپیری (۱۳۷۶)، در تحقیق خود ۲۶ نفر از دانش آموزان دختر و پسر را که سابقه اقدام به خودکشی داشتند، بطور تصادفی انتخاب نمود و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم نمود. بعد از ۱۲ جلسه آموزش حل

مسأله به دو گروه آزمایشی، این نتایج حاصل شد که آموزش مهارت حل مسأله می تواند در کاهش میزان افسردگی و ناامیدی و بهبود مهارت های مقابله ای نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مؤثر باشد.

۴) نتایج بررسی اجرای آموزش مهارت های زندگی برای مقاطع چهارم و پنجم ابتدایی در ۶ استان کشور (تهران، کرمانشاه، شهرستان های استان تهران، سیستان و بلوچستان، آذربایجان غربی و ایلام) توسط دفتر بهداشت و تغذیه وزارت آموزش و پرورش در سال تحصیلی ۷۷-۷۸ نشان داد که در پیش آزمون بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود ندارد. اما در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات دو گروه وجود دارد. همچنین بین تفاوت نمرات دانش آموزان دختر و پسر ارتباط معنی دار وجود دارد و در مقایسه استان ها، استان کرمانشاه بالاترین نتایج را نسبت به استان های دیگر دارد.

۵) اسماعیلی (۱۳۸۰)، در پژوهش خود اثر آموزش درس مهارت های زندگی در تعامل با شیوه های فرزند پروری را بر عزت نفس دانش آموزان استان اردبیل مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که میانگین نمره عزت نفس دانش آموزانی که درس مهارت های زندگی را گذرانده بودند، بیشتر از دانش آموزانی بود که درس مذکور را نگذرانده بودند. این یافته با نتایج تحقیقات «انجمن روان شناسی آمریکا» ۱ (۱۹۹۶ و ۱۹۹۴) هم سو بود. بدین معنا که آموزش مهارت های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان تأثیر مثبت دارد. در این پژوهش با مقایسه عزت نفس دختران و پسران، میزان عزت نفس دختران پایین تر از پسران بوده است. بنابراین، نتایج این تحقیق، ضرورت آموزش مهارت های زندگی جهت افزایش عزت نفس دانش آموزان دختر را پیشنهاد می کند.

۶) طرح تحقیقاتی تحت عنوان «نقش آموزش مهارت های زندگی و شیوه های مقابله در پیشگیری از مصرف سیگار، حشیش و الکل بین نوجوانان استان هرمزگان» توسط دکتر «سیدمحمد موسوی» پیشنهاد شده است. اهداف این طرح کاهش میزان بروز مصرف سیگار، الکل و حشیش و به تعویق انداختن زمان مصرف آن بین دانش آموزان مقاطع اول و دوم متوسطه با استفاده از آموزش های رهبری شونده توسط گروه همسالان می باشد. نتایج مورد انتظار آن، رشد تواناییهای فردی در مقابله با استرس و حل مشکل، اعتماد به نفس، رشد و بهبود روابط خانوادگی و ارتباط با همسالان، پیشگیری از ترک تحصیل بین دانش آموزان و جلب مشارکت فعال دانش آموزان در جهت آموزش و انتقال آموخته ها می باشد. (آقاجانی، ۱۳۸۱).

۷) در پژوهشی که در سال ۸۰ توسط منصور باقری و دکتر هادی بهرامی احسان در رابطه با نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان انجام گرفته است، نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان موجب ایجاد تغییرات معنی دار در دانش، نگرش و عزت نفس آن ها در سطح (p).

۸) در تحقیقی که در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ توسط کارشناسی بهداشت و تغذیه آموزش و پرورش شهرستان های استان تهران بر روی ۱۵۱۷ نفر از دانش آموزانی که مهارت های زندگی به آن ها آموزش داده شد، انجام گرفت، نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین دو گروه هیچگونه تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما در مرحله پس آزمون میانگین نمرات گروه آزمایشی تفاوت معنی داری با گروه کنترل نشان داد که حاکی از موفق بودن برنامه آموزش مهارت های زندگی بود (منابع موجود در دفتر بهداشت و تغذیه وزارت آموزش و پرورش).

۹) در تحقیقی که توسط خاکپور (۱۳۸۱) در رابطه با شیوه های نوین در پیشگیری و درمان اعتیاد از طریق آموزش مهارت های زندگی، بر روی ۲۴۲ نفر (۱۲۱ نفر گروه آزمایش و ۱۲۱ نفر گروه کنترل) انجام شد، نتایج تحقیق نشان داد که اجرای برنامه آموزش مهارت های زندگی اثرات بلند مدتی در پیشگیری از شروع مصرف مواد مخدر و یا گرایش به مواد مخدر را تأیید می نماید. همچنین مشخص گردید که عملکرد تحصیلی دانش آموزان نیز بهبود چشمگیری پیدا کرده است.

۱۰) در تحقیقی که توسط آقاجانی (۱۳۸۱) با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان» انجام گردید، نمونه تحقیق ۳۰ دانش آموز بودند که از بین ۱۹۱ دانش آموز دختر دبیرستانی بالاترین نمره را در آزمون سلامت عمومی گلدبرگ ۱ و منبع کنترل به دست آوردند و به طور تصادف به دو گروه تقسیم شدند. پس از اجرای پیش آزمون بر روی گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایشی ۸ جلسه آموزش مهارت های زندگی را دریافت نمودند، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. سپس مجدداً آزمون سلامت عمومی گلدبرگ و منبع کنترل بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. نتایج این پژوهش به شرح زیر است:

۱) آموزش مهارت های زندگی، سلامت روان آزمودنی ها را بهبود می بخشد.

۲) تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر منبع کنترل آزمودنی ها معنادار نبوده است.

۳) بین سلامت روان و شیوه های مقابله ای و همچنین بین منبع کنترل و شیوه های مقابله ای ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین سلامت روان و منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد.

۴) بین سطح تحصیلات مادر، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش آموزان با سلامت روان و شیوه های مقابله ای آنها ارتباط معنی داری وجود دارد.

۱۱- طارمیان (۱۳۷۸)، آموزش مهارت های زندگی را بر افزایش سلامت جسمانی و روانی مانند اعتماد به نفس، مقابله با فشارهای محیطی و روانی، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش افکار خودکشی گرایانه، کاهش افت تحصیلی، تقویت ارتباطات بین فردی و رفتارهای سالم و مفید اجتماعی، کاهش سوء مصرف مواد مخدر و پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی مؤثر قلمداد کرده است. (آقاجانی، ۱۳۸۱).

### بررسی تحقیقات انجام شده در خارج از کشور

۱) تلادو و همکاران (۱۹۷۴) دریافتند که توانایی بیشتر در حل مسأله با افزایش عزت نفس و پایگاه درونی رابطه دارد. (به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۲) نتایج پژوهشی که اثر آموزش مهارت های زندگی را در زمینه خودآگاهی بررسی نمود، نشان داد که به دنبال این آموزش، دانش آموزان صداقت بیشتر، نودوستی بیشتر و پرخاشگری کمتر نشان می دهند. (ویک لانگ، ۱۹۷۹ به نقل از نوری و محمد خانی، ۱۳۷۹).

۳) بوتوین و همکاران (۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵) ده مقاله مستقل را در مورد تأثیر برنامه آموزش مهارت های زندگی بر کاهش سوء مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در دبیرستان های امریکا انجام دادند، نتایج نشان داد که اجرای این برنامه یک کاهش ۴۰ تا ۸۰ درصدی را در مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل بوجود آورده بود. (به نقل از خاکپور، ۱۳۸۰).

۴) بوتوین و همکاران (۱۹۸۰ تا ۱۹۸۴) اثر برنامه آموزش مهارت های زندگی را بر مصرف الکل، سیگار و دارو بررسی نمودند. این برنامه شامل آموزش مهارت های ارتباطی، تصمیم گیری، اضطراب و استرس بود. نتایج نشان

داد که آموزش ها در کاهش مصرف سیگار، الکول و دارو مؤثر بوده اند. (به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).  
(۵) در بسیاری از بررسی های انجام شده، در زمینه اثر مهارت های زندگی بر عملکرد تحصیلی، از طرح های غیر تجربی استفاده شده است. مثلاً در برنامه آموزش مهارت های «لایونز کوئست» ۱ دو تغییر چشم گیر به دست آمد:

(۱) افزایش اعتماد به نفس کودکان

(۲) بهبود رابطه معلمان و شاگردان. تمام معلمان و شاگردان شرکت کننده در این طرح از برنامه رضایت داشتند. (کوئست زیر چاپ، به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

(۶) در مطالعه پارسونز ۲ و همکاران (۱۹۸۸) در مورد مهارت های زندگی، رابطه معلمان و شاگردان بهتر و رفتار شاگردان در کلاس سازگارانه تر شد.

(۷) مطالعه دیگری در پرتوریکو نشان داد که پس از اجرای برنامه مهارت های زندگی، غیبت شاگردان از مدرسه کاهش یافت (کوئست چاپ نشده). همچنین بررسی های دیگر نشان داده اند که به دنبال اجرای چنین برنامه هایی، حضور دانش آموزان در مدارس و میانگین نمرات کلاسی آنان افزایش و بدرفتاری آنان کاهش چشمگیری یافت. (نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

(۸) در پژوهش مهم دیگری که بر روی ۹۰۰ دانش آموز در ونزوئلا صورت گرفت، مهارت فکرکردن به کودکان گروه آزمایشی، آموزش داده شد و سپس این افراد با یک گروه کنترل همتا مقایسه شدند. هر دو گروه، در ابتدا و انتهای بررسی، آزمون های هوشی و آزمون های تحصیلی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که هوش گروه آزمایشی، بطور معنادار و رضایت بخشی افزایش یافت، نگرش معلمان نسبت به فرایند آموزش تغییر نمود و علاقه بیشتری به شاگردان نشان دادند.

(۹) پژوهش وسیع تری که روی یک نمونه ۲۴۰۰۰ نفری صورت گرفت نیز چنین تغییرات معناداری را پس از اجرای آموزش نشان داد. (گونزالس ۱۹۹۰، به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۱۰) نتایج پژوهشی نشان داد که پس از آموزش مهارتهای حل مسأله به گروه آزمایشی، اکتساب این مهارت نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ( تلادو و همکاران، ۱۹۸۴؛ کاپلان ۲ و همکاران، ۱۹۹۲ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۱۱) آموزش مهارت های زندگی، در برنامه های گوناگون مؤثر و مفید بوده است. مثل برنامه های پیشگیری از سوء مصرف دارو (بوتوین و همکاران، ۱۹۸۴ و ۱۹۸۰؛ پنتر ۳، ۱۹۸۳)؛ بارداری نوجوانان (زاین ۴ و همکاران، ۱۹۸۶؛ شینک ۵، ۱۹۸۶)؛ ارتقای هوش (گونزالس، ۱۹۹۰)؛ پیشگیری از بی بند و باری جنسی (اولویس ۶، ۱۹۹۰)؛ پیشگیری از ایدز (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۴)؛ آموزش صلح (پراتزمن ۷ و همکاران، ۱۹۸۸) و ارتقای اعتماد به نفس (تکید ۸، ۱۹۹۰ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۱۲) مطالعاتی در زمینه آموزش مهارت های زندگی در مقاطع راهنمایی و متوسطه انجام شد، که نتایج تمامی آن ها حاکی از کاهش میزان مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، افزایش نگرش منفی نسبت به سوء مصرف مواد و افزایش عزت نفس در مهارت های اجتماعی بوده است. (پنتر ۹ و همکاران، ۱۹۸۸؛ انیسکوچ ۱۰ و همکاران، ۱۹۹۰؛ کروتز ۱۱ و همکاران، ۱۹۹۱؛ ایگرت ۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ باکر ۲ و همکاران، ۱۹۹۵؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۸۸). علاوه بر این، برنامه آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری از خودکشی، خشونت و رفتارهای منفی و کاهش افت تحصیلی نیز مورد استفاده قرار گرفته که نتایج حاکی از کاهش میزان اقدام به خودکشی، خشونت و رفتارهای منفی و افت تحصیلی بوده است (الیاس و همکاران، ۱۹۹۱؛ گینر ۳ و همکاران، ۱۹۹۳؛ لافروم بواز ۴، ۱۹۹۴؛ ایگرت و همکاران، ۱۹۹۴؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ پنتر و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از خاکپور، ۱۳۸۰).

۱۳) یکی از اهداف اصلی برنامه مهارت های زندگی، ارتقاء بهداشت روانی کودکان و نوجوانان است. مطالعات بسیاری در مورد تأثیر برنامه آموزش مهارت های زندگی بر ابعاد مختلف سلامت روان انجام گرفته و نتایج نشان داده است که آموزش این مهارت ها سبب افزایش عزت نفس، بهبود مهارت های اجتماعی و ارتباطات بین فردی، افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی و سازگاری اجتماعی، افزایش رضایت سیستم خانوادگی و سازگاری با خانواده، افزایش مهارت حل مسائل شخصی و بین فردی و افزایش مهارت های مقابله ای شده است. (شور ۵،

۱۹۸۲؛ بوتوین، ۱۹۸۲؛ پارت، ۶، ۱۹۸۵؛ کروتر، ۱۹۹۱؛ الیاس و همکاران، ۱۹۹۱؛ لارسون، ۷، ۱۹۹۲؛ گیلبرت، ۸، ۱۹۹۶ به نقل از خاکپور، ۱۳۸۰).

۱۴) برنامه های پیشگیری مبتنی بر آموزش مهارت های زندگی، بر اساس مطالعات انجام شده بسیار مؤثرتر از گرایش های سنتی است. مثلاً «پری ۹ و کلدز ۱۰» (۱۹۹۲) دریافتند که گرایش های جامع در پیشگیری از سوء مصرف مواد (شامل آموزش مهارت های زندگی برای ارتقای تواناییهای اجتماعی) در به تعویق انداختن شروع مصرف الکل و ماری جوانا بسیار مؤثرتر از گرایش های مبتنی بر ارائه دانش و اطلاعات و گرایش های مبتنی بر رهبری همسالان بوده اند. همچنین «گلین» ۱۱ (۱۹۸۹) در مروی بر گرایش های مؤثر در پیشگیری از مصرف سیگار به این نتیجه رسید که آموزش مهارت ها، جزء ضروری برنامه های موفق و مؤثر است (به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹، ۱۵). پژوهش کنترل شده وسیعی درباره پیشگیری از سوء مصرف مواد بر روی جمعیت ۶۷۸ نفری از دانش آموزان کلاس پنجم صورت گرفت. مقایسه پیش آزمون و پس آزمون نشان داد که مهارت های مقابله گروه آزمایشی در مقابل افراد گروه کنترل، افزایش چشمگیری یافت. (انیسکوچ - وایسونگ، ۱، ۱۹۹۰ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۱۶) متیک ۲ و همکاران (۱۹۸۷) بر اساس پژوهشی بر روی ۱۶۸۴ دانش آموز گزارش دادند که سوء مصرف دارو با استرس ارتباط دارد. پژوهش دیگری د رمورد عوامل زمینه ساز مصرف سیگار بر روی ۸۱۰ دانش آموز نشان داد که همرنگی با جماعت ۳ و فشار ناشی از همسالان از عوامل میانجی اساسی است که رابطه استرس و پاسخ های مقابله ای ناسازگارانه را تحت تأثیر قرار می دهد (کاسترو ۴ و همکاران، ۱۹۸۷). ماگودی ۵ و ناستازی ۶ (۱۹۸۸) دریافتند اعتیاد به مواد مخدر در مراحل ابتدایی، با ناتوانی در برقراری ارتباط با والدین و همسالان رابطه دارد (به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۱۷) کاپلان و همکاران (۱۹۹۲)، آموزش هایی را در زمینه های اختصاصی و پیشگیری از مصرف مواد الکلی ارائه دادند. نتایج نشان داد که آموزش ها در پیشگیری از مصرف مواد مؤثر است و تمایل به استفاده از مواد الکلی را کاهش می دهد. همچنین یافته ها، به اثرات مثبت این آموزش بر مهارت دانش آموزان در حل مشکلات بین فردی و مقابله با اضطراب دلالت دارند. به دنبال چنین آموزش هایی، شرکت کنندگان قادر می شوند تا

تعارض های خود را با همسالان به نحو سازنده ای حل نمایند و محبوبیت بین فردی بیشتری می یابند. این پژوهش مؤثر بودن آموزش مهارت های زندگی را در ارتقای سطح بهداشت روان و پیشگیری اولیه نیز نشان می دهد. یافته ها تأثیر آموزش مهارت های زندگی را در پیشگیری از خودکشی نشان داده اند. (منابع موجود در دفتر بهداشت و تغذیه وزارت آموزش و پرورش).

۱۸) پژوهش ها حاکی از آنند که عزت نفس ضعیف با موارد زیر ارتباط دارد: سوء مصرف الکل و دارو (کامفرو و ترنر، ۱۹۹۰؛ سینگ ۳ و مصطفی ۴، ۱۹۹۴)؛ بزهکاری (دوکز ۵ و لورچ ۶، ۱۹۸۹)؛ بی بند و باری جنسی (کدی ۷، ۱۹۹۲؛ پلات نیک ۸، ۱۹۹۲)؛ افکار مربوط به خودکشی (چوکت ۹ و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۱۹) پژوهش در زمینه سوء مصرف مواد نشان داده است که سه عامل مهم با سوء مصرف مواد رابطه دارند که عبارتند از: عزت نفس ضعیف، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان مهارت های ارتباطی (مک دانالد ۱۰ و همکاران، ۱۹۹۱، به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۲۰) برنامه آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری از خودکشی، خشونت و رفتارهای منفی و افت تحصیلی نیز مورد استفاده قرار گرفته که نتایج حاکی از کاهش میزان اقدام به خودکشی، خشونت و رفتارهای منفی و کاهش افت تحصیلی بوده است. (الیاس و همکاران، ۱۹۹۱؛ گینر و همکاران، ۱۹۹۳؛ ایگرت و همکاران، ۱۹۹۴؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ پنتر و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۲۱) پژوهش ارکارت ۱۱ و همکاران (۱۹۹۱) که به صورت پژوهش تجربی و کنترل شده اجرا شد، ۲۵۳۰ دانش آموز در گروه کنترل و ۲۵۳۰ دانش آموز در گروه آزمایشی را مورد بررسی قرار داد. گروه آزمایشی در مورد مهارت های ارتباطی، تصمیم گیری و مراحل حل مسأله آموزش داده شدند. نتایج نشان داد که در گروه آزمایشی، مصرف سیگار، الکل و سایر مواد مخدر کاهش چشمگیری یافت. چنین برنامه ای در فنلاند، بر روی ۴۵۲۳ دانش آموز اجرا شد و نتایج مشابهی به دست داد. (واریتاینن ۱ و همکاران، ۱۹۸۶)، (منابع موجود در دفتر بهداشت و تغذیه وزارت آموزش و پرورش).

(۲۲) آموزش مهارت های زندگی در پیشگیری از خشونت و بزهکاری نیز کارایی داشته است. در یک برنامه پیشگیری از خشونت، به ۱۳۵ دانش آموز مهارت حل مسأله آموزش داده شد. نتایج نشان داد که افراد شرکت کننده در برنامه، در مقایسه با گروه کنترل با مشکلات اجتماعی کمتری روبرو بوده و کمتر به راه حل های خشونت آمیز متوسل شده اند و عواقب منفی بیشتری برای خشونت مطرح کرده اند. (گی نر و همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

(۲۳) یک مطالعه طولی ۶ ساله، در مورد پیامدهای برنامه پیشگیری اولیه و آموزش مهارت های زندگی نشان داد که به دنبال آموزش، رفتارهای مناسب اجتماعی افزایش و رفتارهای منفی و خودتخریبی کاهش می یابد (الیاس و همکاران، ۱۹۹۱ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

(۲۴) در یک برنامه ترویجی بهداشت روانی مبتنی بر رشد مهارت های زندگی، که بر روی افراد سنین ۵ تا ۱۵ ساله در "اونتاریو" انجام شد، نتایجی از قبیل پیشرفت و بهبود عملکرد تحصیلی مناسب، بهبود عزت نفس و غلبه بر رفتار ضد اجتماعی حاصل گردید. (بریتون ۲، ۱۹۹۹، به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).

(۲۵) برخی از ارزیابی ها ثابت کرده اند که شرکت در کلاس های آموزش مهارت های زندگی، موجب ایجاد عزت نفس می شود. بر طبق یک تئوری، عزت نفس انگیزش را تقویت می کند، انعطاف پذیری در مقابل تغییرات را افزایش می دهد و نگرش های مثبت در جهت پیشرفت احساس خودکفایی را تقویت می کند. در یک تحقیق، نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی به زنان منجر به افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی و احساس کفایت می شود. این امر نشان دهنده اهمیت این برنامه است. (ویچروسکی ۳، ۲۰۰۰ به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).

(۲۶) «هامبورگ» ۱ به نقل از «موت» ۲ و همکاران (۱۹۹۹) اشاره کرد که برنامه های آموزش مهارت های زندگی موفقیت آمیز، دارای اهمیت زیادی هستند و آموزش مهارت های اجتماعی که زیرمجموعه ای از آموزش مهارت های زندگی هستند، در موارد ذیل تأثیر مثبت دارند:

(۱) رفتارهای اجتماعی مثبت در مدارس (تعامل اجتماعی مثبت بین همسالان)

(۲) افزایش حمایت همسالان

(۳) افزایش توانایی حل مسأله

(۴) خودآگاهی

(۵) کاهش خشم، اضطراب، افسردگی، کمرویی، رفتارهای بزهکارانه و افزایش عزت نفس

(۶) ایجاد منبع کنترل درونی

(۷) مقبولیت اجتماعی

(۸) مقابله با بحران

(۹) رویارویی اجتماعی

(۱۰) افزایش جرأت ورزی

(۱۱) خودپنداره مثبت

(۱۲) مهارت های کلامی و غیرکلامی اجتماعی مثبت و مناسب (آقاجانی، ۱۳۸۱).

(۲۷) زمینه تحقیقات در آموزش مهارت های اجتماعی بر اساس رویکرد رفتارگرایی می باشد. تحقیقات مختلف نشان دادند که بین رفتار پرخاشگرانه و مهارت های اجتماعی ضعیف و پیشرفت تحصیلی زیر متوسط، ارتباط وجود دارد. به علاوه نقص های مهارت های اجتماعی در کودکان، پیش بینی کننده قوی در مورد مشکلات سلامت روانی در آینده از قبیل بزهکاری، رفتارهای ضداجتماعی و خشونت آمیز، سوء مصرف مواد مخدر و الکل و افت تحصیلی هستند. آموزش مهارت های اجتماعی موجب پیشرفت تحصیلی، تعامل مناسب با همسالان و بهبود عزت نفس می شود و همچنین توانایی آنها را در روابط مسالمت آمیز با افراد معنادار در زندگی (والدین، معلمین و اعضای دیگر خانواده) بهبود می بخشد. «بینرت ۱ و اشنایدر۲» (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش مهارت های اجتماعی در افزایش ادراک خود اجتماعی و کاهش رفتارهای منفی نسبت به همسالان مؤثر بوده است. «کونت» ۳ و همکاران (۱۹۹۵) دریافتند که آموزش مهارت های اجتماعی موجب بهبود توانایی و کیفیت راهبردهای حل مسأله در گروه آزمایشی می شود. «دنفباخر» ۴ و همکاران (۱۹۹۶) مشاهده کردند که با مداخلات برنامه آموزشی مهارت های اجتماعی، تأثیر مثبتی در کاهش خشم و تظاهرات منفی خشم، ایجاد آرامش و کنترل هیجانات به وجود آمده است. «موت» و همکاران (۱۹۹۵) تأثیر آموزش

مهارت های اجتماعی را بر افزایش رفتارهای مناسب و کاهش رفتارهای نامناسب شرح دادند. اکثر تحقیقات در این زمینه نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش مهارت های اجتماعی هستند (آقاجانی، ۱۳۸۱).

۲۸) در برنامه ارتقای توانایی های اجتماعی ییل - نیوهون ۵ مهارت های اساسی زندگی از جمله مقابله با استرس، حل مسأله، تصمیم گیری و مهارت های ارتباطی آموزش داده شد. نتایج حاکی از پیشرفت چشمگیر دانش آموزان گروه آزمایشی بود. توانایی برنامه ریزی و انتخاب راه حل های مناسب برای زندگی، ارتباط با همسالان، کنترل خود و اجتماعی شدن آنان به طور معنی داری افزایش یافت. مطالعات بعدی نشان داد که این برنامه در زمینه های اختصاصی و پیشگیری از مصرف دارو نیز مؤثر است و تمایل به استفاده از مصرف مواد الکلی را کاهش می دهد. همچنین یافته ها، به اثر مثبت این نوع آموزش، بر مهارت دانش آموزان در حل مشکلات بین فردی و مقابله با اضطراب دلالت دارند. به دنبال چنین آموزش هایی، شرکت کنندگان قادر می شوند تا تعارض های خود را با همسالان به نحو سازنده ای حل نمایند. میزان کنترل تکانه در آن ها افزایش یافته و محبوبیت بین فردی بیشتری می یابند (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۲۹) لافروم بواز (۱۹۹۴)، در پژوهشی مؤثر بودن آموزش مهارت های زندگی را در ارتقاء سطح بهداشت روان و پیشگیری اولیه نشان داد. یافته ها تأثیر آموزش مهارت های زندگی را در پیشگیری از خودکشی نشان داده اند. در برنامه آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری از خودکشی، مهارت های ارتباطی، مقابله با استرس و عصبانیت و تعیین هدف آموزش داده شد. نتایج نشان داد این برنامه در کاهش خودکشی مؤثر است (نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۳۰) نتایج پژوهشی نشان داد که پس از آموزش مهارت های حل مسأله به گروه آزمایشی، اکتساب این مهارت نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. (تلادو و همکاران، ۱۹۸۴؛ کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲). همچنین پس از آموزش مقابله با اضطراب (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲) و آموزش های مهارت های ارتباطی (پیک دویس ۱ و همکاران، ۱۹۹۰) چنین نتایجی بدست آمد. همچنین شور ۲ (۱۹۹۱)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مهارت حل مسائل بین فردی، با روابط اجتماعی مثبت با همسالان، امیدواری و همدلی رابطه مثبت دارد (نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۳۱) تحقیقات متعدد انجام شده بیانگر تأثیر بسیار زیاد آموزش مهارت های زندگی در جلوگیری از بروز ناهنجاریهای رفتاری بوده است. در یک تحقیق مشخص شد که توسعه مهارت های زندگی در پیشگیری از خودکشی مؤثر است (ترزا، ۱۹۹۵، به نقل از اسماعیلی، ۱۳۸۰).

۳۲) آموزش مهارت های زندگی همچنین بر کودکان با توانایی های یادگیری مؤثر است (کیم، ۱۹۹۴). علاوه بر این آموزش مهارت های زندگی از قبیل نگهداری منزل و شمارش پول در ایمنی و سلامت و اعتماد به نفس کودکان خردسال مؤثر است (مالون، ۱۹۹۴، به نقل از اسماعیلی، ۱۳۸۰).

۳۳) هالین ۱ (۱۹۹۴) نیز مهارت های مخصوص زندگی را بر زندگی اجتماعی مؤثر ارزیابی کرد. (آقاجانی، ۱۳۸۱).

۳۴) رویکرد مهارت های زندگی بر افزایش عزت نفس، توانایی تصمیم گیری و مقاومت در برابر فشار همسالان جهت مصرف مواد در مدارس تأثیر دارد و برنامه مؤثری است که پیامدهای مهمی در سلامتی کودکان و نوجوانان دارد. طرح تحقیقاتی «چارلی» ۲ نمونه ای از برنامه آموزش مهارت های زندگی پیرامون مصرف مواد برای دانش آموزان مقطع ابتدایی می باشد که در ایالات متحده آمریکا اجرا شده است. یک ارزیابی که اخیراً از طرح این مرکز بدست آمده، این است که برنامه های آموزش پیشگیری از مصرف مواد در مدارس ابتدایی می تواند اثر پیشگیری اساسی در سوء مصرف مواد در آینده داشته باشد و مصونیت ایجاد کند. (بارلو ۳ و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).

۳۵) در مطالعات مربوط به برنامه پیشگیرانه آموزش مهارت های زندگی این نتیجه حاصل شده است که استفاده از مواد مخدر بین دانش آموزانی که در این برنامه آموزشی شرکت کردند، حداقل نصف میزان مصرف دانش آموزانی بوده است که در این برنامه شرکت نداشتند (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).

۳۶) پژوهش های مختلفی که پس از اجرای برنامه های آموزش مهارت های زندگی در مدارس صورت گرفت، پیشرفت های معناداری را در ابعاد مختلف سلامت روان بدست می دهد. مثلاً تصور از خود (کروتر و همکاران، ۱۹۹۱)؛ عزت نفس (ایننت ۴ و همکاران، ۱۹۹۴)؛ خودکارآمدی (الیاس و همکاران، ۱۹۹۱)؛ ناسازگاری اجتماعی و



هیجانی (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲) و کاهش معنادار اضطراب اجتماعی (بوتوین و اینگ، ۱۹۸۲ به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹).

۳۷) تحقیقات نشان داده است که نوجوانانی که مهارت رد کردن (قاطعیت در نه گفتن) بالاتری دارند، آسیب پذیری کمتری در مقابل فشار همسالان دارند. بنابراین، آسیب پذیری در برابر فشار همسالان زمانی پایین تر است که توانایی و مهارت رد کردن یا قاطعیت بیشتر، منبع کنترل درونی تر و آگاهی بیشتر در مورد سوء مصرف مواد مخدر داشته باشند. زمانی که منبع کنترل درونی باشد، عزت نفس هم بالاتر خواهد بود. برنامه های آموزش مهارت رد کردن و مقاومت در برابر نفوذ و فشار همسالان بین دانش آموزان نوجوان موجب کاهش آسیب پذیری نسبت به فشار همسالان، افزایش و حفظ منبع کنترل سلامتی درونی و عزت نفس آنان می شود و در نتیجه تأثیر مثبتی دارند (شاپ ۱ و کوپلند ۲، ۱۹۹۳ به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).

۳۸) حل مسأله یک مهارت مقابله ای عملی (کاربردی) است که از لحاظ روان شناختی هم مؤثر و مفید است. این مهارت موجب افزایش اعتماد به نفس و احساس شایستگی و کفایت می شود. بنابراین مهارت های مؤثر حل مسأله با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارند که پژوهشگران متعدد به این امر اشاره داشته اند (هپنر ۳ و هیلبراند ۴، ۱۹۹۱ به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).



## فصل سوم

### روش پژوهش

www.markazdanesh.ir

در این فصل ابتدا به توصیف جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری می پردازیم سپس ابزارهای جمع آوری اطلاعات و داده ها ارائه می شوند و در آخر به طرح تحقیق، نحوه اجرا و روشهای تجزیه و تحلیل داده ها اشاره می شود.

روش پژوهش



این پژوهش از نوع رابطه ( همبستگی ) می باشد. در پژوهش ، پژوهشگر دسته ای از اطلاعات مربوط به سبک فرزند پروری والدین و سلامت عمومی فرزندان را در اختیار دارد ، این روش برای بررسی رابطه بین سبک فرزند پروری والدین و سلامت روانی فرزندان می باشد .

## جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش والدین و فرزندان آنها در شهرستان دزفول می باشند .

## نمونه آماری و روش نمونه گیری

نمونه این تحقیق مشتمل بر 100 نفر از والدین به همراه فرزندان در شهرستان دزفول است . که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری تصادفی استفاده گردید.

## روش جمع آوری اطلاعات

ابزار اندازه گیری و انجام پژوهش پرسشنامه است . پرسشنامه سلامت عمومی دارای 28 سؤال 4 گزینه ای شامل گزینه های (اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول، به مراتب بیشتر از حد معمول) می باشد. این پرسشنامه دارای 4 خرده مقیاس شامل: علائم جسمی ( سؤالات 1-7)، آزمون اضطراب و بی خوابی ( سؤالات 8-14)، اختلال کارکرد اجتماعی ( سؤالات 15-21) و آزمون افسردگی ( سؤالات 22-28).

در نهایت امر، افرادی که در نمره ی کمتری در این مقیاس کسب کنند از سلامت روان بهتری برخوردارند.

پرسشنامه سبک فرزند پروری دیانابارمیند (1972) دارای 30 سؤال 5 گزینه ای شامل گزینه های ((کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم ، مخالفم ، کاملاً مخالفم) می باشد. این پرسشنامه سه سبک فرزند پروری را در والدین می سنجد که عبارتند از: سبک فرزند پروری سهل گیرانه ( سؤالات 1-10)؛ سبک فرزند پروری مستبدانه ( سؤالات 11-20) و سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش ( سؤالات 21-30).

پس از کسب مجوزهای لازم و مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولین ، طبق برنامه ریزی قبلی، پژوهشگر به اعضای نمونه به صورت حضوری مراجعه کرده و پس از برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی ها راجع به پرسشنامه ها و دلایل انتخاب آنها در نمونه ، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر راجع نحوه تکمیل پرسشنامه ها ارائه گردیده و آزمودنی ها اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نموده اند. از آزمودنی ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه ها با ابهامی مواجه شده از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد. در خاتمه از همکاری آنان تقدیر و تشکر به عمل آمد.

### تعیین پایایی و اعتبار سلامت روان

بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (فرم 28 سوالی) بود. برای این منظور در یک مطالعه 75 نفر از دانشجویان برای بررسی اعتبار پرسشنامه در مطالعه ای دیگر 92 نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز جهت بررسی روایی آن شرکت نمودند. اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرائب اعتبار 0.70، 0.93 و 0.90 حاصل گردید. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش همزمان، همبستگی خرده آزمونه های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (G.H.Q) انجام گردید که ضریب همبستگی 0.55 حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمونه های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین 0.72 تا 0.87 متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از 50 درصد واریانس کل آزمون را تبیین می نمودند. بنابراین، بر اساس نتایج این تحقیق ، فرم 28 سوالی پرسشنامه سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهشهای روانشناختی و فعالیت های بالینی شناخته شد.

### تعیین اعتبار و پایایی فرزند پروری



در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ مقدار پرسشنامه فرزندپروری برابر 0/72 شده است و چون از مقدار 0/7 بیشتر است پس می‌توان ادامه تحقیق را با نمونه بیشتری از جامعه با نتایج لازم مطلوب دانست . (جدول 3-1 را ملاحظه نمائید).

جدول 3-1 : ضرایب پایایی پرسشنامه

ضرایب پایایی		شاخص آماری مقیاس
توصیف	آلفای کرونباخ	
0/48	0/72	فرزندپروری

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از روشهای آماری زیر استفاده شده است :

با استفاده از نرم افزار SPSS مراحل زیر انجام شد :

1- روشهای آمار توصیفی شامل جدول فراوانی ، درصد ، میانگین و انحراف معیار .

2- آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون می‌باشد .

جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از نرم افزار کامپیوتری «SPSS» استفاده شده

است. ضمناً برای کلیه فرضیه ها سطح معنی داری  $\alpha=0/05$  در نظر گرفته شده است.



## فصل چهارم

### تجزیه و تحلیل داده های آماری



هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سبک فرزند پروری والدین و سلامت عمومی فرزندان آنها در شهرستان می باشد که در این فصل با استفاده از روش های آماری مناسب، داده های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. یافته های پژوهش در دو قسمت زیر ارائه می شوند.

#### الف ( یافته های توصیفی

ب) یافته های مربوط به فرضیه اصلی پژوهش

ج) یافته های مربوط به فرضیه های فرعی پژوهش

#### الف ( یافته های توصیفی

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی های نمونه می باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر ارائه شده است.

جدول 4-1 : شاخص های مرکزی و پراکندگی سلامت عمومی

شاخص های توصیفی						مؤلفه های تحقیق
تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین میانگین	کمترین نمره	بیشترین نمره	



28	7	0/40	4/06	15/42	100	خرده مقیاس علائم جسمی
27	7	0/42	4/28	15/5	100	خرده مقیاس اضطراب
25	10	0/38	13/83	17/45	100	خرده مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی
29	7	0/48	4/86	13/18	100	خرده مقیاس افسردگی
100	38	1/16	11/658	61/56	100	نمره ی کل سلامت عمومی

همان طوری که در جدول 4-1 مشاهده می شود، میانگین علائم جسمی (0/40) می باشد که با توجه به اینکه میانگین بدست آمده کمتر از میانگین طیف پرسشنامه ( چون سؤالات از 1 تا 4 کدگذاری شده پس میانگین طیف برابر 2 است ) می باشد و اینکه شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه معکوس است( افراد دارای نمره ی کمتر از سلامت بالاتری برخوردارند؛ پس نشان از بالا بودن سلامت جسمی می باشد .

میانگین مقیاس اضطراب (0/42) می باشد که با توجه به اینکه میانگین بدست آمده کمتر از میانگین طیف پرسشنامه ( چون سؤالات از 1 تا 4 کدگذاری شده پس میانگین طیف برابر 2 است ) می باشد و اینکه شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه معکوس است( افراد دارای نمره ی کمتر از سلامت بالاتری برخوردارند؛ پس نشان از بالا بودن سلامت عمومی می باشد. پس نشان از بالا بودن سلامت می باشد .

میانگین مقیاس کارکرد اجتماعی(0/38) می باشد که با توجه به اینکه میانگین بدست آمده کمتر از میانگین طیف پرسشنامه ( چون سؤالات از 1 تا 4 کدگذاری شده پس میانگین طیف برابر 2 است ) می باشد و اینکه شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه معکوس است( افراد دارای نمره ی کمتر از سلامت بالاتری برخوردارند؛ پس نشان از بالا بودن سلامت عمومی می باشد. پس نشان از بالا بودن سلامت در کارکرد اجتماعی می باشد .

میانگین مقیاس افسردگی (0/48) می باشد که با توجه به اینکه میانگین بدست آمده کمتر از میانگین طیف پرسشنامه ( چون سؤالات از 1 تا 4 کدگذاری شده پس میانگین طیف برابر 2 است ) می باشد و اینکه شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه معکوس است( افراد دارای نمره ی کمتر از سلامت بالاتری برخوردارند؛ پس نشان از بالا بودن سلامت عمومی می باشد. پس نشان از بالا بودن سلامت می باشد .



و در نهایت میانگین نمره ی کل سلامت عمومی (1/16) می باشد که با توجه به اینکه میانگین بدست آمده کمتر از میانگین طیف پرسشنامه ( چون سؤالات از 1 تا 4 کدگذاری شده پس میانگین طیف برابر 2 است ) می باشد و اینکه شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه معکوس است ( افراد دارای نمره ی کمتر از سلامت بالاتری برخوردارند؛ پس نشان از بالا بودن سلامت عمومی کلی می باشد.

جدول 4-2 : شاخص های مرکزی و پراکندگی سبک فرزندپروری

شاخص های توصیفی						مؤلفه های تحقیق
تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	کمترین نمره	بیشترین نمره	
100	34/37	5/54	0/55	14	46	سبک سهل گیرانه
100	35/31	5/44	0/44	14	22	سبک مستبدانه
100	40/17	4/45	0/44	14	58	سبک اطمینان بخش

با توجه به جدول 4-2 سبک فرزند پروری اطمینان بخش با میانگین ( 40/17 ) بیشترین محبوبیت را نسبت به سبک سهل گیرانه و مستبدانه بین والدین دارد.

#### ب ) یافته های مربوط به فرضیه های اصلی و فرعی پژوهش

یافته های استنباطی مربوط به فرضیه های این پژوهش شامل آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون می باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر با سطح خطای 0/05 ارائه شده است.

فرضیه اصلی پژوهش :



بین سبک فرزند پروری مستبدانه و سلامت عمومی به طور کلی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد.

جدول 4-3: همبستگی پیرسون بین سبک فرزند پروری مستبدانه و نمره ی کل سلامت عمومی

سلامت عمومی به طور کلی					متغیر وابسته
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
$H_0$ رد	100	0/05	0/049	-0/11	سبک فرزند پروری مستبدانه

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود ، مقدار آزمون همبستگی پیرسون (  $r = -0/11$  ) بین سبک فرزند پروری مستبدانه و سلامت روان در سطح خطای 0/05 معنادار می باشد لذا فرض صفر رد می شود. آزمون معنادار می شود و چون این مقدار منفی است وجود رابطه معکوس را می پذیریم. یعنی نتیجه می گیریم که سبک فرزند پروری مستبدانه با عدم سلامت عمومی رابطه دارد. پس فرضیه اصلی پژوهش (بین سبک فرزند پروری مستبدانه و سلامت عمومی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد). تأیید می شود .

فرضیه ی فرعی اول پژوهش :

بین سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال اضطراب رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول 4-4: همبستگی پیرسون بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال اضطراب

مقیاس اختلال اضطراب					متغیر وابسته
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
$H_0$ رد	100	0/05	0/049	0/49	سبک مستبدانه



همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود ، مقدار آزمون همبستگی پیرسون (  $r = 0/49$  ) بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال در سطح خطای  $0/05$  معنادار می باشد لذا فرض صفر رد می شود. آزمون معنادار می شود و چون این مقدار مثبت است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم. یعنی نتیجه می گیریم که با افزایش نمره ی فرد در سبک مستبدانه؛ اختلال اضطراب را به همراه دارد. پس فرضیه ی فرعی اول پژوهش (بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال اضطراب رابطه ی مثبت وجود دارد). تأیید می شود .

فرضیه ی فرعی دوم پژوهش : بین سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول 4-5 : همبستگی پیرسون بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال کارکرد اجتماعی

مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی					متغیر وابسته
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
رد $H_0$	100	0/05	0/047	0/11	سبک مستبدانه

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود ، مقدار آزمون همبستگی پیرسون (  $r = 0/11$  ) بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال در سطح خطای  $0/05$  معنادار می باشد لذا فرض صفر رد می شود. آزمون معنادار می شود و چون این مقدار مثبت است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم. یعنی نتیجه می گیریم که با افزایش نمره ی فرد در سبک مستبدانه؛ اختلال در کارکرد اجتماعی را افزایش می یابد. پس فرضیه ی فرعی دوم پژوهش (بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال کارکرد اجتماعی رابطه ی مثبت وجود دارد). تأیید می شود .



فرضیه ی فرعی سوم پژوهش :

بین سبک فرزند پروری مستبدانه و مقیاس اختلال افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول 4-6 : همبستگی پیرسون بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال افسردگی

مقیاس اختلال افسردگی					متغیر وابسته
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
رد $H_0$	100	0/05	0/047	0/11	سبک مستبدانه

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود ، مقدار آزمون همبستگی پیرسون (  $r = 0/11$  ) بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال در سطح خطای 0/05 معنادار می باشد لذا فرض صفر رد می شود. آزمون معنادار می شود و چون این مقدار مثبت است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم. یعنی نتیجه می گیریم که با افزایش نمره ی فرد در سبک مستبدانه؛ اختلال افسردگی افزایش می یابد. پس فرضیه ی فرعی سوم پژوهش (بین سبک فرزند پروری مستبدانه و اختلال افسردگی رابطه ی مثبت وجود دارد). تأیید می شود.

فرضیه ی فرعی چهارم پژوهش :

بین سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش و نمره ی کل سلامت عمومی رابطه ی مثبت معنادار وجود دارد.

جدول 4-7 : همبستگی پیرسون بین سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش و سلامت عمومی

نمره ی کل سلامت عمومی					متغیر وابسته
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
رد $H_0$	100	0/05	0/049	0/14	سبک قاطع و اطمینان بخش



همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود ، مقدار آزمون همبستگی پیرسون (  $r = 0/14$  ) بین سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش و سلامت عمومی در سطح خطای 0/05 معنادار می باشد لذا فرض صفر رد می شود. آزمون معنادار می شود و چون این مقدار مثبت است وجود رابطه مستقیمی را می پذیریم. یعنی نتیجه می گیریم که با افزایش نمره ی فرد در سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش؛ سلامت عمومی افزایش می یابد.

پس فرضیه ی فرعی چهارم پژوهش (بین سبک فرزند پروری قاطع و اطمینان بخش و سلامت عمومی رابطه ی مثبت وجود دارد.) تأیید می شود .

فرضیه ی فرعی پنجم پژوهش :

بین سبک فرزند پروری سهل گیرانه و نمره ی کل سلامت عمومی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد.

جدول 4-8 : همبستگی پیرسون بین سبک فرزند پروری سهل گیرانه و سلامت عمومی

نمره ی کل سلامت عمومی					متغیر وابسته
					متغیر مستقل
نتیجه آزمون	تعداد	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی	
رد $H_0$	100	0/05	0/04	-0/08	سبک سهل گیرانه

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می شود ، مقدار آزمون همبستگی پیرسون (  $r = -0/08$  ) بین سبک فرزند پروری سهل گیرانه و سلامت عمومی در سطح خطای 0/05 معنادار می باشد لذا فرض صفر رد می شود. آزمون معنادار می شود و چون این مقدار منفی است وجود رابطه معکوسی را می پذیریم. یعنی نتیجه می گیریم که با افزایش نمره ی فرد در سبک سهل گیرانه ؛ سلامت عمومی فرزندان کاهش می یابد.



پس فرضیه ی فرعی پنجم پژوهش (بین سبک فرزند سهل گیرانه و سلامت عمومی رابطه ی منفی وجود دارد.) تأیید می شود .

www.markazdanesh.ir



## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری

### نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از این پژوهش این است که بین سبک فرزندپروری مستبدانه و سلامت عمومی به طور کلی رابطه ی منفی معنادار وجود دارد. یعنی نتیجه می گیریم که سبک فرزند پروری مستبدانه با عدم سلامت عمومی رابطه دارد. پس فرضیه اصلی پژوهش بین سبک فرزند پروری مستبدانه و سلامت عمومی رابطه ی منفی معنادار وجود داردو تأیید می شود . همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های لافروم بواز(۱۹۹۴)،(کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲)،(الیاس و همکاران، ۱۹۹۱؛ گینر و همکاران، ۱۹۹۳؛ ایگرت و همکاران، ۱۹۹۴؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ پنتر و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹)، شریفی (۱۳۷۲)، پاپیری (۱۳۷۶)، اسماعیلی (۱۳۸۰)،(آقاجانی، ۱۳۸۱)، خاکپور (۱۳۸۱)، طارمیان (۱۳۷۸) نیز همخوانی دارد .

شیوه هایی که والدین در تربیت فرزندان خود به کار می گیرند، نقش اساسی در تأمین سلامت روانی فرزندان آنها دارد. در سایه ارتباط سالم است که می توان نیازهای فرزندان را شناخت و نسبت به تأمین و ارضای آنها همت گماشت. همان گونه که اشاره شد، هر یک از این شیوه ها اثراتی بر رفتار کودکان دارند که در این میان اثرات مخرب و منفی شیوه های سهل گیرانه و مستبدانه بیشتر است. آنچه اهمیت دارد این است که طبق تحقیقات انجام گرفته، بهترین شیوه فرزند پروری، شیوه مقتدرانه است که والدین در عین گرم و صمیمی بودن با فرزند خود، کنترل کننده و مقتدر هستند. این شیوه به فرزندان کمک می کند تا با هنجارهای اجتماعی بهتر سازگار شوند و همچنین تاثیر کمی بر آزادی های فردی کودکان دارد. این کودکان با کفایت، واقع گرا، دارای اعتماد به نفس، فعال، خود نظم بخش و مسئول هستند.

### محدودیت های پژوهش

1. عدم همکاری کانون اصلاح و تربیت با دانشجویان دانشگاه، دوره ی کارشناسی.
2. کمبود زمان کافی برای انجام کار جامع تر.
3. نداشتن سواد و فهم کافی از سوی برخی آزمودنی ها برای پاسخگویی به سوالات.
4. عدم همکاری از آمودنیها مشکل دیگری بود که دراین تحقیق با آن مواجه بودیم.

### پیشنهادهات

1. کوشش در شناخت بهتر ریشه های مشکلات فرزند پروری و شناساندن آن به جامعه.
2. یافتن راهکارهایی جهت پیشگیری از بروز مشکلات فرزند پروری با سلامت روان و جلوگیری از آن.
3. ایجاد مشاغل مختلف در جامعه جهت از بین رفتن معضل مشکلات سلامت روان در جامعه کمک کند .
4. ایجاد مراکز تفریحی سالم در سطح شهر برای سرگرمی نوجوانان و جوانان.

### راهکارها

- در درجه نخست باید والدین را نسبت به شیوه های فرزند پروری و اثرات هر یک از آن ها بر فرزندان، آگاه کرد. این آگاه سازی از چند طریق امکان پذیر است:
- برگزاری کلاس های آموزش خانواده در مدارس توسط مشاوران.
  - برگزاری دوره های آموزشی برای والدین کودکان خردسال در مهد کودک ها.
  - لزوم ایجاد دوره های آموزشی در مراکز فرهنگی مانند فرهنگسراها، کانون های تربیتی آموزش و پرورش، کانون های فرهنگی مساجد و اماکن مذهبی.
  - برگزاری کارگاه های کوتاه مدت و فشرده یک روزه برای والدین.
  - برگزاری جلسات برای مراقبین فرزندان بی سرپرست در مراکز بهزیستی.



در درجه دوم باید مسئولین را، که در واقع والدین دوم فرزندان هستند، نسبت به وجود این شیوه‌ها و گستره

رفتارهایی که به دنبال دارند، آگاه کرد. این اطلاع‌رسانی به شیوه‌های زیر انجام می‌شود:

• برگزاری جلسات مشابه جلسات والدین برای جامعه هدف زیر، به منظور آشنایی با این روش‌ها و ضرورت

آموزش والدین و کسانی که با فرزندان در ارتباط هستند:

1- مسئولین آموزش و پرورش

2- مسئولین بهزیستی

3- مسئولین بهداشت روان در وزارت بهداشت

4- نمایندگان مجلس



## منابع فارسی

- 1- اکبری، بهمن (1388) رابطه پایبندی به دعاواضطراب باتوجه متغیرهای جمعیتشناختی دردانشجویان ازاداسلامی، واحدانزلی، نشریه روان شناسی و دین شماره 3 صفحه 145-155.
- 2- شنایدر و براون (1998). به نقل از سلیمی (1389). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره دانشگاه علامه.
- 3- شنایدر، شوری، جیونز و ویلکلاند (2002). به نقل از سلیمی (1389). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مشاوره بهداشت روان دانشگاه علامه.
- 4- انجمن روانپزشکی آمریکا (2000). ((راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی))، ترجمه نیکخو، محمدرضا وآوادیس یانس، هامایاک (1384). انتشارات سخن، تهران.
- 5- اسلامی نسب، علی، (1373). روانشناسی اعتماد به نفس چا پ اول - تهران - انتشارات مرداد.
- 6- احمدوند، محمد علی (1384). بهداشت روانی تهران دانشگاه پیا نور.
- 7- اسلامی (1389). مقاله سلامت روان وبلاگ تخصصی روان شناسی <http://www.rav-1388.blogfa.com>.
- 8- اصفهانی، محمد مهدی (1384). آئین تندرستی، قم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، ص 3-1.
- 9- اقایی، اصغر (1388). بررسی تاثیرواقعیت درمانی برافزایش سلامت روان ونرخ باروری زنان تخمک اهدایی، پایان نامه دکترای مشاوره، واحدخوراسگان اصفهان.
- 10- احمدی، فاطمه، یاسایی، مهشید (1387). مقایسه سلامت روان دانشجویان مجردومتاهل دانشگاه تربیت معلم ازدیدگاه نظریه پردازان مثبت گراپایگاه اطلاع رسانی SID، پژوهش درمسایل تعلیم وتربیت.
- 11- استراتن، فیلیپ، ترجمه فریامنش، مسعود (1386). گذری برمفهوم امیددراندیشه کانت، بلوخ ومارسل، مجله اطلاعات، حکمت ومعرفت، شماره 21



- 12- الیوت، ویتی، هریک و هافمن (2004). تاثیر امیدواری بر میزان سلامتی اشخاص تحت جراحی و میزان افسردگی، پایگاه مجلات تخصصی نور، مطالعات تربیتی و روانشناسی، تابستان (1388)، شماره 35.
- 13- انجمن جامعه شناسی ایران، مجموعه مقالات آسیب های اجتماعی ایران، انتشارات آگاه، چاپ دوم، بهار 1386.
- 14- آرون، ریمون. 1381 مراحل اساسی اندیشه در جامعه شناسی. باقر پرهام (مترجم). تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- 15- ابوالحسن تنهایی، حسین. 1374 درآمدی بر مکاتب و نظریه های جامعه شناسی. تهران: انتشارات مرنديز.
- 16- استنگل، اروین. 1347 خودکشی و قصد خودکشی. حمید صاحب جمع (مترجم). تهران: انتشارات اشرفی.
- 17- استونز، راب. 1383 متفکران بزرگ جامعه شناسی. مهرداد میردامادی (مترجم). تهران: انتشارات مرکز.
- 18- اسلامی نسب، بجنوردی. 1371 بحران خودکشی. تران: نشر فردوس.
- 19- اشنايدمن، ادوين. 1378 روانشناسی خودکشی: ذهن خودکشی گرا. مهرداد فیروزبخت (مترجم). تهران: انتشارات رسا.
- 20- امیدی ملایری، کاوه. 1382 "نگاهی به علل و عوامل خودکشی". فصل نامه ی علمی- کاربردی معاونت اجتماعی ناجا. پیش شماره ی اول. صص 101-88.
- 21- اسلامی تبار شهریار/ الهی منش محمدرضا، مائل اخلاقی و حقوقی در قتل ترحم آمیز، تهران، مجد، 1386.
- 22- آقایی نیا حسین، حقوق کیفری اختصاصی جرایم علیه اشخاص، تهران، میزان، 1385.
- 23- آسیب شناسی روانی، دکتر حسین آزاد؛ انتشارات بعثت 1374؛
- 24- اعزازی شهلا (1376). جامعه شناسی خانواده با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر. انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- 25- بهادری نژاد، نرگس (1375). بررسی رابطه سرسختی روانشناختی و روش های مقابله با استرس در دانشجویان سال اول روزانه دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه اصفهان.

- 26- بنی جمال واحدی ، شکوه السات ،احدی ، حسن(1370) بهداشت روانی وعقب ماندگی ذهنی،تهران:نشر نی.
- 27- براون، کوری، هاگستروم و ساندستد(1999). به نقل ازدکترسلیمی(1389). معرفی نظریه امید. فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مشاوره وبهداشت روان.
- 28- بویری، ایرج(1386). رابطه علی بین سلامت روان وامید، شوخ طبعی وخوش بینی دردبیران راهنمایی شهرستان ایزده، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تحقیقات خوزستان.
- 29- باتامور، تی. بی. ، ۲۵۳۵ جامعه شناسی. سید حسن منصور و سید حسن حسینی کلجاهی (مترجمان ) . تهران : انتشارات جامعه واقتصاد.
- 30- پور محمد (1380)، آسیب شناسی روانی، تهران، انتشارات بعثت.
- 31- پور محمد، زهرا، دهقانی، خدیجه ویاسینی اردکانی، سیدمجتبی(1380). بررسی میزان ناامیدی واضطراب درنوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور، مجله تحقیقات پزشکی شماره 5.
- 32- پروین لارنس ای (1374). روانشناسی شخصیت (نظریه و تحقیق) ترجمه : محمد جعفر جوادی و پروین کدیور، نشر رسا.
- 33- تایلر، استیو. ۱۳۷۶ جامعه شناسی خودکشی و علی موسی نژاد (مترجم) . تهران: انتشارات اصفهان .
- 34- توسلی، غلام عباس. ۱۳۷۴ نظریه های جامعه شناسی ۱ . تهران :انتشارات دانشگاه پیام نور.
- 35- نلسون، ریتا ویلکس و الن سی .ایزرائل. ۱۳۷۵ اختلال رفتاری کودکان. محمد تقی منشی طوسی ( مترجم ) . مشهد : انتشارات آستان قدس رضوی.
- 36- ثنائی باقر (1378). نقش « خانواده های اصلی» در ازدواج فرزندان. فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن مشاوره ایران، بهار و تابستان 1378، جلد 1، شماره 2.
- 37- جوانمرد، غلام حسین(1389). آسیب شناسی روانی 2، تهران:دانشگاه پیام نور.
- 38- جمیلی کهنه شهری، فاطمه. ۱۳۸۵ جزوه ی درس نظریه های جامعه شناسی . دانشگاه الزهراء.
- 39- جلالی تهرانی (1387) درس بهداشت روان دوره دکتری روان شناسی تربیتی.

- 40- چانگ (1998). کوری، مانیر، سون داک، ساندستدست (1999). به نقل از دکتر سلیمی (1389) معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره دانشگاه علامه.
- 41- خسروی، زهره. ۱۳۸۳. "بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رسانی به همسر در زنان شهر تهران". فصل نامه ی علمی- پژوهشی مطالعات زنان. سال دوم. شماره ی ۶، تهران. صص ۲۹۳-۲۷۵.
- 43- حسینی، سیدابوالقاسم (1377). اصول بهداشت روانی، جلد چهارم، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، ص 40.
- 44- حسینی، سیده مونس (1385). رابطه امید به زندگی و سرسختی روان شناختی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات خوزستان.
- 45- حمید حق گو، پرویز. ۱۳۵۲. پایان نامه: خودکشی. دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی، مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران. ۱۳۵۲-۱۳۴۷.
- 46- داودی، محمدرضا (1383). امید و نقش تربیتی آن در زندگی انسان، مجله معرفت، شماره 81، صفحه 45 تا 51.
- 47- دایر، (2000) آسیب شناسی روانی، نیک بخت، مهدی (1388)، جلد اول، نشر ویرایش.
- 48- در تاج، فریبرز (1386). بررسی نقش عوامل درون سازمانی و درون فردی بروضعیت سلامت روانی مدیران و کارکنان بنیاد شهید و امور ایثارگران، پایگاه اطلاع رسانی SiD، روان شناسی تربیتی: 3(10) 104-129.
- 49- دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه دکتر مهدی دهستانی (1386). آسیب شناسی روانی 2، جلد اول، تهران، نشر ویرایش.
- 50- داوری، محمد. سلیمی، علی، جامعه شناسی کجروی پژوهشکده حوزه و دانشگاه، چاپ اول، ۱۳۸۰.
- 1- شهید مطهری، مرتضی، عدل الهی، انتشارات صدرا، چاپ یازدهم، 1376، ص 75 تلخیص شده.
- 51- دانش، تاج الزمان. ۱۳۷۹. مجرم کیست: جرم شناسی چیست. تهران: انتشارات کیهان.



- 52- دورکیم، امیل. ۱۳۵۹ تقسیم کار اجتماعی. حسن حبیبی (مترجم). تهران: انتشارات قلم.
- 53- دورکیم، امیل. ۱۳۷۸ خودکشی. نادر سالار زاده امیری (مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- 54- دهخدا، علی اکبر. ۱۳۴۷ لغت نامه. زیر نظر محمد معین. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 55- رحیمی، فرزانه (1389). رابطه معنای زندگی، امیدواری و رضایت از زندگی با سلامت روان در آموزشیاران نهضت سواد آموزی بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- 56- رضایی (1387). بهداشت روانی (1388). نظریه موری، سایت جامع مدیریت.
- 57- رضایی (1387). بهداشت روانی (1388). نظریه فروم، سایت جامع مدیریت.
- 58- رضایی (1387). بهداشت روانی (1388). نظریه جرج کلی، سایت جامع مدیریت.
- 59- رضایی (1387). بهداشت روانی (1388). نظریه اریکسون، سایت جامع مدیریت.
- 60- روزنهان، سیلگمن، (1384) آسیب شناسی روانی 2 (جلد دوم)، ترجمه سید محمدی، یحیی (1384). نشر ارسباران، تهران.
- 61- ری شهری، مهدی، مناظره در رابطه با مسائل ایدئولوژی، ص 85
- 62- رشید یاسمی، هوشنگ. ۱۳۴۵ پزشکی قانونی و طب کار. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 63- رفیع پور، فرامرز. ۱۳۷۸ آنومی یا آشفتگی اجتماعی. تهران: انتشارات سروش.
- 64- رئیس دانا، فریبز. ۱۳۸۰ بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- 65- روان شناسی مرضی؛ ساراسون؛ جلد اول؛ انتشارات رشد 1381؛
- 66- سازمان بهداشت عمومی امریکا (1983). تاثیر ازدواج بر سلامت روان، سایت روان شناسی حرف روز
- 67- سلیمی (1389). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره و بهداشت روان دانشگاه علامه.
- 68- ساراسون، ایروین جی. ساراسون باربارا آر. ((روان شناسی مرضی))، (جلد اول)، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی (1383). انتشارات رشد، تهران.



- 69- ستوده ،هدایت الله .۱۳۷۸ آسیب شناسی اجتماعی . تهران : آوای نور.
- 70- ستوده، هدایت الله، مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی، ص 164 و 163
- 71- سخاوت، جعفر. ۱۳۸۲. جامعه شناسی انحرافات اجتماعی. تهران :انتشارات دانشگاه پیام نور.
- 72- سلیمی ، علی و محمد داوری. ۱۳۸۰. بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران. تهران: انتشارات آوای نور.
- 73- سیف سوسن (1368). تئوری رشد خانواده، تهران، انتشارات دانشگاه الزهرا.
- 74- شولتز دوان (1977) روان شناسی کمال - ترجمه : گیتی خوشدل (1368) انتشارات نشر نور - تهران
- 75- شولتز دوان و شولتز، سیدنی آلن (1998). نظریه های شخصیت ترجمه سید محمدی (1385).
- 76- شهیدی، شهریار، حمیدیه، مصطفی (1381). اصول و مبانی بهداشت روانی ، تهران: سمت، ص 7.
- 77- شرف الدین زاده ، نرگس (1388). رابطه بین سلامت روانی با شیوه های رویارویی با استرس در دانشجویان دانشگاه اسلامی واحد دزفول، پایان نامه کارشناسی روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد اندیمشک .
- 78- شرفی ، محمدرضا (1380) . جوان و نیروی چهارم زندگی و (اراده خودساز شخصیت ) انتشارات سروش ، تهران .
- 79- شاملو (1382). آسیب شناسی روانی، تهران رشد.
- 80- شاملو، (1380)، روش های تحقیق در علوم رفتاری، (چاپ سوم)، تهران، انتشارات سخن.
- 81- شریفی، حسن پاشا؛ نجفی زند، جعفر (1382)، روش های آماری در علوم رفتاری، (چاپ دهم)، انتشارات سخن.
- 82- شهید دستغیب، گناهان کبیره، ج 1، چاپ ششم، ص 118.
- 83- شیخاوندی، داور. ۱۳۷۳. جامعه شناسی انحرافات ، آسیب شناسی جامعوی . تهران : انتشارات مرنديز.
- 84- شریعتمداری علی (1367). روانشناسی تربیتی. انتشارات امیر کبیر. تهران.
- 85- شیخاوندی داور، (1379). جامعه شناسی انحرافات و مسائل جامعوی. نشر مرنديز، چاپ چهارم.

- 86- عطاریان ، مریم (1389)، بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سرسختی روان شناختی دانش آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی (82-1381)، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه اصفهان.
- 87- عطاری(1375)، بهداشت روانی(1388)، نظریه البرت الیس،سایت جامع مدیریت.
- 88- عبدالعلی بیاتیان،لیلا(1390)،بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور دزفول،پایان نامه کارشناسی،رشته راهنمایی ومشاوره در گروه علوم تربیتی،دانشگاه پیام نور دزفول.
- 89- علیپور ، احمد (1390) . مقدمات روانشناسی سلامت ، تهران : دانشگاه پیام نور .
- 90- عسگری، پرویز، شرف الدین، هدا(1389)، رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری وحمايت اجتماعی با احساس بهزیستی اجتماعی در دانشجویان، واحد علوم وتحقیقات خوزستان.
- 91- علیرضایی، محمدجواد(1390) وبلاگ روان شناسی، امیدبه زندگی.
- 92- عدل الهی، شهیدمطهری، ص 74
- 93- فلاح زاده ؛ هادیان ، محمود (1382)، ارتباط سخت رویی، الگوی رفتاری تیپ A و رفتار مستعد بیماری های کرونری (تیپ 2)، مجله دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، سال 18، شماره 3.
- 94- فتحی آشتیانی، علی، باهمکاری محبوبه دادستانی(1388). آزمون های روان شناختی، ارزشیابی شخصیت وسلامت روان، موسسه انتشارات بعثت.
- 95- طباطبایی ، سید موسی . " تشخیص و پیشگیری از خودکشی جوانان " . ماهنامه ی اجتماعی ، فرهنگی، آموزشی اصلاح و تربیت. شماره ی 41، سال چهارم . مرداد ماه 1384، تهران : صص 27-30.
- 96- قربانی، نیما (1374)، سخت رویی، ساختار وجودی شخصیت، مجله پژوهش های روانشناختی، دوره 3، شماره 3و4.
- 97- قائمی، علی. 1364، آسیب ها وعوارض اجتماعی: ریشه یابی ، پیشگیری ، درمان . تهران: انتشارات امیری.
- 98- قسوری وهمکاران(1377)، کویر(1982)، مقایسه تفاوت های گروه های سنی از نظر میزان اضطراب به نقل از اکبری، بهمن(1388)، مجله روان شناسی ودین. سال دوم. شماره سوم.



- 99- کاکاوندی ملایری، علی (1388). وبلاگ روانشناسی، امیدواری تازه ترین حربه باافسردگی.
- 100- کاپلان و سادوک (1999). خلاصه روانپزشکی ترجمه پورافکاری (1376). تهران: نشر سهراب.
- 101- کاپلان (2003). خلاصه روانپزشکی، ترجمه پورافکاری، نصرت الله (1385) تهران، نشر سهراب.
- 102- کوری وهمکاران (1997). به نقل از سلیمی (1389). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره وبهداشت روان دانشگاه علامه.
- 103- کسلر (2006). اصطلاحات خودکشی، به نقل از گروه سلامت سیمرغ، گروه سلامت روان بزرگسالان.
- 104- کلانتر، جهانگیر (1377)، رابطه ساده و چندگانه سرسختی، تیپ شخصیتی الف و فشارهای روانی با بیماری‌های روانی دانش‌آموزان پسر سال سوم نظام جدید شهرستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- 105- کرمانی، فاطمه (1389). صداقت نیوز. [www.sedaghat news.com](http://www.sedaghat news.com).
- 106- کرمانی، زهرا، خداپناهی، محمد کریم، حیدری، محمود (88-1387). تعیین ویژگی های روان سنجی، مقیاس امیدآشنایدر، دانشگاه شهیدبهشتی، فصلنامه کاربردی، سال پنجم، شماره 3 (پیاپی 19).
- 107- کارکنان نصرآبادی، محمد. "خودکشی از دیدگاه جامعه شناسی". ماهنامه ی اجتماعی ، فرهنگی ، آموزشی اصلاح و تربیت. شماره ی ۱۷ . سال دوم . مرداد ۱۳۸۲ . صص ۳-۶.
- 108- کلدی ، علیرضا واردشیر گراوند. " بررسی خوکی در شهرستان کوهدشت". فصلنامه ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم . شماره ۶، زمستان ۱۳۸۱، تهران: صص ۲۷۵-۲۹۳.
- 109- کلمن ، جیمز سی. ۱۳۷۶ . روانشناس نابه هنجار و زندگی نوین . کیانوش هاشمیان (مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه الزهرا.
- 110- کوزر ، لوئیس. ۱۳۸۰ زندگی و اندیشه ی بزرگان جامعه شناسی. محسن ثلاثی (مترجم). تهران: انتشارات علمی.
- 111- کوهن، رابرت. ۱۳۷۷ تغییر نگرش و تأثیر اجتماعی . علیرضا کلدی (مترجم) . تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.



- 112- کوکرین ، ریموند . ۱۳۷۶ مبانی اجتماعی بیماری های روانی . فریده براتی سده و بهمن بخاریان (مترجمان). تهران : انتشارات رشد.
- 113- کیویستو، پیترو. ۱۳۸۰ اندیشه های بنیادی در جامعه شناسی . منوچهر صبور (مترجم). تهران : انتشارات نی.
- 114- کلاین برگ اتو (1372). روانشناسی اجتماعی. جلد دوم. ترجمه : علی محمد کاردان. تهران نشر اندیشه.
- 115- گیدنز، آنتونی. ۱۳۸۳ جامعه شناسی .منوچهر محسنی (مترجم). تهران : انتشارات نی.
- 116- گلدارد دیوید (1374). مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره، آموزش و کاربرد مهارتهای خرد در مشاوره فردی. ترجمه : سیمین حسینیان، تهران نشر دیدار.
- 117- گلدوزیان ایرج، حقوق جزای اختصاصی، تهران: دانشگاه تهران ،موسسه انتشارات و چاپ، 1383
- 118- لطافتی بريس ،امين (1388).نظريه پردازان سلامت روان ،76 فصلنامه تازه های روان درمانی سال شانزدهم شماره 55 و 56 .
- 119- لونسيون وهمكاران(1962).به نقل از ميلانی فر (1383)،بهداشت روانی،چاپ هشتم،تهران:انتشارات قومس.
- 120- ميلر (1986) به نقل از اسلامی نسب (1373) . روان شناسی اعتماد به نفس ،چاپ اول ، تهران ،انتشارات مرداد .
- 121- مازلو (1972) . بهداشت روانی (1388) ، به نقل از موسوی (1387) ، سایت جامع مدیریت .
- 122- موسوی(1387).بهداشت روانی(1388).نظريه مازلو سایت جامع مدیریت.
- 123- موسوی(1387).بهداشت روان(1389).نظريه ساليوان،سایت جامع مدیریت.
- 124- موسوی(1387).بهداشت روانی(1388).نظريه گوردون آلپورت،سایت جامع مدیریت.
- 125- میننجر،ترجمه ميلانی فر(1373).بهداشت روانی(1388).سليت جامع مدیریت
- 126- ميلانی فر ،بهروز(1374). روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی ،تهران : نشر قومس.

- 127- میلانی فر - بهروز (1382). بهداشت روانی ، چاپ هشتم - تهران : نشر قومی .
- 128- میلانی فر، بهروز (1383). بهداشت روانی، تهران انتشارات قومس.
- 129- میلانی فر، بهروز (1373). بهداشت روانی، تهران : نشر قومس.
- 130- مرکز بهداشت شهرستان شیراز (1387). به نقل از پایگاه اطلاع رسانی : جام جم و سازمان بهزیستی .
- 131- محسنی تبریزی، علیرضا . "ملاحظات در باب نظریه ی خودکشی دورکهایم". نامه ی علوم اجتماعی. شماره ی ۷، دوره ی جدید. ج ۳. زمستان ۱۳۷۳، تهران . صص ۱۴۹-۱۱۷.
- 132- محمد خانی، شهرام . ۱۳۸۱، پیشگیری از خودکشی جوانان و نوجوانان : راهنمایی عملی برای معلمان و مشاوران مدارس و متخصصان بهداشت روان . تهران: انتشارات طلوع دانش.
- 133- محمدی، زهرا . ۱۳۸۳، بررسی آسیب های اجتماعی زنان در دهه ی ۱۳۸۰ - ۱۳۷۰ . تهران: انتشارات شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- 134- مسکنی ، زهرا. مهر ۱۳۸۳. "نگاهی به خودکشی و علل آن در جامعه". ماهنامه ی اجتماعی ، فرهنگی ، آموزشی اصلاح و تربیت . سال سوم . شماره ی ۳۱ . تهران: ۲۳-۲۱.
- 135- منادی مرتضی (1378). آموزش و پرورش در آستانه قرن 21. سخنرانی در دومین همایش علم در آستانه قرن 21. توسط مرکز علمی فرهنگی دارالفنون توس، 30 و 31 اردیبهشت 1378، مشهد.
- 136- نیسن، جانس (1992). درآمدی بر اپیت نیولوژی. ترجمه: جانقربانی، محسن، کرمان: انتشارات خدمات فرهنگی کرمان (1373).
- 137- نادری ، محمدرضا و حسینی (1385)، راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی، جلد دوم، انتشارات سخن.
- 138- نشریه امنیت (وزارت کشور)؛ سال چهارم؛ شماره 15 و 16، مهر و آبان. 1379.
- 139- نیک گهر عبدالحسین (1369). مبانی جامعه شناسی. انتشارات رایزن.



- 140- هادی نژاد، تقی (1390). ارتباط بین میزان معنویت، افسردگی، امید به زندگی در بیمارستان سرطانی مردم مرکز تخصصی رادیوترابی انکولوژی امام رضا (ع) و بیمارستان امید شهر مشهد، کتابخانه دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشکده فردوسی مشهد.
- 141- هارنی (1990) به نقل از دکتر سلیمی (1389). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مشاوره و بهداشت روان دانشگاه علامه.
- 142- هورنای (1945). بهداشت روانی (1388). نظریه یونگ، سایت جامع مدیریت.
- 143- هولاب رابرت (1378). یورگن هابرماس، نقد در حوزه عمومی. ترجمه: حسین بشیریه. نشر نی.
- 144- واحد مرکزی خبر، سیمای جمهوری اسلامی ایران، 83/1/16.

#### منابع انگلیسی

-Ader, R. & Cohen, N. (1993). *Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. Annual Review of psychology*, 44, 53-85



- Brown, J.M., and Campbell, E.A. (1994). *stress and coping: sources and strategies*, Wiley, Chichester, England.
- Caar, David. E (2006). *Social Behavior and personality*, vol 25 pp. 285-286
- Dayer, sallva, jones, Linda. C. (2000). *Research in Nursing and Health*. Feb. Vol 14 pp p41-50.
- corsini. R. (1973). *current psychotherathes*. Peacock. pubilshers. Inc litasaca. Lllonnis.
- Diner, laurie. J. ph.D (2000). *Coaching for hardiness : a study of women clergy and stress resistance*. Adelphi university , the institute of advanced psychological studies .185. pages : AAt.
- Eshnider, Nima .ph.D (2001). *Occupational stress : the role of type a behavior pattern, neuroticism, and hardiness as moderators of the stress –strain relation ship*. Alliant International university, los Angeles , 92 pages : AAt 3205055.
- Heart week (1999). *stress : Hardiness does not help women cope with stress* . Atlanta : Jul 19. p.6.
- Kiyes.g (2003) . *they mental . health continu um : from languishing to sloupishing in life journal of health and social research* :43-207-222.
- Kemeny, ME, (2003). *An interdisciplinary research model to investigate Psychosocial cofactors in disease; Application to HIV -1 Immunity*, 17, 562-72.
- Lazarus, R.S. and folk man, s. (1984) *Transactional theory and research on emotions and coping* *European Journal of personality*, 1:141-70.
- pitchett T. bartone (2006). *Resilience under military operational stress: can leaders influence hardiness?*, *Military psychology*. Mahwah: vol. 18, Iss.3. suppljp. 5131.



- Rabinsoon, Richard Harvey ,ph.D (2005).Hardiness at worke : psychophysiological indicators of every day courage under stress . university of California, Irvine.236. page s :AAt319837
- Staats Ieklag , Graham Bradley (2000). The rol of hardiness in stress and illness: an exploration of the effet of negative affectivity and gender. British journal of health psychology. Leicester : May.vol . 9:p.137.
- Snyder,C.R.(2000). Hand book of hop.copy right by Academic press.
- Sadock,b.j.,sadok,v.A.(2003).synopsisofpsychiatry(9tn.ed)philadelphia:lippincott Williams&wilkins.
- Selye,H.(1956)the stress of life.NewYork:MCGRAW-Hill.shock in the rat,inF.R.Brush and J.B.OVermier(eds),Affect conditioning and cognition.
- Skinner.B.F(1973).beyond freedom and diqnity.pelific Grov.California.U.S.A.
- WallM.F.(2006).An analysis of hope as a psychollosieal strength submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of philosophy in the departmekt of psychology university of south Carolina.

#### منابع فرانسوی

- Ardoino, Jacques, (1994), *Le projet épistémologique initial de la psychologie sociale*, In : *Pratique de formation, Microsociologie, interactions et approche institutionnelle*. No : 28, octobre.
- Beaudichon, Janine, (1982), *La communication sociale chez l'enfant*. Paris, P.U.F.



- Berger Peter, et Luckman, Thomas, (1996), *La construction sociale de la réalité*, Meridien Klincksieck.
- Bourdieu, Pierre, (1989), *Le sens pratique*, Paris, Les éditions de Minuits.
- Castellan, Yvonne, (1986), *La famille*, Que sais-je? No 1995.
- Cicchelli -Pugeault, Catherine et Vincenzo Cicchelli, (1998), *Les théories sociologiques de la famille*. Paris, La Decouverte.
- Décoret, Bruno, (1998), *Familles*, Paris, Anthropos.
- Dodson, Fitzhugh, (1972), *Tout se joue avant six ans*. Paris. Robert Lafon.
- Dubar, Claude, (1999), *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.
- Farzad, Mehdi, et Jorge de la Barre, (1990), *L'interactionisme dans la salle de classe, jalons pour le travail de terrain en milieu scolaire*. In : *Pratique de formation*, No 20, décembre , pp.93 -104.
- Giffo -Levasseur, Anne-Marie, (1995), *Confrontation des familles et des institutions éducatives : une enquet dans une cité HLM*. In : *Ethnologie*.
- Hess, Rémi, et Gabriel, Weigand, (1994), *La relation pédagogique*. Paris, Armand Colin.
- Lapassade, Georges, (1990), *Culture des maîtres et culture des élèves*, In : *Pratique de formation*, no 20, décembre, pp.157 -161.
- Lapassade, Georges (1997), *L'entrée dans la vie, Essaie sur l'inachèvement de l'homme*. Paris, Anthropos.
- Laplantine, Francois, (2000), *La description Ethnographique*. Nathan, Université.
- Lautry, Jacques, (1984), *Classe sociale, milieu familiale, intelligence*. Paris, P.U.F.
- Lefebvre Henri (1976), *Le Marxisme*. P.U.F. Que sais-je? Paris.
- Lefebvre, Henri, (1989), *La somme et le reste*, Paris, Meridien Klincksiek.



- Mead, Georges, Herbert, (1963), *L'esprit, le soi, et la société*, P.U.F.
- Monadi, Morteza, (2000), *Les jeunes et les questions identitaires*. In : *Les cahiers de L'Orient. Revue d'étude et de reflexion sur le monde Arabe et Musulman*. Quatrième trimestre 2000, No 60.
- Piaget, Jean, (1981), *La psychologie de l'intelligence*, Paris Armond Colin.
- Ramuze, Michel, (1976), *Biologie et Education*, In : G.F.E.N., *L'échec scolaire, douée ou non douée*, Paris.
- Tap, Pierre, (1988), *La société pygmalion? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Paris, Dunod.
- Verquerre, R., Courdent S., Desenclos L., et Montury O., (1994), *Normes d'internalité et attitudes éducatives des parents, normes d'internalité des enfants*, In : Durning, Paul et Pourtois Jean -Pierre, *Education et famille, Pédagogie en développement*, Collection De Boeck



## منابع اینترنتی

پایگاه اطلاع رسانی S.I.D

<http://rozane.nourblog.com>

<http://m-alirezaee.blogfa.com>

<http://iranianboy.persianblog.ir>

<http://www.tebyan.net/>

<http://www.konjkav.com>

<http://raz89.blogfa.com>

<http://modiryat.com>



<http://psychologymatters.blogfa.com>

/ <http://www.aftabir.com> /

<http://www.aftabir.com>

<http://www.hamvatansalam.com/>

<http://www.aryanews.com/>

<http://hoghoogh.xp3.biz/pages/nazi>

<http://death-line.blogsky.com/>

<http://www.irbar.com/>

<http://psychology4u.blogfa.com>

<http://www.niksalehi.com/>

<http://peiam.blogfa.com>

<http://www.tebyan.net>

<http://law1.blogfa.com/>

<http://www.seemorgh.com/>

<http://uswr.ac.ir/>

<http://iranshiah.persianblog.ir/>

<http://psychology.harferooz.com/>

<http://amg.tabaar.com>

<http://www.dkoodak.com>

<http://psychology64.blogfa.com/>

<http://www.irandoc.ac.ir/>



www.markazdanesh.ir

## پیوست



www.markazdanesh.ir

### پرسشنامه شیوه فرزندپروری والدین

در زیر عباراتی در باره نحوه برخورد والدین با فرزندان شان آورده شده است . لطفا جملات زیر را به دقت بخوانید و با توجه به مقیاس زیر میزان موافقت خود را با کدام از آنها مشخص کنید. لطفا تا جایی که ممکن است هیچ موردی را بدون پاسخ نگذارید.

1= کاملاً مخالفم ... 2= مخالفم ... 3= تقریباً مخالفم ... 4= موافقم ... 5 = کاملاً موافقم

1. والدین باید به بچه های خود اجازه دهند تا هر آن چه را که می خواهند، انجام دهند.
2. بچه ها باید فقط از آن چه والدین شان می گویند ، پیروی کنند، در غیر اینصورت بادی آنها را تنبیه کرد.



3. اگر به مشکلات بچه ها توجه شود، این دردسر را به دنبال دارد که آنها گستاخ تر شده و انتظارات بیشتری از والدین خواهند داشت.
4. هرگاه والدین تصمیمی برای بچه ها بگیرند، باید دلایل آن را به آن ها بگویند.
5. اگر بچه ها نسبت به محدودیت های ایجاد شده در خانواده اعتراضی داشتند، والدین باید با صحبت کردن، آن ها را قانع کنند.
6. والدین نباید در کارهای مربوط به بچه ها دخالت کنند، چون بچه ها به طور ذاتی راه خودشان را پیدا می کنند.
7. اگر بچه ها کاملاً مطابق میل والدین خود رفتار کنند، در آینده افراد موفق خواهند شد.
8. بچه ها باید کاری را که والدین از آن ها انتظار دارند، انجام دهند. اما اگر انتظارات والدین غیر قابل قبول بود، باید بتوانند آن را آزادانه با والدین خود مطرح کنند.
9. وقتی والدین از بچه ها می خواهند تا کاری را انجام دهند، بچه ها باید بدون چون و چرا آن را انجام دهند.
10. والدین نباید بچه ها را در منزل محدود کنند، بلکه باید آن ها را آزاد بگذارند تا تمام لوازم اطراف خود را دستکاری کنند.
11. هرگاه بچه ها بر خلاف میل والدین رفتار کردند، والدین باید به جای تنبیه آنها را راهنمایی کنند.
12. والدین خیلی زود باید به بچه ها بفهمانند که رئیس خانواده کیست.
13. والدین باید در تصمیم گیری های مربوط به خانواده فقط آن چه را که خواست بچه ها است، انجام دهند.
14. اگر والدین رفتار و خواست های بچه ها را محدود نکنند، بیشتر مشکلات حل می شود.
15. والدین باید هنگام تصمیم گیری در مورد مسائل و برنامه های خانواده نظر بچه ها را دخالت دهند و از آنها نیز نظر خواهی کنند.
16. والدین باید هنگام باید با بچه هایی که با نظر آنها مخالفت می کنند، به شدت برخورد نمایند.
17. والدین باید به بچه ها اجازه دهند تا خودشان در کارها تصمیم گیرنده باشند.
18. شوخی و بازی کردن بچه ها در حضور والدین، توهین به آنهاست.
19. بچه ها به بازی و تفریح نیاز دارند، برای این کار والدین باید به آن ها اجازه دهند تا هروقت که دلشان خواست از منزل خارج شوند.
20. باید به بچه ها اجازه داده شود که اگر فکر می کنند نظرشان از نظرات والدین خود بهتر است، آن را ابراز کنند.
21. وقتی بچه ها مرتکب اشتباهی می شوند، هیچ گاه نباید آن ها را سرزنش کرد.
22. اگر والدین تصمیمی برخلاف میل بچه ها گرفتند، باید با بچه ها گفتگو کنند و حتی اگر در تصمیم خود اشتباه کرده بودند، آن را بپذیرند.
23. گاهی اوقات والدین باید با بچه ها سازش کنند، نه این که همیشه انتظار داشته باشند که بچه ها با آنها سازش نمایند.
24. بچه ها را باید آزاد گذاشت تا خودشان تجربه کنند.



25. بعضی از بچه ها ذاتا بد هستند و باید طوری تربیت شوند که از والدین خود بترسند.
26. بچه ها وقتی بزرگ شوند، از سخت گیری والدین خود سپاسگزاری خواهند کرد.
27. وقتی بچه ها دچار مشکل و دردسر می شوند (کار خطایی انجام می دهند) باید بدانند که با مطرح کردن آن مشکل برای والدین خود، تنبیه نمی شوند.
28. در مجالس و میهمانی ها باید بچه ها را آزاد گذاشت تا محیط اطراف خود را دستکاری کنند تا حس کنجکاوی آن ها ارضا شود.
29. بچه ها جدی و کوشا نخواهند بود، مگر این که درباره کارهای آنها سخت گیری کنیم.
30. هر چند بچه ها تجربه کمی دارند، اما گاهی اوقات نظر آن ها بهتر از نظر والدین است.



### پرسشنامه سلامت عمومی

#### General Health Questionnaire

لطفاً سوالات زیر را بدقت مطالعه و در هر مورد گزینه ای را که فکر می کنید با وضعیت کنونی شما (از یک ماه پیش تا کنون) مطابقت دارد مشخص کنید .

1- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملاً "خوب و سالم هستید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

2- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

3- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

4- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

5- آیا از یکماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول



- 6آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می شود ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 7آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 8آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 9آیا از یکماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 10آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً "تحت فشار هستید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 11آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 12آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 13آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول



- 14 آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 15 آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 16 آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 17 آیا از یکماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام می دهید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 18 آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 19 آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها بعهدہ دارید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 20 آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 21 آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول



- 22 آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 23 آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً " ناامید کننده است ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 24 آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 25 آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 26 آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 27 آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که یکاش مرده بودید و کلاً " از شر زندگی خلاص می شدید ؟ الف:

اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

- 28 آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول



www.markazdanesh.ir