بررسی رابطه میان عملکرد خانواده و سلامت روانی در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

مارلین اردلان*، فراست اردلان

چکیده

مقدمه و هدف: خانواده تامین‌کننده نیازهای روانی وجسمانی هر فرد است، و شکست در وظایف آن معضلاتی به همراه دارد که توجه به آن و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این واحد کوچک اجتماعی می‌تواند نوید بخش جامعه‌ای سالم و ارزشمند و متعالی باشد. هدف از این تحقیق بررسی ارتباط بین عملکرد خانواده و سلامت روانی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان است.

مواد و روشها: یک مطالعه توصیفی- تحلیلی وجامعه آماری شامل کلیه کارکنان مشغول به فعالیت در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر سنندج که در مجموع ۳۸۴ نفر بودند و با استفاده از فرمول کوکران ۱۸۵ نفر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامهٔ اطلاعات فردی، پرسشنامه عملکرد خانواده مک مستر (۱۹۸۳) و سلامت روانی گلدبرگ (۱۹۷۲) و با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی به تحلیل داده پرداخته شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین جنسیت و سابقه خدمت با سلامت روانی رابطه‌ای یافت نشد ولی بین محل خدمت و ابعاد جسمانی، افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد و در کل بین محل خدمت و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p>۰/۰۰۰۱$) همچنین بین سطح تحصیلات و افسردگی (از ابعاد سلامت روانی) در سطح ($p>۰/۰۲$) و جسمانی در سطح ($p>۰/۰۵$)،رابطه معنی‌داری وجود داشت. بین متغیر ارتباط (عملکرد خانواده) و محل خدمت ($p>۰/۰۰۰۱$) و بین ایفای نقش و محل خدمت ($p>۰/۰۱$) و آمیزش عاطفی و محل خدمت ($p>۰/۰۰۰۱$) و کنترل رفتار و محل خدمت ($p>۰/۰۰۲$) رابطه معنی‌داری وجود دارد و در کل بین سلامت روانی کارکنان با عملکرد خانواده همبستگی معکوس یافت شد.

بحث و نتیجه‌گیری: در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که خانواده، موثرترین عامل محیطی در رشد افراد بوده است و سلامت روانی افراد تحت تاثیر عملکرد مثبت یا منفی خانواده‌هایشان بوده است و یکی از فاکتورهای دخیل در سلامت روانی، عملکرد خانواده می‌باشد.

کلید واژه‌ها: عملکرد خانواده، سلامت روانی، علوم پزشکی

مارلین اردلان*
مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامای، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)
marlinardalan2002@yahoo.com

فراست اردلان
مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامای، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

دریافت: ۹۵/۲/۲۵
پذیرش: ۹۵/۶/۲۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

محیط خانواده اولین مکانی است که الگوهای شخصیتی، فکری و عاطفی وجسمی هر فرد در آن شکل می‌گیرد. در بسیاری از فرهنگ‌ها، سلامت جامعه در گرو سلامت خانواده می‌دانند (۱). خانواده تامین-کننده نیازهای روانی وجسمانی هر فرد است و شکست در وظایف آن معضلاتی به همراه دارد که توجه به آن و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات واحد کوچک اجتماعی می‌تواند نوید بخش جامعه‌ای سالم و ارزشمند و متعالی باشد (۲). در واقع هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر آنکه از خانواده‌های سالم برخوردار باشند. خانواده، برآیند یا انعکاسی از کل جامعه است. نقش اصلی و آشکار خانواده، انتقال سینه به سینه‌ی ارزشها و میراث فرهنگی و اعتقادی، حفظ روابط خویشاوندی، پرورش و تربیت نسل و تامین نیازهای اساسی انسانی و بالاخره تعادل روانی و عاطفی در افراد است (۳). بسیاری از روانشناسان برآنند تا با دست‌یابی به عوامل موثر بر عملکرد خانواده سلامت روانی جامعه را تامین کنند. عملکرد خانواده به توانایی آن در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضا و موفقیت در اعمال انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده مربوط است و هرگونه تغییر درآن می-تواند بر سلامت اعضای خانواده اثرگذار باشد (۴). هرگونه نارسایی در عملکرد خانواده تاثیرات نامطلوبی در افراد ایجاد می‌کند (۵). بنابراین سلامت روانی بعدی مهم و غیر قابل انکار است زیرا برای داشتن جامعه‌ای سالم و و توسعه یافته نیازمند افرادی هستیم که از نظر ابعاد روانی و اجتماعی و جسمانی سالم باشند تا بتوانند چرخه‌های توسعه و همچنین نسل‌های آتی سالمی داشته باشیم.

سلامت روانی یکی از ابعاد سلامت است که آن را به مفهوم حالت توازن بین شخص و دنیایی پیرامون او و سازگاری شخص با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت‌های خود، مردم و محیط زیست تعریف نموده-اند (۶). اختلالات روانی مشکلات جدی و شایع هستند که در تمام دنیا مشاهده می‌شوند و ۴۰ درصد تمام ناتوانی‌ها از آن منشأ می‌گیرد (۷). سازمان بهداشت جهانی معتقد است که حجم مسایل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه به دلیل مسایلی نظیر رشد جمعیت و تغییرات اجتماعی نظیر فروپاشی خانواده‌های گسترده، تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات اقتصادی، رو به ازدیاد است (۸).

تاکنون تعاریف متفاوتی از سلامت روان ارائه شده است: فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت و..... (۹). بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، ۱۵۴ میلیون از مردم جهان از افسردگی، ۲۵ میلیون از اسکیزیوفرنی و ۱۵ میلیون از عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند (۱۰). امروزه حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند. پیش بینی این است که افسردگی ماژور تک قطبی که در سال ۱۹۹۰ چهارمین بیماری بوده است، به رتبه‌ی دوم بیماری‌ها در سال ۲۰۲۰ تبدیل شود. در اروپا نیز ۲۰ درصد از مردم از عدم سلامت روانی رنج می‌برند (۱۱). در ایران نیز طبق بررسی نور بالا و همکاران (۲۰۰۴) میزان شیوع عدم سلامت روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳ و در مناطق شهری ۲۰/۹ درصد ذکر شده است (۱۲) و همچنین نور بالا و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای دیگر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

شیوع اختلالات روانی را در افراد بالاتر از 15 سال در جمهوری اسلامی ایران با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی[1]، حدود ۲۱ درصد برآورد نمودند (۱۳). یکی از عوامل که همبستگی بسیار بالای با سلامت روانی دارد، عملکرد خانواده است. متاسفانه تحقیقات اندکی به ارتباط این عوامل با هم مخصوصاً در آموزش عالی کشور پرداخته شده است و ضروری است که بررسی-هایی در این زمینه صورت گیرد. نتایج این پژوهش می‌تواند منجر به آگاهی بیشتر در زمینه رابطه عملکرد خانواده با سلامت روانی شود بویژه منجر به عملکرد بهتر افراد در سطح جامعه و کمتر شدن معضلات و مشکلات خاص مربوط به این حیطه شود. لذا این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روانی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی در سال ۹۲-۹۳ انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری مورد بررسی شامل ۳۸۴ نفر از کارکنان رسمی، قراردادی مشغول به فعالیت در دانشکده‌های (پرستاری و مامایی، بهداشت، پیراپزشکی و پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی شهر سنندج بوده است. از این جامعه ۱۸۵ نفر با استفاده از فرمول کوکران به عنوان نمونه انتخاب شده است. در این تحقیق برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد استفاده شده است (پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ (۷) که ۲۸ سئوال دارد و عملکرد خانواده از پرسشنامه-ای ۵۳ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده طبق الگوی مک مستر (۸) تدوین شده است.) که سؤالات آن بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت با گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالم، بی‌نظرم، موافقم و کاملاً موافقم تنظیم شده است. این پرسشنامه شامل سه قسمت است. در قسمت اول اطلاعات جمعیت شناختی و قسمت دوم برای سنجش عملکرد خانواده از پرسشنامه استاندارد مک مستمر که ۵۳ سوالی می‌باشد و ۷ بعد را دربر می‌گیرد: حل مشکل، ارتباط، نقشها، پاسخ دهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد خانواده در بخش سوم برای سنجش میزان سلامت روانی از پرسشنامه گلدبرگ (۱۹۷۹) استفاده گردید که دربر گیرنده چهار بعد: جسمانی، اضطراب، کنش اجتماعی، افسردگی می‌باشد. روایی صوری پرسشنامه‌ها به تأیید سه نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره رسید و پایایی آنها نیز به وسیلهٔ آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که برای پرسشنامه عملکرد خانواده ۰/۸۵ و برای پرسشنامهٔ سلامت روانی ۰/۹۰ به دست آمد. برای آنالیز داده‌ها از آزمونهای توصیفی و پیرسون و آزمون t و کای اسکوار استفاده شد. معیار ورود معیار ورود رضایت به تکمیل پرسشنامه، حداقل یکسال سابقه کار و معیارهای خروج نیز شامل عدم جوابگویی کامل به پرسشنامه بود. به لحاظ معیارهای اخلاقی از شورای پژوهشی، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و واحدهای پژوهشی کسب اجازه صورت گرفت.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. از مجموع ۱۸۵ نفر مورد مطالعه ۴۵/۹ درصد مرد و ۵۴/۱ درصد زن بودند. از نظر تحصیلات ۱۱/۴درصد دیپلم، ۴۹/۲ درصد فوق-دیپلم، ۲۵/۴ درصد لیسانس و ۱۴/۱ درصد فوق لیسانس بودند. از نظر محل خدمت ۴۳/۸٪ شاغل دانشکده پزشکی، ۲۰/۵٪ دانشکده پرستاری، ۱۳٪ دندانپزشکی، ۱۰/۸ پیراپزشکی و ۱۱/۹٪ دانشکده

1- General Health Questionnaire

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

بهداشت بودند. از نظر سابقه خدمت ۲۹/۷٪ کمتر از ۱۰ سال، ۲۳/۲٪ ۱۵-۱۰ سال، ۳۰/۸٪ ۲۰-۱۶ سال و ۱۶/۲٪ بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سلامت روانی و رابطه مشخصات دموگرافیک با سلامت روانی نشان داده شده است. در ارتباط با ابعاد سلامت روان میانگین و انحراف معیار واحدهای پژوهش از نظر بعد جسمانی ۱۷/۹±۲/۸، بعد اضطراب ۲/۰ ± ۱۱/۹ و بعد اجتماعی ۱/۹ ± ۸/۶، افسردگی ۱۴/۱±۲/۹ بود و در کل میانگین واحدهای پژوهش در بعد سلامت روان ۵۲/۵±۵/۰ بود.

از نظر ارتباط مشخصات دموگرافیک با سلامت روان، بین سلامت روان با جنس (P<۰/۴۴) تحصیلات (P<۰/۹۳)، سابقه خدمت (P <۰/۸۲) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت اما با محل خدمت (P<۰/۰۳) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. از نظر ابعاد سلامت روان بین بعد جسمانی با جنس (P<۰/۲)، سابقه خدمت (P<۰/۳۷) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت اما با سطح تحصیلات (P <۰/۰۵) و محل خدمت (P<۰/۰۰۰۱ رابطه معنی‌دار بود. بین بعد اضطراب با جنس (P<۰/۳۵)، سطح تحصیلات (P<۰/۴۴)، محل خدمت (P<۰/۱۵) و سابقه خدمتی (P <۰/۳۷) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. و بین بعد اجتماعی با جنس (P<۰/۱۷)، محل خدمت (P<۰/۱۸)، سابقه خدمت (P<۰/۷۱) رابطه وجود نداشت اما با سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۲) رابطه معنی‌دار وجود داشت.

و بین بعد افسردگی با جنس (P<۰/۳۸) و سابقه خدمت (P<۰/۴۲) ارتباط آماری وجود نداشت. اما با سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۰۱) و محل خدمت (P <۰/۰۰۲) ارتباط معنی‌دار بود.

میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده بطور کلی ۲/۵±۰/۳ بود. در بحث ابعاد عملکرد خانواده میانگین و انحراف معیار در، بعد حل مشکل ۲/۱±۰/۵، ایفای نقش ۲/۴±۰/۲، پاسخ دهی عاطفی ۰/۳ ± ۲/۶، آمیزش عاطفی ۱/۵ ± ۲/۳، کنترل رفتار ۰/۳ ± ۲/۴ بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده و ابعاد آن در رابطه مشخصات دموگرافیک با سلامت روانی نشان داده شده است.

از نظر ارتباط ابعاد عملکرد خانواده و مشخصات دموگرافیک، بین حل مشکل با جنس (P<۰/۹)، سطح تحصیلات (P<۰/۲۸)، محل خدمت (P<۰/۱۸) و سابقه خدمت (P<۰/۱۷) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. بین ایفای نقش با جنس (P<۰/۹۷)، سطح تحصیلات (P<۰/۸۲)، محل خدمت (P<۰/۱۶) و سابقه خدمت (P<۰/۹) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. بین پاسخ‌دهی عاطفی با جنس (P<۰/۶۵)، سطح تحصیلات (P<۰/۵۷)، محل خدمت (P<۰/۳۳) و سابقه خدمت (P<۰/۹) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. بین آمیزش عاطفی نیز با جنس (P<۰/۲۸)، سطح تحصیلات (P<۰/۹)، محل خدمت (P<۰/۱۲) و سابقه خدمت (P<۰/۳۱) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. بین کنترل رفتار نیز با جنس (P<۰/۲۵)، سطح تحصیلات (P<۰/۲۹)، محل خدمت (P<۰/۰۷) و سابقه خدمت (P<۰/۶۶) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

مشخصات فردی	تعداد	درصد
جنس	مرد: ۸۵	۴۵/۹
	زن: ۱۰۰	۵۴/۱
تحصیلات	دیپلم: ۲۱	۱۱/۴
	فوق دیپلم: ۹۱	۴۹/۲
	لیسانس:۴۷	۲۵/۴
	فوق لیسانس : ۲۶	۱۴/۱
دانشکده محل خدمت	پزشکی۸۱	۴۳/۸
	پرستاری :۳۸	۲۰/۵
	دندانپزشکی :۲۴	۱۳/۰
	بهداشت: ۲۲	۱۱/۹
	پیراپزشکی : ۲۰	۱۰/۸
سابقه خدمت	زیر ده سال: ۵۵	۲۹/۷
	۱۰–۱۵	۲۳/۲
	۱۶–۲۰	۳۰/۸
	۲۱ و بالاتر	۱۶/۲

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت روانی و رابطه مشخصات دموگرافیک با سلامت روانی

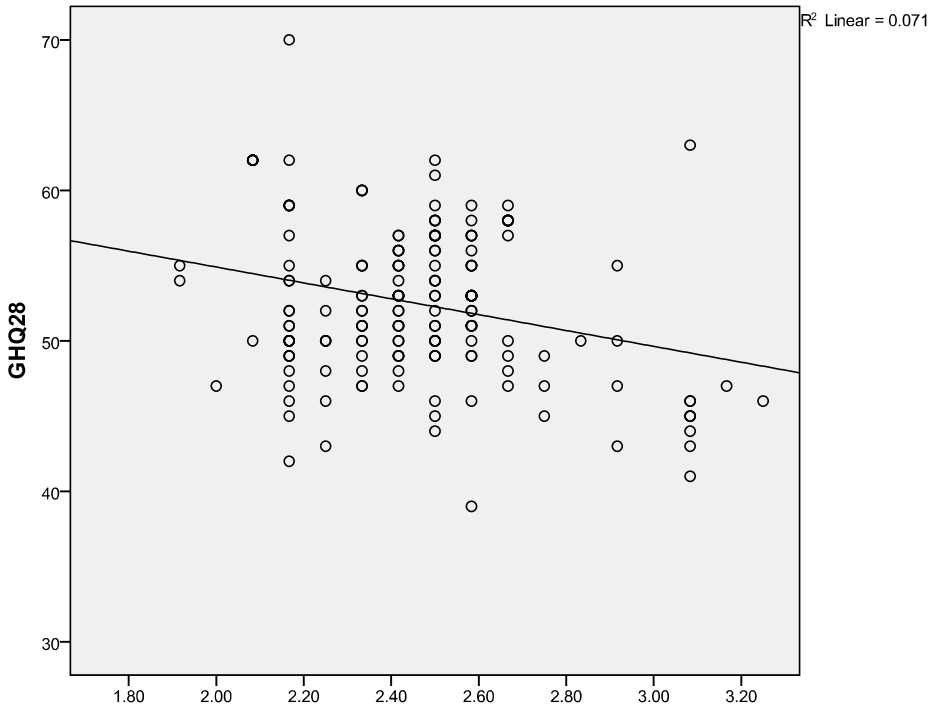
سلامت روانی	میانگین	انحراف معیار	P رابط جنس با سلامت روانی	P رابطه تحصیلات با سلامت روانی	P رابطه محل خدمت با سلامت روانی	P رابطه سابقه خدمت با سلامت روانی
جسمانی	۱۷/۹	۲/۸	۰/۲	★۰/۰۵	★۰/۰۰۰۱	۰/۳۷
اضطراب	۱۱/۹	۲/۰	۰/۳۵	۰/۴۴	۰/۱۵	۰/۲۵
اجتماعی	۸/۶	۱/۹	۰/۱۷	★۰/۰۰۲	۰/۱۸	۰/۷۱
افسردگی	۱۴/۱	۲/۹	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	★۰/۰۰۲	۰/۴۲
GHQ28	۵۲/۵	۵/۰	–۱/۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده و رابطه مشخصات دموگرافیک با عملکرد خانواده

عملکرد خانواده	میانگین	انحراف معیار	P رابط جنس با عملکرد خانواده	P رابطه تحصیلات با عملکرد خانواده	P رابطه محل خدمت با عملکرد خانواده	P رابطه سابقه خدمت با عملکرد خانواده
حل مشکل	۲/۱	۰/۵	۰/۹	۰/۲۸	۰/۱۸	۰/۱۷
ارتباط	۲/۱	۰/۴	۰/۲۱	۰/۳۱	★۰/۰۰۰۱	۰/۲۴
ایفای نقش	۲/۴	۰/۲	۰/۹۷	۰/۸۲	۰/۱۶	۰/۹
پاسخ دهی عاطفی	۲/۶	۰/۳	۰/۶۵	۰/۵۷	۰/۳۳ فیشر	★۰/۰۵
آمیزش عاطفی	۲/۳	۱/۵	۰/۲۸	۰/۹	۰/۱۲	۰/۳۱
کنترل رفتار	۲/۴	۰/۳	۰/۲۵	۰/۲۹	۰/۰۷ فیشر	۰/۶۶ فیشر
عملکردکلی خانواده	۲/۵	۰/۳	۰/۲۵ فیشر	۰/۲۴	۰/۱۵ فیشر	۰/۷۹ فیشر

★ رابطه معنی دار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]



R=-.247 p= .0001

نمودار ۱: همبستگی بین سلامت روانی با عملکرد خانواده کارکنان مورد مطالعه

از نظر تست سلامت روانی ۴۴ نفر (۲۳/۸) درصد سالم و ۱۴۱ نفر (۷۶/۲) درصد دارای اختلال بودند. از نظر عملکرد خانواده ۱۸۲ نفر عملکرد نامطلوب و ۳ نفر عملکرد مطلوب داشتند. و همچنین با توجه به آزمون همبستگی پیرسون بین سلامت روانی کارکنان با عملکرد خانواده همبستگی معکوس وجود داشت. R=-۰/۲۴۷ p=۰/۰۰۰۱ درکل بین عملکرد خانواده و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد یعنی با افزایش عملکرد مطلوب در خانواده سلامت روانی افراد هم افزایش پیدا می‌کند. در کل در تحلیل داده‌ها به این نتیجه رسیدیم که بین جنسیت و سابقه خدمت با سلامت روانی رابطه‌ای یافت نشد ولی بین محل خدمت و ابعاد جسمانی، افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد و در کل بین محل خدمت و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۰/۰۰۰۱) همچنین بین سطح تحصیلات و افسردگی (از ابعاد سلامت روانی) در سطح (۰/۰۲)رابطه معنی‌داری وجود دارد و بین میانگین نمرات سلامت روانی در زنان و مردان تفاوت معنی‌داری یافت نشد. همچنین بین تحصیلات سابقه خدمت با عملکرد خانواده رابطه معنی‌داری یافت نشد ولی بین متغیر ارتباط (عملکرد خانواده) و محل خدمت (۰/۰۰۰۱) و بین ایفای نقش و محل خدمت (۰/۰۱) و آمیزش عاطفی و محل خدمت (۰/۰۰۰۱) و کنترل رفتار و محل خدمت (۰/۰۰۲) رابطه معنی‌داری وجود دارد و بین عملکرد خانواده و جنسیت در ابعاد ارتباط و کنترل رفتار رابطه معنی‌داری وجود دارد و در کل بین عملکرد خانواده و سلامت روانی رابطه معنی‌داری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

وجود دارد یعنی با افزایش عملکرد مطلوب در خانواده سلامت روانی افراد هم افزایش پیدا می‌کند.

در نمودار ۱ نیز ارتباط سلامت روانی کارکنان با عملکرد خانواده نشان داده شده است که آزمون همبستگی پیرسون بین سلامت روانی کارکنان با عملکرد خانواده همبستگی معکوس را نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی است که فرد در آن شکل می‌گیرد و بسیاری از آموزه‌ها ریشه در ساختار خانوادگی آنها دارد. از طرفی یکی از پیش-بینی‌کننده‌های مهم سلامت افراد و مخصوصاً سلامت روان است. خانواده به عنوان یک محیط بیرونی است که فرد در آن قرار دارد هنگامی که عملکرد خانواده به نوعی ناکارآمد باشد و به دنبال آن سازگاری فرد دچار عدم تعادل می‌گردد و سلامت روانی او دچار مشکل می‌گردد (۱۴). حتی می‌توان اشاره کرد که نوع روابط درون خانوادگی و میزان صمیمیت در خانواده از عوامل مهم مصون‌سازی افراد از آسیب‌های استفاده از فضاهای مجازی است. با استفاده زیاد و نامناسب از اینترنت می‌تواند موجب اشکال در روابط اجتماعی و خانوادگی، افزایش استرس و اضطراب و حتی افزایش احساس افسردگی و تنهائی شود (۱۵). همانطور که از یافته نشان داده است بین عملکرد خانواده و سلامت روانی رابطه معنی‌دار یافت شد و یافته‌های این پژوهش با تحقیق حسینیان و همکارانش (۱۶) و اسدی (۱۷) و رحیمی‌نژاد (۱۸) و موسوی (۱۹) و کول (۲۰) همسو بوده است یعنی به تاثیر مستقیم عملکرد خانواده با ابعاد مختلف سلامت روانی اشاره دارد. همچنین لشکری (۲۱) در پژوهشی رابطه کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان را مورد مطالعه قرار داد و نشان داد که کارکرد خانوادگی بهتر با سلامت روانی بهتر رابطه دارد (۲۱).

یوسلیانی و همکارانش (۲۰۱۲) در پژوهشی رابطه-ی رفتار مطلوب انضباطی با عملکرد خانواده، منبع کنترل و عزت نفس را در دانش‌آموزان بررسی کردند نتایج آنها نشان داد بین عملکرد خانوادگی دانش-آموزان با رفتار مطلوب انضباطی آنان در تمامی ابعاد؛ حل مشکل، ارتباط، ایفاء نقش، پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. دانش‌آموزانی که دارای عملکرد خانوادگی سالمتر هستند، در مدرسه نیز دارای رفتار انضباطی مطلوبتری در رعایت قواعد و مقررات اجتماعی و آموزشگاهی داشتند (۲۲).

نتایج نشان داد که بیشترین امتیازات کسب شده از ابعاد عملکرد خانواده، مربوط به بعد حل مشکل و کمترین، مربوط به بعد نقش‌ها بود. و افراد خانواده زمانی که مشکلی داشته باشند بهم کمک می‌کنند و سعی در حل آن دارند و تمام تمرکز خود را معطوف می‌کنند به حل مشکل و یکی از این دلایل را می‌توان حس انسان دوستانه و حس همدردی نامید و در مورد امتیاز کم مربوط به نقش‌ها از عدم مسئولیت‌پذیری افراد و انکار کردن نام برد و در کل در بین افراد نمونه ۸۸ درصد دارای عملکرد خانواده متوسطی بودند و در بین افراد نمونه تعداد بسیار کمی (۴درصد) به نقش و وظایف و عملکرد خانواده‌ها پایبند بودند.

زرگر و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی که با هدف بررسی و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران افسرده عمده با بیماران دارای مشکلات جسمانی و بدون اختلالات روانپزشکی شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه عملکرد خانواده بلوم اجرا شد. نشان دادند که عملکرد خانواده بیماران افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد است (۲۳).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

کدیور و همکارانش (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه ساختار تعاملات خانواده (عملکرد خانواده بلوم) با سبک‌های مقابله با فشارهای روانی و تفاوتهای جنسی پرداختند و نشان دادند که، ۱) بین عملکرد خانواده و انتخاب سبک‌های سه‌گانه مقابله رابطه معنی‌دار وجود دارد ۲) بین استفاده دختران و پسران از سبک‌های مقابله با عملکرد خانواده رابطه معنی‌دار وجود دارد ۳) از بین ابعاد ۱۵ گانه عملکرد خانواده ۱۲ بعد آن با سبک‌های مقابله افراد به طور کل و دختران و پسران به تفکیک رابطه معنی‌دار وجود دارد (۲۴).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که خانواده، یکی از عوامل محیطی در رشد افراد است و یکی از محیط‌های مرتبط با سلامت جسمی و روانی فرد است. وجود ادراکی مبنی بر فقدان محبت، تعارض و خصومت، نقش بسیار مهمی بر سلامت روان آنها می‌گذارد بطوری که نتایج تحقیقات مختلف، حاکی از آن است که خانواده در ایجاد جو سالم و فضای حاکی از آرامش و امنیت نقس اساسی در سلامت روان هر یک از اعضای خود دارد. آنچه مسلم است خانواده جایگاه رشد و تعالی افراد محسوب می‌شود، برقراری فضای خشم آلود و آکنده از ارعاب در محیط خانواده منجر به آسیب رساندن به سلامت روانی اعضای آن می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی است که مجوز لازم را از کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی دریافت کرده است. نویسندگان مراتب قدردانی و سپاس خود را از مسئولین دانشگاه، دانشکده پرستاری و مامایی وکارکنان محترم دانشگاه محترم دانشگاه که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش مقدور نبود، اعلام می‌دارند.

منابع

1. Khodayarifard M, Shahabi MA, Akbari Zardkhaneh MA. Relationship between religious attitude and marital satisfaction. Journal of Family Research 2008; 3(10): 611-20. (Persian)
2. Mosavi R, Moradi AR, Mahdavi Harsini E. The effect of the structural family therapy to increase marital satisfaction and family performance of children with separation anxiety. Journal of family research 2006; 1(4): 321-35. (Persian).
3. Navabinejad, glory. Marriage counseling and family therapy.2000. The Tehran. Publications parents and educators. (Persian).
4. Kadivar P. Eslami A. Farahani MN. The relationship of family performance with stress coping styles, and gender differences in prospective university students. Journal of Psychology and Education. 2003; 34(2): 97-123. (Persian).
5. Sarookhani, B. Introduction to the sociology of the family, 1991. Tehran, Soroush. (Persian)
6. Cleansing Milk Rfayy KH, Park H. Preventive Medicine and Public Health, Tehran: Ilya Publishing, 2003 (Persian).
7. Chegini s, Nik pour b, Bagheri yazdi SA. Epidemiology of mental disorders in Qom (2000). Journal of babol university of medical sciences (jbums) summer 2002, 4; 3(15):44 - 51.
8. Rafati Fauzia, Shafie , N., Sharif. F., Ahmadi.J. The effect of mental health on their academic achievement. University of Medical Sciences & Health Services Yazd, 2003; Issue Appendix11(3) (Special Nursing and Midwifery2). 80-86.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

9. Azadi S, Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. Iran J War Public Health. 2011. 3, 12. 48-58.(Persian)
10. Goldman RD, fisher LJ, Hawthorne G. WHO survey of prevalence of mental health disorders. JAMA.2004
11. WHO. Mental health: programmers and projects. The challenges for mental health in Europe 2009; available at: http//discovermaganize.com/2009/oct /fear world
12. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, yasamy MT. Mohammadi K. Mental health survey of the adult population in iran.Br J Psychiatry2004; 184:3-70. (Persian).
13. Noorbala, AA, Bagheri Yazdi A, Asadi Lari M . Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran.2009. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011. 16 (4) 479-483.
14. Khosravani Z, Alizadeh M. The relationship between internet addiction and family functioning and mental health in students. Studies Educational Psychology: Fall-Winter 2011;8(14): 59 - 80 .
15. Ahmadi Kh, Abdul Hadi. Officer late B, Sayed Ismail F. The role of family factors on the type and use of the Internet. Journal of Behavioral Sciences 2010;4(4): 327-333. (Persian).
16. Hoseinian S, Zahraei S, Khodabakhshi Koolaee A . Relation Family mental health of adolescents with juvenile runaway from home tried . Consultation and Research 2005;16 (24): 26- 45. (Persian).
17. Asadi M, Nazari A, Mirri N, Mahmoudi Kahrizi B. The relationship between family functioning and mental health . The first family conference of Student. University of Mashhad, http://www.civilica.com/Paper-SFSU01-SFSU01_009. htm
18. Rahiminezhad A, Paknejad M. The Relationship between Family Functionning and Psychological Needs with Adolescents' mental Health. Journal of Family Research 2014;10(37): 99-111.
19. Moosavi A. Family system functioning and mental health of the family members. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2000; 2: 23-29.(Persian)
20. Cole DA, McPherson AE. Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessmant strategy. Family Psychology 2002; 7: 119-33.
21. Lashkari, M. The relationship between family function and general health of children. Unpublished MA thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences.
22. Yoselyani Gh, Habibi M & Soleymani S. The relationship between disciplines desired behavior and family functioning, focus of control and self-esteem of students. Journal of School Psychology, Summer 2012; 1(2):114-134.(Persian)
23. Zargar F, Ashoury A, Aghrypour N, Aghebati A. Decompression of family functioning in patient with Major depressive Disorder and physically Ill patients with no – psychiatric disorder in Isfahan. J Res Behav Sci 2007; 5(2): 34-39.(Persian)
24. Kadevar P, Eslami A, Farahani M. Examine the relationship between family structure interactions with coping with stress and gender differences in college students. Journal of Research in Behavioral Sciences 2004, 34(2): 23-30. (Persian).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

The Study of the relationship between family functioning and mental health among the employees of Kurdistan University of Medical Sciences

Ardalan M*, Ardalan F

Ardalan M*
Instractor, Nursing and Midwifery School.Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding Autour)

Ardalan F,
Instractor, Nursing and Midwifery School. Kurdistan University of Medical Sciences, Iran.

Abstract

Introduction and Aim: Family provides the Psychological and physical needs of each individual and failure in its duty brings about serous problems and paying attention to its problems and trying to resolve problems. The aim of this study was to investigate the relationship between family functioning and mental health staff at Kurdistan University of Medical sciences.

Materials and Methods: This study was a descriptive study and the population included all the employees working at the Kurdistan University of Medical sciences who were 384 people and 185 of them were chosen using Cochran formula. Demographic questionnaire, McMaster family Questionnaire (1983), Goldverg mental Health (1972) were used and the data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Findings: The results showed that there was no relationship between gender or work experience with mental health but there was a significant relationship between the work place, Physical stamina and depression. tn the whole, there was a direct relationship between the workplace and the mental health ($p>0.0001$). Moreover, there was a notable relationship between the level of eduction and depression (one of the acpects of mental health) ($p>.02$) and physical ($p>0.05$). Furthermore, close relationship between communications (family performance) and work place ($p>0.01$), between playing role and work place ($p>0.002$). In general, there was a reverse correlation between mental health of employees and family performance.

Conclusion: The findings of this study showed that the family is the most effective environmental factor in the development of individuals and the mental health of every individual is positively or negatively affected by the performance of their families. As a result one of the crucial factors of mental health is family performance.

Keywords: family performance, mental health, medical science

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]