

## مجموعه مقالات

# اولین همایش علمی جانباز و خانواده

(۲۸ بهمن ۱۳۸۲)

*ARTICLES OF THE FIRST CONGRESS  
OF  
VETERANS AND THEIR FAMILY*

برگزارکنندگان:

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

معاونت امور فرهنگی و ورزشی سازمان امور جانبازان

همایش علمی جانباز و خانواده (نخستین: ۱۳۸۲: تهران)  
مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانباز و خانواده / گردآوری پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان؛  
زیر نظر رضا امینی . - تهران : پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان . ۱۳۸۲ .  
ص. : جدول.

ISBN 964-94697-7-x

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا .  
۱. جانبازان - ایران - کنگره ها .  
الف . سازمان امور جانبازان . پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان . ب. عنوان .  
هـ ۸ / الف / ۳۶۵ UB ۳۶۲/۴  
کتابخانه ملی ایران ۳۳۱۹۳-۸۲م

## مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانباز و خانواده

گردآوری : پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

زیر نظر دکتر رضا امینی

چاپ اول زمستان ۱۳۸۲

تیراژ ۱۰۰۰

صفحه آرائی : حبیب اله خدمتی

لیتوگرافی : جهاد دانشگاهی هنر

چاپ : صادق

اجراء : عبدالله سعیدی

ناشر : پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

آدرس : تهران ، بزرگراه شهیدچمران، خیابان تابناک، خیابان مقدس اردبیلی ، خیابان فرخ،

پلاک ۲۵

تلفن : ۲۴۱۵۳۶۷

صفحه اطلاعات وب [www.jmerc.ac.ir](http://www.jmerc.ac.ir)

[info@jmerc.ac.ir](mailto:info@jmerc.ac.ir)

۹۶۴-۹۴۶۹۷-X

شابک

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

## فهرست

صفحه	عنوان
۱	ارتباط نگرش مذهبی و رابطه پدری فرزندی با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و عادی شهر تهران
۲۰	بررسی عوامل روان شناختی مرتبط با مجرد جانبازان مؤنث
۲۹	بررسی عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان
۳۹	بررسی وضعیت بهداشت روانی فرزندان نوجوان جانبازان در ۲۲ استان کشور
۷۴	جانبازی و ایفای نقش پدری در خانواده
۸۷	بررسی ثبات شخصیتی در فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان
۹۴	اثرات بیماریهای اعصاب و روان بر خانواده های بیماران
۹۵	نقش خانواده درمانی و بازتوانی بیماران مزمن روانی
۱۰۴	بررسی تنیدگی و خصوصیات شخصیتی جانبازان جنگ تحمیلی و پسران ارشد آنان
۱۱۳	مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان
۱۲۳	بررسی نقش آموزش بهداشت روانی به فرزندان جانباز ۷۰٪ شهرستان مشهد
۱۳۰	نقش حرفه مددکاری اجتماعی در حمایت از جانبازان و خانواده های آنان
۱۴۱	نقش مشاور در خانواده های جانبازان
۱۵۳	نقش تجهیزات حرکتی در کیفیت زندگی خانواده معلولین جسمی - حرکتی
۱۶۰	نقش تجهیزات پزشکی در کیفیت زندگی جانبازان
۱۷۶	آسیب شناسی خانواده از نگرش سینما
۱۸۲	جایگاه قانونی دفتر حمایت حقوقی و قضایی ایثارگران (جانبازان) در حقوق ایران
۱۸۷	تأثیر آموزش بر خانواده جانبازان
۱۹۲	خلاصه مقالات به زبان انگلیسی





## ارتباط نگرش مذهبی و رابطه پدر فرزند با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و عادی شهر تهران\*

دکتر محمد خدایاری فرد\*\*

چکیده:

یکی از پیامدهای جنگ مجروحانی هستند که دچار صدمات جسمی، روانی و عاطفی شده‌اند که به نوبه خود می‌تواند مشکلات روانی و رفتاری متعددی برای فرد جانباز و اعضای خانواده وی به وجود آورد. یکی از این مشکلات آسیب‌پذیری فرزندانشان می‌باشد که در حال حاضر از مرحله نوجوانی به جوانی گذر می‌کنند. بدون تردید، زندگی این گروه از فرزندان جامعه در خانواده‌ای با محیط متشنج می‌تواند لطمات جبران‌ناپذیری را برای آنان پدید آورد. از این رو، بررسی و شناسایی عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی آنان به منظور تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب واجد اهمیت است. **هدف** اصلی پژوهش حاضر بررسی ارتباط نگرش مذهبی و رابطه پدر-فرزند با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و عادی شهر تهران می‌باشد. **روش** پژوهش پس‌رویدادی است و جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر و پسر خانواده‌های جانبازان و عادی سال‌های اول تا سوم دبیرستان شهر تهران بود. نمونه آماری ۴۸۰ دانش‌آموز را در بر می‌گرفت که نیمی از آن متعلق به خانواده‌های جانبازان و نیمی دیگر مربوط به خانواده‌های عادی بود. ابزار سنجش این پژوهش پرسشنامه‌های نحوه ارتباط پدر - فرزند، بخش سازگاری اجتماعی پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا، و پرسشنامه نگرش مذهبی بود. **نتایج** پژوهش بیانگر آن است که بین نگرش مذهبی و رابطه پدر-فرزند با سازگاری اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نگرش مذهبی دانش‌آموزان پسر فرزند جانباز نسبت به دانش‌آموزان پسر افراد عادی قوی‌تر بود، اما بین دانش‌آموزان دختر تفاوت معناداری مشاهده نشد. هم‌چنین بررسی سازگاری اجتماعی فرزندان در هر دو گروه نشان داد که رابطه پدر-فرزند و نگرش مذهبی دانش‌آموزان

\*. مقاله حاضر، بر اساس بخشی از طرح پژوهشی تحت عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و عادی شهر تهران» با پشتوانه مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و بنیاد مستضعفان و جانبازان تهیه شده است. بدین وسیله از همکاران پژوهش آقایان دکتر مرتضی نصف، دکتر باقر غباری‌بناب، دکتر محسن شکوهی‌یکتا و دکتر احمد به‌پژوه تشکر و قدردانی می‌شود.

\*\* . روان‌شناسی بالینی کودک و استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

نقش مهم و اساسی در سازگاری اجتماعی آنان دارد. در پایان هم سویی و ناهم سویی یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین مورد بحث واقع شده است.

**واژگان کلیدی:** نگرش مذهبی، رابطه پدر-فرزندی، سازگاری اجتماعی، جانباز.

## مقدمه

خانواده، به عنوان رکنی مهم در رشد و اعتلای شخصیت انسان همواره مطرح بوده است. در بحث آسیب‌شناسی خانواده می‌توان به عوامل مختلفی اشاره کرد که عموماً یا به شرایط محیطی برمی‌گردند و یا به روابط بین اعضای حاضر در خانواده. یکی از عوامل آسیب‌رسان به ساختار خانواده، معلولیت یکی از اعضای خانواده می‌باشد. معلولیت می‌تواند در اثر حوادثی همچون جنگ ایجاد شده باشد که گاه عضو فعال، ارشد و دلسوز خانواده، یعنی پدر، را متأثر می‌سازد و فرزندان نیز با تأثیر پذیری از این مسئله، دچار مشکلات جدیدی می‌شوند. جنگ، مجروحانی به جای می‌گذارد که گاه آنان را در دوره‌ای از زندگی یا برای همیشه با مشکلات جسمانی - روانی مواجه می‌سازد. این مشکل پیامدهای روانی و رفتاری متعددی برای فرد جانباز و دیگر اعضای خانواده او به همراه دارد.

اولین بار عوارض ناشی از جنگ در جنگ‌های داخلی آمریکا (۱۸۶۱-۱۸۶۵) مورد توجه قرار گرفت. در این جنگ پزشکان، اختلال‌های هیجانی غیرسایکوتیک را تحت عنوان نوستالوژی یا غم غربت مطرح کردند و معتقد بودند که این اختلال به طور عمده در اثر دوری از محیط خانواده در افرادی ظاهر می‌شود که شخصیت مناسبی برای تطابق با مقتضیات زمان جنگ ندارند (کاپلان، فریدمن و سادوک، ۱۹۸۰). شروع جنگ جهانی اول، مفهوم «اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای (PTSD)» را به طور نزدیکی در ارتباط با تاریخ جنگ قرار داد. تعداد قابل توجهی از سربازان شرکت‌کننده در این جنگ از موج انفجار رنج می‌برند. در زمان وقوع این جنگ (۱۹۱۴-۱۹۱۸) پزشکان انگلیسی و فرانسوی اصطلاحات تشخیصی نوروژنیک و شوک انفجار را به کار بردند. در حقیقت به کار بردن اصطلاح شوک انفجار ناشی از این تحلیل بود که انفجار گلوله‌های توپ موجب تغییرات فشارجوی و تولید گاز منواکسید کربن می‌شود و در نتیجه به آسیب ارگانیک مغز منجر می‌شود و به صورت اختلال روانی تجلی می‌کند (همان). از جمله عواملی که بر ویژگی‌های شخصیتی معلولان مؤثر است، اثرات محدودیت‌های جسمی و روانی بر نظام خانواده است. مک کوبین و همکارانش (۱۹۷۴، نقل از فرشیدفر، ۱۳۷۱) در پژوهشی که درباره اثرات جدایی و پیوستن مجدد رزمنده به خانواده انجام دادند،

تئیدگی‌های شدیدی را گزارش می‌کنند. آن‌ها مشاهدات خود را چنین اظهار می‌دارند: زمانی که رزمنده نزد خانه‌اش باز می‌گردد، قبول اعضای این ساختار جدید خانواده برای او سخت به نظر می‌رسد و ذهنیت‌های عالی را پیدا می‌کند. برای مثال، ممکن است اعضای این نظام و ساختار جدید در غیاب رزمنده آموخته‌اند که همه مسئولیت‌ها و وظایف او را به خوبی انجام دهند. این موضوع برای وی فشارهای روانی شدیدی را ایجاد کند. مک‌کوبین و همکارانش به این نتیجه رسیدند که علت اصلی ایجاد این گونه فشارهای روانی رقابت‌ها، دخالت‌ها و اعمال نظرهایی است که بین رزمنده و اعضای خانواده‌اش به وجود آمده است. این وضعیت گاه آن قدر شدت می‌یابد که رزمنده خود را غریبه می‌پندارد. زیرا اعضای خانواده به نظرات و خواسته‌های او بها نمی‌دهند و به اصطلاح معمول «حرف او را دیگر نمی‌خوانند».

پارسونز، کهل و اوئن (۱۹۹۰) در بررسی میزان مشکلات رفتاری در کودکانی که پدرانشان در جنگ ویتنام شرکت کرده بودند و دچار اختلال PTSD بودند، با استفاده از یک فهرست بازبینی رفتاری و اجرای آن روی ۱۰۷ نفر سرباز باتجربه و ۱۹۱ نفر از فرزندان آن‌ها، فقدان خودکنترلی، پرخاشگری و بیش‌فعالی و بزهکاری را در فرزندان گزارش کرده‌اند.

فیربنک، شنگر و کادل (۱۹۹۳) در بررسی تأثیر مشکلات جسمی و روانی پدر روی فرزندان خاطرنشان می‌سازند که کودکان سربازان ویتنامی نیز همانند پدران خویش به نشانه‌های اضطراب مبتلا بودند. دبره، تورنر و رومن (۱۹۹۳) در مطالعه سازگاری کودکانی که والدین آن‌ها دچار درد مزمن بودند، در گروه نمونه‌ای مشتمل بر ۳۵ نفر با دامنه سنی ۶ تا ۱۶ سال نشان دادند کودکان این گروه از والدین، مشکلات رفتاری بیشتر و شایستگی اجتماعی کمتری دارند.

باتوجه به نتایج پژوهش‌های فوق می‌توان گفت جنگ و عواقب آن، علاوه بر تأثیر منفی بر فرد رزمنده یا مجروح جنگی، خانواده و فرزندان او را آسوده نمی‌گذارد و حتی سالیان پس از اتمام جنگ نیز می‌توان به طرق مختلف شاهد عوارض و عواقب آن بود.

در مورد مسایل و مشکلات جانبازان و خانواده آن‌ها در برخی زمینه‌ها یافته‌های پژوهشی داخلی نیز موجود است که در سطور زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

در پژوهشی نامداری (۱۳۶۸) در مورد نوع و میزان مشکلاتی که جانبازان با آن مواجه هستند، دریافت آزمودنی‌ها (چهل نفر از جانبازان جنگ تحمیلی با دامنه سنی ۱۹ تا ۵۸ سال) از مشکلات زیر در رنج بودند: گوشه‌گیری و انزواطلبی، افسردگی، بی‌حوصلگی، دلهره و اضطراب، حساسیت، ترس از آینده، احساس ناتوانی و وابستگی، احساس خجالت درونی، احساس



گناه و حقارت، احساس بی کفایتی و بیهودگی، احساس جدایی از اجتماع، اختلال‌های خواب، عدم اعتماد به نفس، کم‌اشتهایی و احساس عدم پذیرش اجتماعی.

در پژوهش دیگری احدی (۱۳۷۱) با هدف شناسایی، طبقه بندی و ریشه‌یابی مسایل و مشکلات جانبازان نشان داد که جانبازان مسایل متعددی دارند. این پژوهش توصیفی و مشکل‌یابی روی ۲۵۰۰ جانباز انجام شد. نتایج این مطالعه در سوال "چه مشکلاتی دارید؟" موارد زیر را نشان داد: مشکلات درمانی ۲۰ درصد، مادی ۱۴ درصد، شغلی ۱۱ درصد، بهداشتی ۲ درصد، و عاطفی ۱/۳ درصد. هم‌چنین نتایج این بررسی در سوال "آیا پس از جانباز شدن مشکل جسمی دیگری نیز پیدا کرده‌اید یا نه؟" موارد زیر را مشخص کرد: بیماری‌ها و دردهای متغیر بدن ۱۴ درصد، میگرن ۹ درصد، کم‌خونی و بی‌خوابی ۹ درصد، بیماری آسم و تنگی نفس ۴ درصد، بی‌اشتهایی و کم‌اشتهایی ۳ درصد و زخم معده ۳ درصد. پژوهش‌های فوق به مشکلات فرد جانباز و سایر پژوهش‌ها به آثار این موضوع روی خانواده و فرزندان پرداخته‌اند.

محمدی و رضاییان (۱۳۷۰) در بررسی مشکلات رفتاری فرزندان جانبازان و شهدا، با استفاده از پرسشنامه راتر و اجرای آن روی گروه نمونه‌ای شامل ۱۲۵ نفر نشان دادند که در گروه جانبازان اعصاب و روان می‌توان انتظار داشت که بیماری روانی و پیامدهای آن از قبیل بروز اختلال در روابط بین فردی، بیکاری و از دست دادن شغل و افت اقتصادی - اجتماعی خانواده و سایر مسایل بر نظام خانواده، به ویژه فرزندان، تاثیر بگذارد و زمینه را برای آسیب‌پذیری آنان افزایش دهد. بروز چند عامل خطر آفرین، میزان آسیب‌پذیری و احتمال بروز مشکلات رفتاری را در کودکان افزایش می‌دهد. در گروه کودکانی که پدران آن‌ها دچار صدمات جسمانی بالا بودند، مسلماً بروز چنین حالاتی باعث ایجاد مشکلات در سازگاری فرزندان و عملکرد عادی روزانه ایشان می‌شود.

معلولیت جسمی پدر مشکلات جدی برای او، همسر و فرزندانش در وی خواهد داشت. معلولیت پدر مانع از برقراری ارتباط مناسب کودک با وی می‌شود. به طوری که کودک در مقایسه پدر معلول خود با سایر افراد عادی، بیشتر نگران می‌شود؛ نسبت به روابط با همسالان خود با پدرانشان بیشتر حساس می‌شود. بنابراین زمینه از هر سو برای ناسازگاری‌های کودک آماده می‌شود (کلانتری، ۱۳۷۱).

در پژوهش دیگری قهاری (۱۳۷۵) با هدف مقایسه اختلال‌های روانی، در کودکان یتیم (مرگ پدر به صورت طبیعی)، شاهد (مرگ پدر به علت حضور در جنگ ایران - عراق) و جانباز به این نتیجه رسید که گروه‌های آزمایشی شاهد، یتیم و جانباز در مقایسه با کودکان عادی به اختلال‌های روانی بیشتر دچارند. ضمناً اختلال‌های روانی فرزندان جانباز از دیگر افراد

مورد بررسی بیشتر بود. استنباط محقق از افزایش اختلال‌های روانی در فرزندان جانبازان این بود که بین معلولیت پدر و اختلال‌های روانی فرزندان رابطه وجود دارد. از نتایج دیگر پژوهش این بود که نیمی از جانبازان مورد مطالعه وی، به دلیل معلولیت خویش محیط خانواده را متشنج می‌ساختند.

نوفلاح (۱۳۷۹) با بررسی میزان تنیدگی فرزندان جانبازان (اعصاب و روان و قطع عضو) به این نتیجه دست یافت که میزان تنیدگی در فرزندان جانبازان اعصاب و روان با فرزندان جانبازان قطع عضو به طور معناداری متفاوت است. ضمناً در این پژوهش میزان تنیدگی دختران جانبازان از پسران ایشان بیشتر بود. نتایج دیگر این پژوهش به قرار زیر است: الف) بین میزان تنیدگی در فرزندان جانبازان اعصاب و روان و فرزندان جانبازان قطع عضو در حوزه‌های تنیدگی تحصیلی، خانوادگی، فردی، اقتصادی و همسالان تفاوت معناداری وجود دارد، ب) بین میزان تنیدگی در حوزه‌های پنج‌گانه مذکور در فرزندان جانبازان اعصاب و روان و قطع عضو با جنسیت آن‌ها همبستگی معناداری وجود دارد.

ویسمه (۱۳۷۹) در بررسی میزان افسردگی در فرزندان (پسر) جانبازان و ارتباط آن با نوع جانبازی پدران و نحوه ارتباط با پدرانشان با استفاده از تست افسردگی بک و پرسشنامه نحوه ارتباط پدر - پسر بر روی ۱۲۰ نفر از فرزندان پسر جانبازان شهر تهران به این نتیجه رسید که بین میزان افسردگی پسران جانبازان دارای نقص بینایی با پسران جانبازان ترکش خورده تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین افسردگی پسران جانبازان دارای نقص بینایی با میانگین افسردگی پسران جانبازان ترکش خورده و اعصاب و روان و شیمیایی تفاوت معنادار وجود دارد. بین افسردگی پسران جانبازانی که با پدرشان ارتباط قوی داشتند با افسردگی پسران جانبازی که با پدرشان ارتباطی ضعیف داشتند، تفاوت معناداری وجود داشت؛ که گروه اول افسردگی کمتری داشتند.

تأمین سلامت روانی فرزندان از سوی خانواده و اجتماع امری است که در دنیای کنونی با مسایلی روبه‌رو شده است و عوامل تأثیرگذار زیادی در این خصوص نقش تعیین کننده دارند. از آنجایی که نوجوانان و جوانان از منابع مختلفی تأثیرپذیر هستند، نمی‌توان ادعا کرد که همه عوامل تأمین کننده سلامت روانی ایشان قابل تشخیص است. سازگاری اجتماعی فرزندان نیز از جمله مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشد.

نگرش مذهبی و مذهب، دو عاملی هستند که می‌توانند با سازگاری اجتماعی نوجوانان و جوانان در ارتباط باشند. یکی از مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است نشان داده اگرچه گروه همسالان و دوستان نقش بسیار مهمی در گرایش به سمت بزهکاری ایفا

می‌کنند، عامل مذهب نیز به نوبه خود سهم مهمی در جلوگیری از گرایش به سوی بزهکاری دارد (چادویک و تاپ، ۱۹۹۳). در مطالعه لو و هاندال (۱۹۹۵) روی گروه نمونه ۵۰۰ نفری دانشجویان از سه دانشگاه مختلف، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه آشکار ساخت که ابعاد متفاوت نگرش مذهبی پیش بینی کننده‌های معناداری برای مقیاس‌های فرعی سازگاری دانشجویان بودند. همچنین دانشجویان دختر و پسر از نظر نگرش مذهبی تفاوت معناداری داشتند، که دانشجویان دختر نمرات بالاتری نسبت به پسران داشتند.

با توجه به مطالب پیش گفته هدف از پژوهش حاضر ارتباط نگرش مذهبی و رابطه پدر فرزندی با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و عادی شهر تهران را مورد مطالعه قرار داد.

### روش‌شناسی پژوهش

طرح تحقیقی این پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری آن را دانش‌آموزان دختر و پسر خانواده‌های جانبازان و غیر جانبازان در سال‌های اول، دوم و سوم دبیرستان‌های شهر تهران تشکیل می‌دهند. نمونه آماری پژوهش حاضر برپایه روش نمونه‌گیری خوشه‌ای است. بدین صورت که از بین مناطق ۱۹ گانه تهران، پنج منطقه به طور تصادفی انتخاب شدند. این مناطق از شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق تهران برگزیده شدند. کلیه فرزندان جانباز که در مدارس شاهد و ایثارگر این مناطق مشغول به تحصیل بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. ذکر این نکته ضروری است که در هر منطقه آموزشی، یک مدرسه شاهد و ایثارگر وجود دارد و پژوهشگران ناگزیر بودند که کلیه دانش‌آموزان فرزند جانباز را مورد بررسی قرار دهند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

برای بررسی متغیرهای مورد نظر در این پژوهش از سه ابزار استفاده شد:

۱ - پرسشنامه **رابط پدر-فرزندی**: این پرسشنامه ۲۰ سوالی نوع رابطه پدر - فرزندی را می‌سنجد. این پرسشنامه قبلاً توسط ویسمه (۱۳۷۹) براساس پرسشنامه ابعاد رفتار والدین نقاشیان (۱۳۵۸) و براساس کارهای شیفر تنظیم و استفاده شده است. روایی پرسشنامه بر اساس روایی محتوایی و نیز روایی صوری مناسب و قابل قبول است. این روایی توسط پنج نفر از اعضای متخصص (دو نفر متخصص روان‌سنجی و سه نفر با تخصص روان‌شناسی) مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز با روش انسجام درونی سوالات پرسشنامه و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. در گزارش ویسمه (۱۳۷۹) ضریب آلفای کرونباخ برابر با  $a = ۰.۸۳$

گزارش شده است. این مقدار بالاتر از ۷۰ درصد و نشان دهنده انسجام و همبستگی درونی بسیار خوب است. در مطالعه مقدماتی، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در گروه نمونه ۴۸ نفری برابر با  $a = 0.70$  بود که نشان می‌دهد سوالات از انسجام و همبستگی مطلوبی برخوردارند.

**۲- مقیاس سازگاری اجتماعی آزمون شخصیت کالیفرنیا (CTP):** این آزمون نیمرخ سازگاری اجتماعی فرد را اندازه‌گیری می‌کند که توسط تورپ، کلارک، و تیگز (۱۹۵۳) منتشر شده است. آزمون دارای پنج سطح سنی پیش دبستانی، دبستانی، راهنمایی، دبیرستانی و بزرگسالی است که سطح دبیرستانی آن در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس سازگاری اجتماعی آزمون دارای شش خرده مقیاس قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی گرایش ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی است. هر خرده مقیاس دارای ۱۵ سوال است که در مجموع شامل ۹۰ سوال می‌شود. پاسخ به سوالات آزمون به صورت بلی یا خیر است. در دفترچه راهنمای آزمون در خصوص روایی آن بیان شده که سوالات آزمون بر اساس قضاوت معلمان، مدیران و واکنش دانش‌آموزان انتخاب شده است. پایایی آزمون نیز به وسیله دو نیمه کردن آزمون با روش اسپیرمن براون برای خرده مقیاس‌های سازگاری اجتماعی از  $a = 0.87$  تا  $a = 0.90$  گزارش شده است که نشان دهنده انسجام درونی و پایایی مناسب مقیاس‌های می‌باشد.

**۳- پرسشنامه نگرش مذهبی:** برای اندازه‌گیری نگرش مذهبی دانش‌آموزان گروه نمونه از پرسشنامه نگرش مذهبی خدایاری فرد و همکاران (۱۳۷۸) استفاده شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۴۲ سوال است که برای دانشجویان تنظیم شده است. در این پژوهش با بررسی به عمل آمده یک سوال - که بالاتر از سن دانش‌آموزان برآورده شده بود- حذف و پرسشنامه با ۴۱ سوال نهایی شد. پاسخگویی به سوالات پرسشنامه در قالب لیکرت پنج درجه‌ای کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم انجام می‌شود.

روایی پرسشنامه با روایی همزمان برآورده شده است. به این شکل که ضریب همبستگی سوالات نگرش مذهبی با سوالات ارزیابی میزان مذهبی بودن از نظر خود، خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها، استادان و افراد غیر آشنا و سایر مردم محاسبه شده که مقدار آن از  $0.32$  تا  $0.57$  گزارش شده است. این مقدار ضریب نشان دهنده همبستگی مثبت و معناداری بود. پایایی پرسشنامه نیز با ضریب آلفای کرونباخ برابر با  $a = 0.95$ ؛ با روش تنصیف و اسپیرمن براون برابر با  $r = 0.93$  و فرمول گاتمن  $r = 0.92$  گزارش شد که نمایانگر پایایی مطلوب و مناسبی است.

### شیوه اجرا:

اجرای نهایی این پرسشنامه‌ها بدین صورت بود که در ابتدا دانش‌آموزان مورد مطالعه هر مدرسه در یک کلاس گردهم آورده می‌شدند و سپس آزمونگر هدف از اجرای این آزمون‌ها را برای دانش‌آموزان توضیح می‌داد. پس از جلب اطمینان لازم و ایجاد رابطه خوب با دانش‌آموزان و ارائه دستورالعمل‌های لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها از دانش‌آموزان خواسته می‌شد که در ابتدا در مرحله اول به پرسشنامه‌های پدر - فرزندی و رفتار اجتماعی پاسخ دهند و پس از یک پذیرایی مختصر به پرسشنامه نگرش اعتقادی جواب دهند. پس از گردآوری داده‌های پژوهش، داده‌ها کدبندی شده و پس از ورود به رایانه و آمایش آن‌ها بوسیله نرم‌افزار SPSS پردازش شدند. برای پردازش داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چندگانه و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار رابطه پدر - فرزندی در کل برابر با  $SD= ۸/۷۸$  و  $M= ۵۶/۹$  است که به حداکثر نمره آن، یعنی ۸۰ تقریباً نزدیک است و نشان می‌دهد که در مجموع رابطه پدر - فرزندی گروه مورد مطالعه در حد مطلوب و مناسبی است. میانگین و انحراف معیار رابطه پدر-فرزندی گروه والدین جانباز ( $M= ۵۷/۸۴$ ) بالاتر از والدین گروه غیر جانباز ( $M= ۵۵/۸۸$ ) و بیانگر آن است که رابطه بین جانبازان و فرزندانشان مطلوب‌تر از رابطه پدر-فرزندی افراد غیر جانباز می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نگرش مذهبی دانش‌آموزان برابر با  $SD= ۷/۲۷$  و  $M= ۱۰۶/۷$  است که با در نظر گرفتن حداکثر نمره آن، یعنی ۱۵۵، مشخص می‌شود که نگرش مذهبی دانش‌آموزان بالاتر از حد متوسط بوده و دارای نگرش مذهبی نسبتاً قوی هستند. میانگین و انحراف معیار نگرش مذهبی فرزندان جانباز ( $SD=۶/۱۹$  و  $M= ۱۰۷/۳۰$ ) قوی‌تر از نگرش مذهبی فرزندان غیر جانباز  $SD= ۷/۱۶$  و  $M= ۱۰۶/۱۶$  می‌باشد. میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی در زمینه قالب‌های اجتماعی برابر با  $SD=۲$  و  $M= ۱۳/۰۱$  است که به حداکثر نمره مقیاس یعنی ۱۵ بسیار نزدیک می‌باشد مبین آن است که دانش‌آموزان معیارها و ملاک‌های قابل قبول جامعه خود را پذیرفته و آن را به درستی درک کرده‌اند. این میانگین در بین دانش‌آموزان گروه جانباز بالاتر از دانش‌آموزان گروه غیر جانباز می‌باشد. میانگین و انحراف معیار مهارت‌های اجتماعی برابر با  $SD= ۲/۳۶$  و  $M= ۹/۳$  است و از نمره حداکثر، یعنی ۱۵، فاصله دارد. این مقدار بیانگر آن است که میزان مهارت‌های اجتماعی در بین دانش‌آموزان در حد بالاتر از متوسط قرار

دارند و تفاوت چندانی بین دانش آموزان گروه جانباز و غیر جانباز وجود ندارد. میانگین و انحراف معیار گرایش ضد اجتماعی برابر با  $SD= ۱/۷۸$  و  $M= ۹/۴$  است که از حداکثر آن، یعنی ۱۵ پایین تر است؛ اما این مقدار بالاتر از حد متوسط آن است و نشان می‌دهد که گرایش ضد اجتماعی دانش آموزان پایین است، زیرا هر چه نمره پایین تر باشد گرایش ضد اجتماعی بالاتر است. میانگین و انحراف معیار روابط خانوادگی برابر با  $SD= ۲/۹۸$  و  $M= ۹$  است که از حداکثر آن، یعنی ۱۵ پایین تر است. این مقدار در حد مطلوب و مناسبی است و از حد متوسط بالاتر است و نشان می‌دهد که دانش آموزان به روابط و علایق خانوادگی پایبند هستند. این میانگین در دانش آموزان گروه جانباز بالاتر از گروه غیر جانباز است ( $M= ۸/۶۵$  عادی و  $M= ۹/۳۶$  جانباز). روابط مدرسه‌ای دانش آموزان دارای میانگین و انحراف معیار  $SD= ۲/۲۶$  و  $M= ۸/۵$  است. در مقایسه با سایر زمینه‌های سازگاری اجتماعی پایین‌ترین نمره زیر مقیاس روابط مدرسه‌ای می‌باشد و نشان می‌دهد که دانش آموزان علاقه چندانی به مدرسه ندارند و از بودن با دانش آموزان دیگر خیلی لذت نمی‌برند و تکالیف مدرسه را مناسب با علایق و استعدادها خود نمی‌دانند. تفاوت چندانی بین دانش آموزان گروه جانباز و غیر جانباز ملاحظه نمی‌شود. روابط اجتماعی دانش آموزان دارای میانگین و انحراف معیار  $SD= ۲/۵۷$  و  $M= ۸/۲$  است که در این زیر مقیاس هم مشخص می‌شود که دانش آموزان چندان از فعالیت‌های اجتماعی و روابط با افراد جامعه لذت نمی‌برند. و این میزان در بین دانش آموزان غیر جانباز بیشتر از دانش آموزان گروه جانبازان می‌باشد ( $M= ۷/۹۱$  عادی و  $M= ۸/۵۸$  جانباز). در مجموع، میزان سازگاری اجتماعی برابر با میانگین و انحراف معیار  $SD= ۸/۳۳$  و  $M= ۵۸/۱۴$  است که از حداکثر آن ۹۰، زیاد پایین نیست و نشان می‌دهد که دانش آموزان دارای سازگاری اجتماعی مناسب و مطلوبی هستند و این سازگاری اجتماعی نزد دانش آموزان گروه جانباز بالاتر از دانش آموزان غیر جانباز است.

جدول ۱. خلاصه نتایج ضریب همبستگی پیرسون نگرش مذهبی دانش آموزان با سازگاری

## اجتماعی

متغیر آماری	قالب‌های اجتماعی	مهارت‌های اجتماعی	گرایش ضد اجتماعی	روابط خانودگی	روابط مدرسه‌ای	روابط اجتماعی	سازش اجتماعی
ضریب همبستگی (r)	.۲۵*	.۱۰*	.۱۵	.۱۹**	.۱۸	.۱۲	.۱۷*
تعداد (n)	۴۳۱	۴۱۳	۴۱۸	۴۱۶	۴۲۳	۴۸۱	۳۳۳
سطح معناداری (p)	.۱	.۵	.۲	.۱	.۱	.۷	.۱

\*\*p&lt;/01

\*p&lt;/05

طبق یافته‌های جدول ۱ نگرش مذهبی با قالب‌های اجتماعی همبستگی مثبت معناداری ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۲۵$ ) دارد؛ به صورتی که هرچه نگرش مذهبی فرد بالاتر باشد، میزان پذیرش معیارها و قالب‌های اجتماعی او نیز بالاتر خواهد رفت. نگرش مذهبی با مهارت‌های اجتماعی نیز همبستگی مثبت معناداری ( $p < ۰/۰۵$  و  $r < ۰/۱۰$ ) دارد؛ به گونه‌ای که با افزایش نگرش مذهبی و باورهای مذهبی میزان مهارت‌های اجتماعی فرد نیز افزایش می‌یابد. نگرش مذهبی با روابط خانوادگی نیز همبستگی مثبت معناداری در سطح ۹۹ درصد اطمینان دارد، به گونه‌ای که هرچه نگرش مذهبی دانش‌آموز بالاتر باشد از روابط خانوادگی لذت بیشتری می‌برد. اما بین نگرش مذهبی با گرایش ضداجتماعی، روابط مدرسه و روابط اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد. در مجموع، بین نگرش مذهبی با سازگاری اجتماعی همبستگی معناداری ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۱۷$ ) وجود دارد؛ به نحوی که دانش‌آموزان با نگرش مذهبی بالاتر سازگاری اجتماعی بهتری دارند و این سازگاری در زمینه‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و روابط خانوادگی بیشتر است.

جدول ۲. خلاصه نتایج ضریب همبستگی پیرسون رابطه پدر-فرزندی با سازگاری فرزندان

متغیر آماری	قالب‌های اجتماعی	مهارت‌های اجتماعی	گرایش ضداجتماعی	روابط خانوادگی	روابط مدرسه‌ای	روابط اجتماعی	سازش اجتماعی
(r)	.۲۴*	.۱۶**	.۱۸**	.۴۵**	.۰۶	.۱۱*	.۳۳**
(n)	۴۰۰	۳۸۸	۳۸۹	۳۹۰	۳۸۶	۳۷۱	۳۱۲
(p)	.۰۱	.۰۱	.۰۱	.۰۱	.۲۵	.۰۵	.۰۱

\*\* $p < .۰۱$

\* $p < .۰۵$

طبق نتایج به دست آمده از جدول ۲، در رابطه با بررسی ارتباط بین روابط پدر-فرزندی با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز و غیرجانباز مشخص شد که بین رابطه پدر - فرزندی با پذیرش قالب‌های اجتماعی ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۲۴$ )، مهارت‌های اجتماعی ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۱۶$ )، گرایش اجتماعی ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۱۸$ )، روابط خانوادگی ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۴۵$ ) و روابط اجتماعی ( $p < ۰/۰۵$  و  $r = ۰/۱۱$ ) همبستگی مثبت معناداری وجود دارد؛ بصورتی که با افزایش و بهبود رابطه پدر-فرزندی، سازگاری اجتماعی در زمینه‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، گرایش اجتماعی، روابط خانوادگی و روابط اجتماعی نیز بهبود می‌یابد. در مجموع، رابطه پدر-فرزندی دارای همبستگی مثبت معناداری ( $p < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۳۳$ ) با سازگاری اجتماعی است؛ به گونه‌ای که دانش‌آموزان دارای رابطه پدر-فرزندی مناسب، از

سازگاری اجتماعی مطلوبی هم برخوردارند؛ به ویژه این رابطه در زمینه روابط خانوادگی بیشتر است.

گام بعدی در تحلیل یافته‌ها بررسی تحلیل واریانس دو عاملی نگرش مذهبی و روابط پدر - فرزندی براساس گروه و جنسیت و همچنین بررسی رگرسیون چند متغیری سازگاری اجتماعی در گروه جانباز و غیر جانباز براساس نگرش مذهبی، رابطه پدر - فرزندی، تحصیلات، سن والدین و جنسیت دانش‌آموزان بود. نتایج این بررسی به ترتیب در جداول ۳، ۴ و ۵ درج شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو عاملی (ANOVA) نگرش مذهبی براساس گروه

و جنسیت

P	F	MS	dF	S.S	منبع تغییر
.۰۶۴	۳/۴۴	۱۷۵/۴	۱	۱۷۵/۴۲	اثر گروه (جانباز و عادی)
.۰۴	.۵۸	۲۹/۷۸	۱	۲۹/۷۸	اثر جنسیت
.۰۱	۱۴/۰۴	۷۱۵/۵	۱	۷۱۵/۵	اثر گروه × جنسیت
			۴۴۰	۲۲۳۹۷/۶۹	خطا
			۴۴۳	۲۳۲۹/۶۴	کل

بنابر یافته‌های مندرج در جدول ۳، بین میانگین‌های نگرش مذهبی دانش‌آموزان گروه جانبازان و غیر جانبازان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین میانگین نگرش مذهبی دانش‌آموزان دختر و پسر نیز تفاوت معناداری باهم ندارد. اما اثر تعاملی گروه با جنسیت در نگرش مذهبی دانش‌آموزان تفاوت معنادار آماری ( $p < ۰/۰۱$  و  $F = ۱۴/۰۴$ ) نشان می‌دهد. برپایه نتایج به دست آمده مشخص شد که تفاوت معناداری در نگرش مذهبی در اثر تعاملی گروه و جنسیت در بین دانش‌آموزان پسر دارای پدر جانباز با میانگین  $M = ۱۰۸/۳۵$  با دانش‌آموزان پسر دارای پدر غیر جانباز با میانگین  $M = ۱۰۴/۵$  وجود دارد. دانش‌آموزان پسر گروه جانباز مذهبی‌تر از دانش‌آموزان پسر گروه غیر جانباز می‌باشند. اما بین میانگین نمرات نگرش مذهبی دانش‌آموزان دختر خانواده جانباز و غیر جانباز تفاوت چندانی وجود ندارد.



جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عاملی (ANOVA) روابط پدر-فرزندی بر اساس گروه جنسیت

منابع تغییر	S.S	dF	MS	F	P
اثر گروه (جانباز و غیر جانباز)	۳۸۱/۵۲	۱	۳۸۱/۵۲	۵/۲	.۰۵
اثر جنسیت	۴۵/۴۴	۱	۴۵/۴۴	.۵۹	.۴۴
اثر گروه × جنسیت	۱۳۵/۵۳	۱	۱۳۵/۵۳	۱/۷۸	.۱۸
خطا	۳۰۸۴۸/۶۳	۴,۶			
کل	۳۱۳۷۹/۹۲	۴۰,۹			

مطابق با یافته‌های جدول ۴ گروه جانبازان و غیر جانبازان تأثیر معناداری ( $p = 0/05$ ) و روی رابطه پدر-فرزندی دارد؛ به صورتی که میانگین رابطه پدر-فرزندی دانش‌آموزان فرزند جانباز ( $M = 57/84$ ) از دانش‌آموزان فرزند غیر جانباز یا عادی ( $M = 55/98$ ) بالاتر بوده و نشان می‌دهد که دانش‌آموزان فرزند جانباز با پدران خود رابطه بهتری نسبت به فرزند و پدرخوانده غیر جانباز دارند.

بین دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری از لحاظ رابطه پدر و فرزند وجود ندارد. یعنی دختران و پسران از لحاظ رابطه پدر و فرزند یکی هستند. تعامل گروه و جنسیت در رابطه پدر-فرزندی نیز اثر معناداری ندارد.

جدول ۵. رگرسیون چند متغیره سازگاری اجتماعی بر اساس متغیرهای پیش بین

ترتیب ورود	متغیر	R	R <sup>2</sup>	S.S	DF	MS	F	P	B	SEB	T	P
۱	رابطه پدر-فرزندی	.۳۳	.۱۱	۲۰۵۹/۴۸	۱	۲۰۵۹/۴۸	۳۲/۱۸	.۰۱	.۳۳	.۲۶	۵/۲	.۰۱
۲	نگرش مذهبی	.۳۵	.۱۳	۲۳۶۸/۲	۱	۱۱۸۴/۱۲	۱۸/۷۸	.۰۱	.۱۶	.۱۷	۲/۲	.۰۵
	عدد ثابت								.۲۱/۶۲	.۸	۲/۶۹	.۰۱

طبق یافته‌های جدول ۵ با توجه به این که رگرسیون با استفاده از روش سلسله مراتبی انجام گرفته است که در هر مرحله متغیر پیش‌بین بر اساس ملاک احتمال ورود متغیر وارد  $F < 0/05$  و خروج متغیر  $F \geq 0/1$  وارد تابع و از تابع خارج می‌شود، اولین متغیری که

بر طبق ملاک فو وارد شده متغیر رابطه پدر-فرزندی است. این متغیر با سازگاری اجتماعی فرزندان دارای همبستگی ( $r = 0/33$ ) بوده و مقدار ضریب تعیین آن برابر با ( $R^2 = 0/11$ ) است که نشان می‌دهد یازده درصد از واریانس سازگاری اجتماعی فرزندان را تبیین می‌کند. نتیجه تحلیل واریانس نشان می‌دهد که ( $p < 0/01$  و  $F = 32/18$ ) رابطه پدر-فرزندی با سازگاری اجتماعی دارای رابطه خطی معناداری است.

بنابراین، مقدار ضریب پیش‌بینی این متغیر برابر با  $\beta = 0/33$  با خطای  $SE\beta = 0/06$  است که طبق نتیجه آزمون تی ( $p < 0/001$  و  $T = 5/2$ ) ۹۹/۹ درصد اطمینان می‌تواند به طور معناداری سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند.

در مرحله بعدی متغیر نگرش مذهبی وارد تابع شده است، این متغیر به اضافه رابطه پدر-فرزندی مقدار همبستگی را به میزان ( $r = 0/35$ ) افزایش داده و ضریب تعیین آن برابر با ( $R^2 = 0/125$ ) است که نشان می‌دهد که ۱۳ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی را همراه با متغیر پیشین تبیین می‌کند. این متغیر طبق نتایج تحلیل واریانس رابطه خطی معناداری ( $p < 0/01$  و  $F = 18/78$ ) در سطح ۹۹ درصد اطمینان با سازگاری اجتماعی دارد. بنابراین مقدار ضریب پیش‌بینی نگرش مذهبی ( $\beta = 0/162$ ) با خطای  $SEB = 0/07$  به طور معناداری با ۹۵ درصد اطمینان ( $p < 0/05$  و  $T = 2/2$ ) می‌تواند سازگاری اجتماعی را پیش‌بینی کند.

بعد از این مرحله متغیر دیگری وارد تابع نشد و متغیرهای، تحصیلات، سن والدین و جنسیت دانش‌آموز خارج از تابع قرار گرفته است. بنابراین، تابع پیش‌بینی سازگاری اجتماعی در فرزندان جانباز و غیرجانباز به شرح ذیل می‌باشد و نشان می‌دهد که رابطه پدر-فرزندی و نگرش مذهبی در سازگاری اجتماعی فرزندان نقش حساسی را دارد.

$21/62 + (\text{نمره نگرش مذهبی} \times 0/162) + (\text{نمره رابطه پدر-فرزندی} \times 0/327) =$  سازگاری اجتماعی

طبق تابع فو برای افزایش و بهبود سازگاری اجتماعی فرزندان نوجوان بایستی به مسئله رابطه پدر-فرزندی و نگرش مذهبی آن توجه نشان داد و آن‌ها را بهبود بخشید.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر ارتباط بین نگرش مذهبی و رابطه پدر-فرزندی را با سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان و غیرجانبازان شهر تهران بررسی کرد. یافته‌های توصیفی پژوهش بیانگر آن بود که سازگاری اجتماعی جامعه مورد مطالعه، یعنی دانش‌آموزان پایه‌های اول تا سوم دوره متوسط نظری، بالاتر از حد متوسط و در سطح مناسب و مطلوبی است. این

سازگاری، به ویژه در پذیرش قالب‌های اجتماعی مرسوم در جامعه بسیار بالا بوده و نشان داد که دانش‌آموزان نوجوان معیارها و ملاک‌های قابل قبول جامعه خود را پذیرفته و آن را به درستی درک کرده‌اند. این یافته از این جهت مهم است که سازگاری اجتماعی یکی از عوامل مهم در فرایند اجتماعی شدن در دوره نوجوانی محسوب می‌شود. اجتماعی شدن فرایندی است که کودکان به کمک آن، ارزش‌ها، اعتقادات و معیارهای رفتاری را که فرهنگشان از آنان انتظار دارد را می‌آموزند (مانس و همکاران، ترجمه مهشید یاسایی، ۱۳۶۸).

مقایسه توصیفی سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان و غیر جانبازان مبین آن بود که فرزندان جانبازان نمرات نسبتاً بالاتری نسبت به فرزندان خانواده‌های غیر جانباز داشتند و تفاوت در شش مقیاس سازگاری اجتماعی مشهود بود. بررسی رابطه پدر-فرزندی در جامعه مورد مطالعه آشکار کرد که رابطه پدر - فرزندی کل جامعه در سطح مطلوبی قرار دارد و این رابطه نزد خانواده‌های جانبازان مطلوب‌تر از خانواده‌های غیر جانباز بود. چنانچه پیشتر آمد رابطه پدر-فرزندی عاملی مهم در سازگاری روانی - اجتماعی به شمار می‌رود (ویل واک - و بلاک، ۱۹۸۸، جانسون، ۱۹۹۰ و افروز، غلامعلی، ۱۳۷۷).

میزان نگرش مذهبی دانش‌آموزان گروه غیر جانباز و فرزندان جانبازان نیز بالاتر از حد متوسط بوده و بیانگر نگرش مذهبی قوی جامعه مورد مطالعه بود. این میزان نیز نزد فرزندان جانبازان بالاتر از فرزندان خانواده‌های غیر جانباز بود.

یافته‌های تحلیلی در خصوص چگونگی رابطه بین نگرش مذهبی با سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان و غیر جانبازان آشکار نمود که نگرش مذهبی همبستگی مثبت و معناداری با سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان و غیر جانباز دارد؛ به صورتی که دانش‌آموزانی که دارای نگرش مذهبی قوی‌تر هستند سازگاری اجتماعی آن‌ها نیز مطلوب است. این همبستگی به ویژه در زمینه‌های پذیرش قالب‌های اجتماعی مرسوم در جامعه، کسب مهارت‌های اجتماعی و نیز روابط خانوادگی از نظر آماری معنادار بود. این نتیجه با نتایج مطالعات دیز و میرز (۱۹۹۵) و کلوسن (۱۹۹۳) همسو می‌باشد. یافته‌های هر دو پژوهش فوق نشان می‌داد که نگرش مذهبی با احساس شادی و خوشبختی در زندگی و قابلیت سازگاری در اجتماع ارتباط دارد.

یافته‌های پژوهش در مورد روابط پدر - فرزندی با سازگاری اجتماعی فرزندان خانواده‌های جانباز و خانواده‌های غیر جانباز نشان داد که بین روابط پدر - فرزندی با سازش اجتماعی به طور کلی و نیز سازگاری اجتماعی در حوزه قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، گرایش ضد اجتماعی، روابط خانوادگی و روابط اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری

وجود دارد؛ به گونه‌ای که با مطلوب بودن رابطه پدر-فرزندی سازگاری اجتماعی نیز در حوزه‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی و عدم تمایل به رفتارهای ضد اجتماعی نیز بهبود می‌یابد. این یافته با مجموعه یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله اشتاین برگ (۱۹۹۰ و ۱۹۹۲)، ویل واک و بلاک (۱۹۸۸)، و نیز افروز (۱۳۷۷) همسو است. اشتاین برگ به این نتیجه رسید که نوجوانان دارای والدین پذیرا، قاطع و دموکراتیک، نمرات بالاتری در مدرسه کسب می‌کنند، خود اتکایی بیشتری دارند و کمتر در رفتارهای بزهکارانه وارد می‌شوند. هم‌چنین ویل واک و بلاک به این نتیجه رسیدند که هر موضوعی که باعث شود رفتار حمایتی پدر کمتر شود و در ارتباط با فرزندان از عصبانیت و تنبیه بدنی بیشتر استفاده کنند رابطه پدر - فرزندی مختل شده و تحت الشعاع قرار می‌گیرد. هم‌چنین افروز (۱۳۷۷) معتقد است که ارتباط صمیمی و خوشایند کلامی پدر با فرزند موجب افزایش مصونیت روانی و فرهنگی فرزند در دوران نوجوانی و جوانی می‌شود. از آنجایی که رابطه پدر فرزندی یکی از عوامل مهم سازگاری روانی-اجتماعی است و در مطالعه ویسمه (۱۳۷۹) نیز مشاهده شد که فرزندان با رابطه پدر - فرزندی قوی از افسردگی پایین‌تری برخوردار بودند؛ در این مطالعه نیز مشاهده می‌شود که فرزندان با رابطه پدر-فرزندی قوی از سازگاری اجتماعی بالاتری برخوردار هستند.

یافته‌های تحلیلی در خصوص نگرش مذهبی دو گروه فرزندان جانبازان و غیر جانبازان برای دانش‌آموزان پسر و دختر مبنی بر تفاوت معنی‌دار بودن آشکار کرد که تعلق داشتن به گروه جانباز و غیر جانباز از نظر نگرش مذهبی تفاوتی ندارند. جنسیت نیز اثر معناداری در نگرش مذهبی دانش‌آموزان جانباز و غیر جانباز دختر و پسر ندارد. اما اثر تعاملی جنسیت و گروه (جانبازان و غیر جانبازان) با نگرش مذهبی دانش‌آموزان ارتباط دارد. در بررسی میانگین نمرات چهار گروه مشاهده شد که فرزندان پسر جانبازان نسبت به فرزندان پسر غیر جانباز و فرزندان دختر جانباز و غیر جانباز دارای نگرش مذهبی بالاتری هستند. به عبارت دیگر نگرش مذهبی فرزندان پسر جانبازان قویتر از سایر گروه‌ها می‌باشد.

یافته‌های تحلیلی پژوهش مبنی بر تفاوت بودن روابط پدر-فرزندی براساس گروه جانباز و غیر جانباز جنسیت (دختر و پسر) آشکار نمود که گروه، یعنی تعلق به خانواده جانبازان و خانواده‌های غیر جانباز اثر معناداری در روابط پدر-فرزندی دانش‌آموزان دارد. بصورتی که رابطه پدر - فرزندی دانش‌آموزان فرزند جانباز از دانش‌آموزان فرزند غیر جانباز مطلوب‌تر است. جنسیت و اثر تعاملی گروه و جنسیت تأثیر معناداری در رابطه پدر - فرزندی نداشت. بنابراین، رابطه پدر-فرزندی پدران جانباز از پدران غیر جانباز قوی‌تر و مطلوب‌تر است. این

موضوع تفاوتی در فرزندان دختر و پسر ندارد و جانبازان هم با فرزندان دختر وهم با فرزندان پسر خود رابطه پدر-فرزندی مطلوبی دارند.

یافته‌های نتایج رگرسیون چند متغیری سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان براساس نگرش مذهبی و رابطه پدر-فرزندی دانش‌آموزان آشکار کرد که از بین عوامل فو متغیر رابطه پدر-فرزندی در مرحله اول و نگرش مذهبی در مرحله دوم به طور معناداری می‌توانند سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان را پیش بینی کن ند. بنابراین، این دو متغیر یعنی رابطه پدر-فرزندی و نگرش مذهبی بطور معناداری می‌توانند سازگاری اجتماعی را تبیین کن ند. طبق این تابع هر چه رابطه پدر-فرزندی قوی‌تر و نگرش مذهبی بالاتر باشد ، سازگاری اجتماعی نیز بهتر خواهد بود.

در این مقاله ضمن ارائه تصویری از وضعیت سازگاری اجتماعی و خرده مقیاس آن در بین دانش‌آموزان فرزندان جانباز و عادی و نیز نگرش مذهبی و رابطه پدر-فرزندی آنان نتایج حاصل از یافته‌های نشان داد که رابطه پدر-فرزندی و نگرش مذهبی توان پیش بینی و بهبود وضعیت سازگاری اجتماعی فرزندان را به طور معناداری دارا می‌باشد. این دو متغیر ملاک در بین فرزندان جانبازان وضعیت بهتری نسبت به فرزندان خانواده‌های عادی داشت. احتمالاً از این دو خصیصه مطلوب نزد پدران جانباز توانسته است تا حدودی محیط خانوادگی آنان را به سوی آرامش و تعادل روانی سو داده و از عوارض نامطلوب معلولیت پدر را کاهش دهد. در پایان پیشنهاد می‌شود متغیرهای به کار گرفته شده در پژوهش حاضر عیناً برای فرزندان شهید نیز در یک پژوهش جداگانه انجام شده تاننتایج آن بایافته‌های پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

#### یادداشت‌ها:

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. nostalgia                      | 10. Rutter               |
| 2. Kaplan, Freedman, Sadock       | 11. Chadwick & Top       |
| 3. Post Traumatic Stress Disorder | 12. Low & Handal         |
| 4. war neurosis                   | 13. Sheifer              |
| 5. shell shock                    | 14. validity             |
| 6. Mc Cubbin                      | 15. reliability          |
| 7. Parsons, Kehle & Owen          | 16. Thorpe Clark, & Tieg |
| 8. Fairbank, Schneger & Caddell   | 17. stepwise             |
| 9. Deboreh, Turner & Romano       | 18. Steinberg            |
|                                   | 19. Villwock & Black     |

## منابع

- افروز، غلامعلی (۱۳۷۷). پدر و پسرها، پیوند. شماره مسلسل پیاپی ۲۲۹، ۱۲-۱۸.
- احدی، حسن (۱۳۷۱). بررسی مسایل و مشکلات روانی - اجتماعی جانبازان. **مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی - روانی ناشی از جنگ**. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- تقدیسی، محمدحسین (۱۳۶۴). **مطالعه چگونگی سازگاری اجتماعی معلولین مرکز توانبخشی جانبازان انقلاب اسلامی امام خمینی (ره) و آرایه پیشنهادات جهت بهبودی وضع آنان**. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن (۱۳۷۸). تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان. گزارش نهایی طرح پژوهشی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- غضنفری، احمد (۱۳۷۱). مقایسه منبع کنترل و میزان افسردگی گروه جانبازان، معلولین عادی و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- فرشیدفر، ابوالقاسم (۱۳۷۱). **اثرات استرس ناشی از جنگ روی جانبازان و خانواده آن‌ها**
- و تأثیرات خانواده درمانی روی آن‌ها**. مجموعه مقالات سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی - روانی ناشی از جنگ. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران .
- قهاری، شهربانو (۱۳۷۵). **بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه، افسردگی و اضطراب فراگیر در کودکان شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهر چالوس، با ابزار کارشناسی CSI-4** پایان نامه ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کلانتری، مهرداد (۱۳۷۲). اثرات غیرمستقیم جنگ بر روی کودکان. **مقالات اولین سمپوزیوم سراسری استرس**. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران .
- متینی صدر، محمدرضا (۱۳۷۰). **بررسی افسردگی و تمایلات خودکشی در جانبازان بستری در آسایشگاههای تهران و مقایسه آن با جانبازان قطع نخاع بستری در منزل و افراد سالم**. پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

محمدی، محمدرضا و رضائیان، حمید (۱۳۷۰). بررسی مشکلات رفتاری فرزندان جانبازان و شهدا در مدارس. *مجموعه مقالات دومین سمپوزیوم جایگاه تربیت در آموزش و پرورش دوره ابتدایی*. تهران: انتشارات تربیت.

نامداری، کورش (۱۳۶۸). *بررسی مشکلات روانی - اجتماعی جانبازان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

نوفلاح، احمد (۱۳۷۹). *بررسی رابطه میزان استرس فرزندان جانبازان با نوع جانبازی پدرانشان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

ویسمه، علی‌اکبر (۱۳۷۹). *بررسی رابطه میزان افسردگی فرزندان جانبازان با نوع جانبازی و نحوه ارتباط با پدرانشان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

Beckham, J. ; Crawford, A. ; Feldman, M. & Kirby, A. (1997). Chronic Post-Traumatic Stress disorder and chronic pain in vietnam combat veterans *Journal of Psycho-somatic Research*, 43, ۳۸۹-۳۷۹ ، ۴ ،

Chadwick, Brace A., Top, Brent L., (1993). Religiosity and delinquency among LDS adolescents, *Journal for the Scientific study of Religion*, vol 32, Issue 10.

Deborah, Y. ; Turner, A. & Romano, M. (1993). Children of chronic pain patients: risk factors for a mal-adjustment. *pain*, 52 , 311-317.

English, H. & English, A. (1958). *A comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytic terms: A guide to usage*. New York: MC Kay.

Fairbank, J. ; Schnenger, W. & Caddell, M. (1993). Post Traumatic Stress Disorder. *comprehensive handbook of Psychopathology*. New York: plenum press.

Gortes, J. & Gatti, M. (1972). *Crimes a Biopsychosocial Approach* . New York: seminar press.

Jankoic, S. ; Stivicevic, V.; Dodig, G. & Blocic, M. (1998). Psychological characteristics of wounded and disabled war veteran. *Military medicine*, 63 , 331-336.

Kaplan, h. ; Freedman, A. M, & Sadock, B. (1980). *Comprehensive textbook of Psychiatry* , third edition, London: williams and willing.

Kubany, E. ; Gino, A.; Denny, N. & Torigot, R. (1994). Relationship of cynical hostility and PTSD among vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 7 , 1, 21-31.

Parsons, J. ; Kehle, J. & owen, V. (1990). Incidence of behavior problems among children of vietnam war veterans. *school Psychology International*, 11 , 253-259.

Low, cynthia A., Handal, paul J. (1995) The relationship between religion and adjustment to college. *Journal ot college Student Development*, vol 36(5), pp. 406-412.

Villwock, D. & Black, K. (1988). Closeness in father-offspring relationships: do differences linked to parental marital status persist in a multivariate approach? *paper presental at annual meeting of the midwestern Psychologic*.

Thorpe lowis P., willy W. Clark, and Ernest W. tiesg, (1953). *california test of personality primary*. 1953 Revision Moterey, calif: McGraw-Hill Book co.



## بررسی عوامل روان شناختی مرتبط با تجرد جانبازان مونث

دکتر محمود دژکام<sup>\*</sup>، سعید محمد<sup>\*\*</sup>، مظاهر رضائی<sup>\*\*\*</sup>  
پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

### چکیده :

هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی عوامل مرتبط با انگیزه ازدواج در جانبازان مونث می باشد. یافته ها نشان داد بین عزت نفس و انگیزه ازدواج رابطه مثبت وجود دارد و زنان دارای انگیزه بالای ازدواج از عزت نفس بیشتری برخوردار می باشند. بین مهارتهای اجتماعی و انگیزه ازدواج نیز رابطه مثبتی مشاهده شد. جرات ورزی و انگیزه ازدواج ارتباط مثبتی داشتند. ولی بین انگیزه ازدواج و میزان حمایت اجتماعی رابطه ای مشاهده نشد. تصور منفی از بدن و انگیزه ازدواج رابطه منفی داشتند و نشان داده شد زنان دارای انگیزه بالا برای ازدواج از تصور منفی کمتری برخوردار هستند. سن و انگیزه ازدواج، و نیز تحصیلات و انگیزه ازدواج رابطه ای نشان ندادند. بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی و انگیزه ازدواج، و درصد جانبازی و انگیزه ازدواج نیز رابطه ای مشاهده نشد.

**کلید واژه ها :** تجرد، انگیزه ازدواج، جانباز، زن

روان شناسی ازدواج تلاش گسترده ای در جهت مطالعه متغیرهای مرتبط با ازدواج داشته است. از جمله این تلاشها می توان به مطالعات مربوط به تفاوت‌های جنسیتی در معیارهای انتخاب همسر (اسپرچر و همکاران، ۱۹۹۴)، ارتباط تاهل یا تجرد با کارکردهای روانی - اجتماعی (لویس و مون، ۱۹۹۷؛ رابین اشتین و همکاران، ۱۹۹۱)، ارتباط تجرد با ویژگیهای شخصیتی (لیگو و اسپری، ۱۹۹۳) اشاره نمود. مطالعه بر روی تفاوت‌های جنسیتی در معیارهای انتخاب همسر حاکی است مردان نسبت به زنان به جذابیت ظاهری اهمیت بیشتری می دهند (اسپرچر و همکاران، ۱۹۹۴) و شاید همین جو حاکم بر کلیشه های

\* روانشناس عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

\*\* دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\* دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

فرهنگی موجب شده است زنان. نیز جذابیت ظاهری خود را شرط اساسی جذابیت جنسی برای مردان بدانند (گیس، ۱۹۸۹).

زنانی که مجرد بودن را به تاهل ترجیح می دهند، نگرشی دو سوگرا در مورد مجرد خود دارند و برخی واکنشهای مرضی نظیر احساس فقدان دارند (لویس و مون، ۱۹۹۷). این زنان ممکن است علیرغم کارکرد بالای روانی - اجتماعی قادر به جدایی از خانواده خود نباشند. برخی از مولفین نظیر لیگو و اسپری (۱۹۹۳) میل به مجرد در زنان را با عوامل شخصیتی از قبیل متغیرهای روان پویایی نظیر ناتوانی در همانند سازی، جدای - تفرد، و حل تعارض ادیبی مرتبط می دانند.

مطالعه انگیزه ازدواج در جمعیت‌های ویژه به ندرت مورد توجه مطالعات پژوهشی قرار گرفته است. در کشور ما که به مدت ۸ سال با جنگ مواجه بوده و بطور همه جانبه متحمل خسارتی شده است، زنان جانبازی را در خود جای داده است که مسایل روان شناختی خاص را دارا می باشند. در پژوهش حاضر سعی بر آن است که انگیزه ازدواج و متغیرهای مرتبط با آن (نظیر عزت نفس، تصور بدن، مهارتهای اجتماعی، جرات ورزی، و نگرشهای ناکارآمد، و حمایت اجتماعی) مورد بررسی قرار گیرد. همانطوریکه گفته شد پیرامون این موضوع در ادبیات پژوهشی، تلاش گسترده ای به چشم نمی خورد. ولی مساله جالبی موسوم به "شرمساری بدن" در ادبیات پژوهشی وجود دارد که می تواند با موضوع پژوهش حاضر مرتبط باشد. "شرمساری بدن نوعی شرمساری است که در پاسخ به بد شکلی بدن بروز می کند. بدشکلی به تفاوت قابل ملاحظه در ظاهر فردی اطلاق می شود که به لحاظ فرهنگی این تفاوت (مثل تفاوت چهره ای ناشی از سوختگی) قابل تأیید نیست (کار، ۲۰۰۲). در کل علل بدشکلی را می توان به سه دسته تقسیم کرد. نقص مادرزادی، نقص ناشی از سوانح، و نقص ناشی از بیماری (کنت و تامپسون، ۲۰۰۲). در واقع شرمساری بدن پاسخ به بدشکلی می باشد (گیلبرت، ۲۰۰۲).

ادبیات پژوهشی موجود پیرامون پیامد داشتن ظاهر متفاوت از دیگران حاکی است که این افراد در معرض تجربه مشکلات روان شناختی قرار می گیرند. اکثر پژوهشها بر این ادعا مهر تأیید زده اند. در مطالعه ای فرید و همکاران (۱۹۹۵) به بررسی اثرات روان شناختی پسوریازیس بر روی بیماران بستری و سرپایی پرداختند. نتیجه نشان داد ۸۳ درصد از این بیماران در طی تشدید علائم پسوریازیس دچار اضطراب شدند و ۶۵ درصد نیز خشم را تجربه نمودند. گاپتا و همکاران (۱۹۹۴) نیز بروز میزان بالای افسردگی را در بیماران مبتلا به پسوریازیس گزارش نمودند.

فاربر و همکاران ( ۱۹۸۷ ) با پیگیری ۱۸ ماهه ۴۲ بیمار دچار سوختگی نشان دادند ۲۱ درصد از این افراد به مداخله روان شناختی نیاز داشتند . والاس ( ۱۹۸۸ ) با پیگیری ۶ ماهه الی ۲ سال گزارش کرد ۳۰ الی ۴۰ درصد بیماران دچار سوختگی مشکلات روان شناختی داشتند . مالت و آگلند (۱۹۸۹) با بررسی ۷۰ بیمار دارای سوختگی که از ۳ الی ۱۳ سال پیگیری نموده بودند ، نشان دادند که ۲۳ درصد از این بیماران مشکلات روان شناختی داشتند. مشکلات روان شناختی با شدت آسیب رابطه مثبت داشت . بدین معنی که شدت مشکلات روان شناختی در افرادی که سوختگی بیشتر داشتند ، زیادتر از افرادی بود که آسیب شان کمتر بود. کلیو و رابینسون ( ۱۹۹۹ ) در پیگیری ۲۴ ماهه بیماران دچار سوختگی ۳۰ درصد از نمونه پژوهش خود را دارای اختلالات روانی توصیف نمودند .

هیچ یک از پژوهشهایی که در بالا بدانها اشاره شد ، به محل سوختگی و ارتباط آن با سازگاری روان شناختی نپرداخته اند . ویلیامز و کریفیس ( ۱۹۹۱ ) نشان دادند نقایص صورت در سانه سوختگی بهترین پیش بینی کننده مشکلات روان شناختی می باشد . این پژوهش یافته مهمی را مطرح می کند : شرمساری بدن ممکن است به طور معنی داری با قابل رویت بودن نقص جسمانی مرتبط باشد . کنت و کوهان ( ۲۰۰۱ ) ترس از ارزیابی دیگران را بعنوان پیش بین کیفیت زندگی مورد بررسی قرار دادند . این دو پژوهشگر برای تعیین میزان قابل رویت بودن نقص ، آزمودنیهای خود را در سه گروه جای دادند :

۱. آزمودنیهایی که هم در دستها و هم در صورت خود عارضه پسوریازیس داشتند .
۲. آزمودنیهایی که یا در دستها و یا در چهره خود پسوریازیس داشتند .
۳. افرادی که نه در دستها و نه در صورت خود پسوریازیس داشتند .

نتیجه نشان داد ترس از ارزیابی منفی با کیفیت زندگی مرتبط بود . نتیجه مهمتر این بود که در پیش بینی کیفیت زندگی ، قابل رویت بودن نقص تعیین کننده بود . بدین معنی که ترس از ارزیابی منفی در افراد دارای نقص قابل رویت بیشتر از افراد بدون نقص قابل رویت بود .

**روش****الف - آزمودنیها :**

جامعه آماری پژوهش عبارتست از : کلیه جانبازان مونث مجرد کل کشور که در سال ۱۳۸۱ تحت پوشش بنیاد جانبازان قرار داشتند . نمونه انتخاب شده به صورت غیر تصادفی می باشد . این نمونه شامل جانبازان شرکت کننده در اردوی تابستانی بنیاد جانبازان بود که تعداد آنها ۱۴۸ نفر بود .

**ب - ابزار پژوهش :**

در این مطالعه ابتدا پرسشنامه هایی جهت بررسی عوامل روا شناختی و دموگرافیک تهیه گردید . پرسشنامه کل شامل ۱۰۵ سوال بود که ۱۲ ماده به بررسی عزت نفس ، ۱۲ ماده به جرات ورزی، ۱۲ ماده به حمایت اجتماعی . ۱۵ ماده به مهارتهای اجتماعی و ۵ ماده به بررسی تصور بدنی اختصاص داشت . کلیه سوالات پرسشنامه فوق از متن پرسشنامه هایی بودند که پیش از این به کرات درموارد پژوهشی مورد استفاده قرار گرفته بودند . علاوه بر پرسشنامه های فوق ، آزمونی جهت بررسی انگیزه ازدواج شامل ۲۰ ماده تهیه و اجرا گردید .

**ج - اجرا :**

طی اقامت ۳ هفتگی جانبازان در اردوگاه یک گروه اجرا کننده شامل مجری طرح و ۵ کارشناس روان شناس پرسشنامه را با ارائه دستورالعمل از پیش تعیین شده اجرا نمودند .

**د - تجزیه و تحلیل آماری :****فرضیه اول :**

بین عزت نفس جانباز و انگیزه ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد . همانگونه که در جدول یک مشخص شده است بین این دو متغیر رابطه معنی داری در سطح  $0/001$  وجود دارد . جدول ۲ نیز حاکی است بین دو گروه جانبازان با انگیزه بالای ازدواج با گروه انگیزه پایین تفاوت معنی داری در سطح  $0/05$  وجود دارد . لذا فرضیه فوق تائید می گردد .

## فرضیه دوم:

بین میزان جرات ورزشی جانباز و انگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد.  
جدول یک میزان معنی داری در سطح ۰/۰۱ را برای ارتباط دومتغیر مذکور و جدول ۲ میزان معنی داری در سطح ۰/۰۰۷ را برای تفاوت دو گروه ذکر می کند. لذا فرضیه فوق تأیید می گردد.

جدول شماره (۱): همبستگی بین انگیزه ازدواج و متغیرهای مختلف

انگیزه	سن	عزت نفس	جرات ورزشی	حمایت اجتماعی	شناخت	مهارت اجتماعی	تصور بدنی
انگیزه	۰/۱۶	۰/۲۴**	۰/۲۰*	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۲۶**	۰/۲۸**
سن	۱/۰۰	-۰/۰۹	-۰/۱۰	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۱۶۵*
عزت نفس	-۰/۰۹	۱/۰۰	۰/۱۸*	۰/۴۴**	۰/۳۵**	۰/۳۷**	۰/۲۰*
جرات ورزشی	-۰/۱۰	-۰/۱۸*	۱/۰۰	-۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۲۴**
حمایت اجتماعی	۰/۰۰	۰/۴۴**	۰/۰۵	۱/۰۰	۰/۳۰**	۰/۲۰*	-۰/۲۳**
شناخت	-۰/۰۱	۰/۳۵**	۰/۰۶	۰/۳۰**	۱/۰۰	۰/۲۸**	-۰/۲۴**
مهارت اجتماعی	۰/۰۲	۰/۳۷**	۰/۰۸	۰/۲۰**	۰/۲۸**	۱/۰۰	۰/۱۸*
تصور بدنی	۰/۱۶۵*	۰/۲۰*	-۰/۲۴**	۰/۲۳**	-۰/۲۴**	۰/۱۸*	۱/۰۰

جدول شماره ۲: بررسی معنی داری تفاوت میانگین نمرات دو گروه انگیزه پایین و بالا در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین گروه ۱*	میانگین گروه ۲**	انحراف استاندارد گروه ۱	انحراف استاندارد گروه ۲	t	p
عزت نفس	۵۷/۴۱	۷۱	۱۵/۶۶	۱۷/۸۳	-۲/۰۷	۰/۰۴۶
جرات ورزشی	۴۴/۰۴	۵۶/۳۳	۱۲/۰۸	۱۳/۵۴	-۲/۹۱	۰/۰۰۷
حمایت اجتماعی	۷۷/۱۶	۷۸/۵	۱۷/۷۵	۲۵	۰/۷۰	۰/۴۹
نگرشهای ناکارآمد	۶۲/۰۴	۷۰/۱۶	۲۲/۱۶	۲۴	-۰/۸۸	۰/۳۹
مهارت اجتماعی	۴۶/۳۴	۲۹/۰۴	۲۰/۰۲	۲۰/۹۷	۲/۷۴	۰/۰۱
تصور بدنی	۱۴/۶	۸/۴	۵/۶	۷/۶	۲/۸۴	۰/۰۰۸
سن	۲۱/۴۷	۲۴/۸۴	۶/۹۵	۴/۹۲	۱/۶۳	۰/۱۱

\* گروه ۱ به معنی ۱۰ درصد افراد گروه نمونه که کمترین میزان انگیزه ازدواج را داشته اند، می باشد.  
\*\* گروه ۲ به معنی ۱۰ درصد افراد گروه نمونه که بیشترین میزان انگیزه ازدواج را داشته اند، می باشد.

**فرضیه سوم :**

بین میزان مهارت‌های اجتماعی جانباز و انگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد.

در جدول شماره یک میزان معنی داری برای ارتباط دومتغیر مذکور ۰/۰۰۱ هست. و در جدول شماره ۲ تفاوت دو گروه در مهارت‌های اجتماعی در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. لذا فرضیه فوق تائید می گردد.

**فرضیه چهارم :**

بین میزان نگرش‌های ناکارآمد جانباز وانگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد. رابطه دو متغیر مذکور معنی دار نمی باشد و تفاوت دو گروه نیز معنی دار نیست. بنابراین این فرضیه فوق تائید نمی گردد.

**فرضیه پنجم :**

بین میزان حمایت اجتماعی جانباز و انگیزه وی برای ازدواج رابطه وجود دارد. جدول یک و ۲ به ترتیب برای دو متغیر و تفاوت دو گروه در میزان حمایت اجتماعی سطح معنی داری نشان نمی دهند. بنابراین فرضیه فوق تائید نمی گردد.

**فرضیه ششم :**

بین تصور بدنی جانباز وانگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد. همانطور که در جدول یک مشخص شده است بین تصور بدنی جانباز وانگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد. در جدول ۲ نیز بین تصور بدنی جانباز و انگیزه بالا و انگیزه پایین تفاوت معنی دار در سطح ۰/۰۰۸ وجود دارد. لذا فرضیه فوق تائید می گردد.

**فرضیه هفتم :**

بین سن جانباز وانگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد. جدول شماره یک نشان می دهد بین سن جانباز وانگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی داری وجود ندارد. در جدول ۲ نیز مشاهده می شود سن دو گروه از جانبازان دارای

انگیزه بالای ازدواج و جانبازان دارای انگیزه پایین ازدواج تفاوت معنی داری ندارند. بنابراین فرضیه هفتم تأیید نمی شود.

#### فرضیه هشتم :

بین تحصیلات جانباز و انگیزه وی برای ازدواج رابطه معنی دار وجود دارد. تحلیل رابطه دو متغیر ضریب  $0/06$  را بدست داد. این ضریب در حدود قراردادی پژوهشها معنی دار نیست. لذا فرضیه مذکور تأیید نمی گردد.

#### فرضیه نهم :

بین میزان (درصد) جانبازی و انگیزه ازدواج رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب بدست آمده در حد  $0/00$  می باشد. لذا فرضیه تأیید نمی گردد.

#### فرضیه دهم :

بین انگیزه ازدواج در جانبازان و محل آسیب دیدگی رابطه وجود دارد. جدول ۳ جانبازان را از نظر انگیزه ازدواج بر اساس محل آسیب دیدگی مورد مقایسه قرار می دهد. تحلیل واریانس یکطرفه نشان می دهد که بین گروهها (C,A) و (B,C) و (C,D) از نظر میزان انگیزه ازدواج تفاوت معنی داری مشاهده می گردد. لذا فرضیه فوق تأیید می شود.

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین انگیزه ازدواج بر اساس عضو آسیب دیده (دست و پا، صورت و چشمها، هر دو بخش، بخشهای دیگر)

LSD	P	F	S <sup>2</sup>	DF	مجموع مجذورات	میانگین	N	
A≠C	0/02	3/34	164/14	3	B=492/42	26/36	65	A
B≠C			49/00		142	W=6959/24	28/75	33
C≠D							22/47	19
						27/24	29	C
								D

x بخشهای دیگر = D، دست و پا + صورت و چشم = C، صورت و چشم = B، دست و پا = A

### بحث و نتیجه گیری

در فرضیه اول رابطه مثبت بین نفس و انگیزه ازدواج پیش بینی شده بود. این فرضیه تأیید نشد. این یافته با یافته های پژوهش اسپرمی و لیگو (۱۹۹۳). و مطالعه نادلسون و ناتمن (۱۹۸۱) همسو می باشد. نادلسون و ناتمن (۱۹۸۱) اظهار میدارند زنانی که از عزت نفس پایین برخوردارند، خود از فردی غیر جذاب و فاقد ارزشمندی می دانند. لیه ری و همکاران (۱۹۹۵) اظهار می دارند زنانی که از عزت نفس پایین برخوردارند، کمتر به برقراری ارتباط با جنس مخالف گرایش دارند. در فرضیه دوم ارتباط بین جرات ورزی و انگیزه ازدواج پیش بینی نشده بود. این فرضیه نیز تأیید نشد. ماسر و لیبرمن (۱۹۸۹) اظهار میدارند افرادی که از جرات ورزی بالایی برخوردارند به برقراری ارتباط با جنس مخالف تمایل بیشتری نشان میدهند. در فرضیه سوم رابطه مثبت بین مهارتهای اجتماعی و انگیزه ازدواج پیش بینی شده است که تحلیل آماری این رابطه را به صورت منفی نشان داد. لازم به ذکر است که مواد طراحی شده برای سنجش مهارتهای اجتماعی موادی بودند که میزان ناراحتی اشخاص را در موقعیتهای مختلف می سنجد عبارت بهتر این مواد اضطراب اجتماعی را اندازه گیری می کند. بنابراین منطقی است که بپذیریم افرادی که میزان اضطراب اجتماعی کمتری دارند، میزان مهارت اجتماعی بالایی دارند. در این پرسشنامه کسانی که نمرات پایین تری می گیرند، دارای مهارت اجتماعی بالا شناخته می شوند. در تبیین رابطه مشاهده شده نیز می توان اظهار داشت با کمتر شدن میزان اضطراب اجتماعی، انگیزه ازدواج افزایش یافته است. (و بالعکس). این یافته با یافته اشتین (۱۹۷۶)، به نقل از نادلسون و ناتمن، (۱۹۸۱) متضاد می باشند. پژوهش این محقق نشان داد گسترده بودن ارتباطات اجتماعی از قبیل فرصتهای بیشتر برای دوست یابی در بین زنان و مردان مجرد از جمله عوامل هستند که به حفظ تجرد این افراد کمک می کنند. در تبیین این تناقض می توان به تفاوت های فرهنگی اشاره داشت. چرا که در پژوهش اشتین به انواعی از ارتباطات از جمله ارتباط با جنس مخالف و حتی زندگی مشترک اشاره شده است که می توان آنها را در زمره روابط اجتماعی موازی با روابط زناشویی محسوب کرد.

در فرضیه چهارم ، ارتباط نگرشهای ناکارآمد و انگیزه ازدواج پیش بینی شده بود. رابطه ای بین این دو متغیر مشاهده نشد. در مورد ارتباط این دو متغیر در ادبیات پژوهش مطالعه ای به چشم نمی خورد.

در فرضیه پنجم پیش بینی شد بین حمایت اجتماعی و انگیزه ازدواج رابطه مثبتی وجود دارد. این فرضیه تأیید نشده همانطوریکه در سطور قبل گفته شد پژوهش اشتین (۱۹۷۶)؛ به



نقل از نادلسون و ناتمن، (۱۹۸۱) اشاره شد که با بالا رفتن میزان ارتباطات اجتماعی، انگیزه ازدواج کاهش می یابد. علاوه بر تبیین ارائه شده در قسمت مذکور، می توان از دیدگاههای مختلف روان شناسی این موضوع را بررسی کرد.

لیگو واسپرمی (۱۹۹۳) به بررسی این موضوع پرداختند که چرا زنانی که کارکرد بالایی نیز دارند، ولی ناتوان از جدایی از خانواده های خود می باشند. این مولفین در پاسخ ابزار می دارند این زنان اغلب باور دارند که حمایتی را که از خانواده خود دریافت می کنند، از طریق ازدواج به چنین حمایتی دست پیدا نخواهند کرد.

در فرضیه ششم رابطه بین تصور منفی از بدن و انگیزه ازدواج پیش بینی شد. تحلیل آماری فرضیه را تأیید کرد. این یافته همسو با پژوهش گیسن (۱۹۸۹) می باشد. این پژوهشگر نشان داد زنان مجرد نسبت به زنان متأهل از تصور منفی بدنی بیشتری برخوردار بودند. در فرضیه هفتم رابطه بین سن و انگیزه ازدواج مطرح شده است. تحلیل آماری رابطه ای بین این دو متغیر را نشان نداد. ولی نادلسون و ناتمن (۱۹۸۱) سنین مقطع مورد بحث اریک اریکسون در مرحله " صمیمت در برابر انزوا را سن گرایش به ازدواج می دانند. آنها معتقدند کسانی که بحران این مرحله از رشد را حل می کنند، انگیزه بیشتری برای ازدواج دارند.

در فرضیه هشتم رابطه بین تحصیلات زنان جانباز و انگیزه آنها برای ازدواج مطرح شده است. تحلیل نشان داد رابطه ای بین این دو متغیر وجود ندارد. این مغایر با پژوهشهای دیگر می باشد. تایلر و گلین (۱۹۷۶) نشان دادند که با بالا رفتن تحصیلات زنان، انگیزه ازدواج کاهش می یابد. اسپرچر وهمکاران (۱۹۹۴) نیز یافته مشابهی را ذکر می کنند. این پژوهشگران در تبیین این یافته اظهار می دارند در گذشته زنان برای امرار معاش نیازمند به مردان بودند. ولی با گسترش تحصیلات عالی در بین زنان و برخورداری از موقعیت اقتصادی اجتماعی آنها وابستگی اقتصادی کمتری پیدا کردند. و همین امر می تواند انگیزه کم زنان تحصیل کرده برای ازدواج را توجیه کند.

در فرضیه نهم، رابطه بین میزان (درصد) جانبازی وانگیزه ازدواج مورد پرسش واقع شده است. تحلیل آماری رابطه معنی داری نشان نداد.

## بررسی عوامل مرتبط با سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان

دکتر تولایی\* - سعید محمد\*\*

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

چکیده:

هدف: هدف از مطالعه حاضر عبارتست از: بررسی ارتباط بین سازگاری اجتماعی و متغیرهای عزت نفس، کیفیت تعاملات خانواده، اعتقاد مذهبی، آشفتگی هیجانی، روشهای کنارآیی (مقابله)، و رابطه والد-کودک در فرزندان جانبازان- یافته ها: متغیرهای عزت نفس، کیفیت تعاملات خانواده، اعتقاد مذهبی، روشهای کنارآیی، کیفیت رابطه والد-کودک، رابطه مثبتی با سازگاری اجتماعی داشتند. ولی رابطه بین سازگاری اجتماعی و آشفتگی هیجانی فرزندان جانباز به صورت منفی بود. برای تعیین اولویت میزان همبستگی متغیرها با سازگاری اجتماعی از رگرسیون چند متغیره (روش گام به گام) استفاده شد که نشان داد عزت نفس بالاترین تغییر را در پیش بینی سازگاری اجتماعی دارد.

نتیجه: سازگاری اجتماعی با عوامل روانی- اجتماعی مرتبط می باشد.

کلید واژه: جانبازان، فرزندان، خانواده، سازگاری اجتماعی.

امروزه در جهان و بخصوص در کشورهایی که بیشتر در معرض جنگ و آسیبهای ناشی از آن می باشند، تحقیقات فراوانی در مورد اثرات و عواقب روانی- اجتماعی زیستی مرتبط با استرس زمان جنگ انجام می گیرد (فوکس، ۱۹۹۳). از جمله حیطه های پژوهشی مرتبط با این زمینه، مشکلات روان شناختی خانواده سربازان آسیب دیده جنگی می باشد (دباغی، ۱۳۷۹). و کارل و همکاران (۱۹۸۵) و سولمان گزارش نمودند همسر و فرزندان کهنه سربازان دارای اختلال پس از ضربه غالباً علایمی مشابه فرد دچار اختلال نشان می دهند. جردن (به نقل از دباغی، ۱۳۷۹) بیشترین مشکلات شایع فرزندان کهنه سربازان و نظامیان دارای اختلال استرس پس از ضربه را پایین بودن اعتماد به نفس، پرخاشگری، مشکلات رشدی و مختل بودن

\* - روانپزشک- عضو هیئت علمی دانشگاه بقیه الله

\*\* - دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

ارتباطات اجتماعی بیان نموده اند، و این مشکلات منعکس کننده رفتار والدین می باشد (دباغی، ۱۳۷۹).

پارسون و همکاران (۱۹۹۰) گزارش نمودند فرزندان کهنه سربازان و نظامیان دارای PTSD مشکلات رفتاری بیشتری را نسبت به سربازان و نظامیان فاقد این اختلال نشان می دهند. این مشکلات عبارتند از پرخاشگری، بزهکاری، بیش فعالی و مشکل در برقراری و استمرار دوستی های نزدیک و صمیمی. داویدسون و همکاران (۱۹۸۹) نیز افزایش مشکلات روان پزشکی یا رفتاری را در فرزندان سربازان و نظامیان دارای PTSD گزارش نمودند. در پژوهش حاضر سعی بر آن است سازگاری نوجوانان دارای پدرجانباز براساس سازه های عزت نفس، میزان تعاملات خانواده، اعتقاد مذهبی، و آشفتگی هیجانی پیش بینی شود.

### روش

نمونه و روش نمونه گیری : جامعه آماری پژوهش حاضر عبارتست از کلیه فرزندان جانبازان سراسر کشور که سن آنها بین ۱۲ تا ۱۸ سال است و میزان جانبازی پدران آنها بین ۲۵ تا ۷۰ درصد می باشد. بر اساس مطالعه مقدماتی - که بر روی ۵۵ آزمودنی صورت گرفت- تعداد ۶۲۵ نفر به روش نمونه برداری خوشه ای\* انتخاب شد. ابزار پژوهش : پرسشنامه های مورد نظر به صورت یک مجموعه آزمون که دارای دو فرم نوجوان و معلم می باشد، بکار گرفته شده اند.

ابزارهایی که در این پژوهش به کار رفته اند، عبارتند از : ۱- مقیاس سنجش خانواده؛ ۲- مقیاس کنارآیی نوجوانان؛ ۳- مقیاس عزت نفس؛ ۴- مقیاس سازگاری؛ ۵- آشفتگی هیجانی؛ ۶- روابط والدینی. هر یک از این ابزارها در ذیل بطور اختصار آورده شده است.

۱- مقیاس سنجش خانواده : این مقیاس بر اساس مدل مک مستر و بر پایه نظریه سیستمی قرار دارد. این مقیاس شش بعد عمده کارآیی خانواده را می سنجد. بارکر (۱۹۸۷) به نقل از دهگانپور، (۱۳۷۷) آنها را به ترتیب زیر خلاصه می کند : ۱- مساله گشایی؛ ۲- ارتباط؛ ۳- نقشها؛ ۴- واکنشهای عاطفی؛ ۵- مشارکت عاطفی؛ ۶- مهاررفتار. در مقیاس سنجش خانواده با استفاده از ترکیب شش بعد مذکور یک بعد کلی تعاملات عمومی نیز در نظر گرفته می شود. در مطالعه مقدماتی ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله چهار هفته ای ۰/۶۸ و ضریب

\* - هر شهر به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد.

همسانی درونی از طریق دو نیمه کردن و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ بدست آمد.

۲- مقیاس کنارآیی نوجوانان: مقیاس کنارآیی نوجوانان یک ابزار هشتاد ماده ای است که در سال ۱۹۹۳ توسط فرایدرنبرگ و لوئیس باهدف نحوه کنارآمدن در نوجوانان دوازده تا هجده ساله با استفاده از ترکیبی از رویکردهای تجربی و نظری ساخته نشده است. این مقیاس هجده راهبرد کنارآمدن را شناسایی می کند. که همه آنها در سه سبک گروه بندی می شوند. این سه سبک جنبه های کارآمدی و ناکارآمدی کنار آمدن را مشخص می کنند. پایانی بازآزمایی این مقیاس از ۰/۴۴ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (داعی پور، ۱۳۷۸) در مطالعه مقدماتی پژوهش حاضر پایایی بازآزمایی ضریبی در حدود ۰/۶۵ و همسانی درونی ضریبی در حدود ۰/۶۲ بدست داد.

۳- مقیاس عزت نفس: این مقیاس بر اساس سئوالات پرسشنامه کوپر اسمیت طراحی شده که شامل ۹ ماده از شماره ۲۶ تا ۳۴ پرسشنامه کلی پژوهش می باشد. در فرم معلم نیز سئوالات ۲۳ تا ۲۶ به بررسی عزت نفس نوجوان از دیدگاه معلم اختصاص دارد که مجموعاً نمره واحدی را تشکیل می دهند. در مطالعه مقدماتی میزان همسانی درونی در حد ۰/۷۵ بدست آمد.

۴- مقیاس سازگاری: این مقیاس بر اساس پرسشنامه سازگاری اسکات (۱۹۸۸) که در آن سازگاری نوجوان به سه بخش سازگاری خانوادگی، سازگاری بین فردی و سازگاری تحصیلی تقسیم شده ساخته شده است. مواد این بخش شامل ۲۵ سئوال می باشد. ضریب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ میزان ۰/۷۸ بدست داد.

۵- آشفتگی هیجانی: این مقیاس بر اساس سئوالات پرسشنامه بررسی آشفتگی هیجانی نوجوانان کشور که توسط فرقانی رئیسی (۱۳۷۲) ساخته شده است، طراحی شده است. این بخش شامل ۲۳ ماده می باشد که ۱۳ ماده آن در پرسشنامه نوجوان و ۱۰ ماده دیگر در پرسشنامه معلم جای دارد. ضریب همسانی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

۶- روابط والدینی: شامل ۲۵ ماده می باشد که در پرسشنامه نوجوان سئوالات ۳۵ تا ۵۹ را پوشش می دهند. این سئوالات روابط والدینی را در دو سطح رابطه پدر با فرزند و رابطه مادر با فرزند مورد بررسی قرار می دهد. ضریب همسانی درونی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ در حدود ۰/۸۵ بدست آمد.

## تحلیل داده ها

فرضیاتی که در ذیل آمده است، در پی پیش بینی رابطه و میزان آن در بین سازگاری اجتماعی فرزندان جانبازان و سایر متغیرهای پژوهش می باشد.

فرضیه اول : بین آشفتگی هیجانی (اضطراب و افسردگی) فرزندان جانباز و سازگاری اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

جدول یک نشان می دهد میزان همبستگی (پیرسون) بین این دو متغیر فقط در گروه پسران در حد  $0/01$  معنی دار می باشد. بنابراین بخشی از فرضیه اول تایید می شود.

فرضیه دوم : بین شیوه های کنارآیی فرزندان جانباز و سازگاری اجتماعی آنها ارتباط وجود دارد.

جدول شماره یک میزان همبستگی بین این دو متغیر را نشان می دهد که در هر دو گروه در حد  $0/01$  معنی دار می باشد. بنابراین فرضیه دوم تایید می شود.

فرضیه سوم : بین میزان عزت نفس فرزندان جانبازان و سازگاری اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

با توجه به داده های جدول یک همبستگی بین این دو متغیر در دو گروه پسران و دختران در حد  $0/01$  معنی دار می باشد.

جدول یک : میزان همبستگی سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز با متغیرهای پژوهش

کل P	جنسیت		متغیرها
	پسر	دختر	
$-0/27^*$	$-0/48^*$	$-0/02$	آشفتگی هیجانی
$0/47^*$	$0/34^*$	$0/62^*$	شیوه های کنارآیی
$0/53^*$	$0/63^*$	$0/40^*$	عزت نفس
$0/40^*$	$0/45^*$	$0/34^*$	نوع رابطه والد و کودک
$0/46^*$	$0/58^*$	$0/34^*$	میزان کیفیت تعاملات خانواده
$0/33^*$	$0/44^*$	$0/21^*$	اعتقاد مذهبی

\*  $P > 0/01$

در حد  $0/01$  معنی دار باشد.

فرضیه چهارم : بین رابطه والد و کودک و سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز ارتباط

وجود دارد.

با توجه به داده های جدول یک مشاهده می شود که همبستگی بین دو متغیر فوق در بین دو گروه پسران و دختران در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. بنابراین فرضیه چهارم تایید می شود.

فرضیه پنجم : بین چگونگی تعاملات خانواده جانباز و سازگاری اجتماعی فرزندان رابطه

وجود دارد.

جدول یک میزان همبستگی و میزان معنی داری آن بین متغیرهای میزان تعاملات خانواده و سازگاری اجتماعی فرزندان را در سطح ۰/۰۱ نشان می دهد. بنابراین فرضیه پنجم تایید شده است.

فرضیه ششم : بین اعتقاد مذهبی فرزندان جانبازان و سازگاری اجتماعی آنان رابطه

وجود دارد.

جدول یک نشان می دهد بین اعتقاد مذهبی فرزندان جانباز و سازگاری آنان در هر دو گروه پسران و دختران همبستگی معنی داری در سطح ۰/۰۱ مشاهده می شود. بنابراین فرضیه ششم تحقیق تایید می شود.

سؤال ویژه پژوهش : کدام یک از متغیرها در پیش بینی سازگاری فرزندان جانباز

ازاهمیت بیشتری برخوردار است؟

با توجه به اینکه متغیر اصلی مورد مطالعه متغیر وابسته سازگاری است و متغیرهای دیگر به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده سازگاری به حساب می آیند، لذا لازم شد جهت تعیین سهم هر کدام از متغیرها در پیش بینی متغیر سازگاری از روش تحلیل چند متغیری استفاده شود.

جدول ۲- خلاصه مدل رگرسیون برای کل آزمودنیها

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تصحیح نشده	خطای استاندارد تخمین
۱	۰/۵۳a	۰/۲۸	۰/۲۸	۶/۱
۲	۰/۶۰b	۰/۳۶	۰/۳۶	۵/۸
۳	۰/۶۵c	۰/۴۲	۰/۴۲	۵/۵
۴	۰/۶۷d	۰/۴۵	۰/۴۵	۵/۴
۵	۰/۶۹e	۰/۴۷	۰/۴۷	۵/۳۰
۶	۰/۷۰f	۰/۴۹	۰/۴۸	۵/۲

- (a) متغیر پیش بین: عزت نفس  
 (b) متغیر پیش بین: عزت نفس، FDA  
 (c) متغیر پیش بین: عزت نفس، FDA، اعتقاد مذهبی  
 (e) متغیر پیش بین: عزت نفس، FDA، اعتقاد مذهبی، رابطه عاطفی جانباز با همسر  
 (f) متغیر پیش بین: عزت نفس، FDA، اعتقاد مذهبی، رابطه عاطفی جانباز با همسر، رابطه عاطفی جانباز با فرزند، راهبردهای مقابله ای  
 (g) متغیر پیش بین: عزت نفس، FDA، اعتقاد مذهبی، رابطه عاطفی جانباز با همسر، رابطه عاطفی جانباز با فرزند، راهبردهای مقابله ای، ترتیب تولد

جدول ۲ نشان می دهد که میزان ضریب همبستگی کل بدست آمده برابر  $R = 0/69$  است. بنابراین می توان گفت که میزان ۴۷ درصد ( $R^2 = 0/47$ ) از کل واریانس متغیر سازگاری توسط متغیرهای فوق قابل پیش بینی است. با توجه به این جدول متغیرهای عزت نفس، FDA، و اعتقاد مذهبی به ترتیب عمده ترین پیش بینی کننده های سازگاری فرزندان جانباز می باشند.

#### بحث در نتایج:

در فرضیه اول رابطه بین آشفتگی هیجانی (اضطراب و افسردگی) فرزندان جانباز و سازگاری اجتماعی آنان پیش بینی شده بود که فقط در مورد پسران تایید شد. این یافته همسو با نتیجه پژوهش اسکات (۱۹۹۸) مبنی بر ارتباط اضطراب و سازگاری اجتماعی می باشد. فرایدنبرگ (۱۹۹۷) می گوید حوادث استرس زا در زندگی نوجوان به طور معنی داری با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارد. پارسونز (۱۹۹۰) از معلولیت پدر بعنوان سانحه آسیب زای ثانویه (ترومای ثانویه) یاد می کند. در واقع از دیدگاه این پژوهشگر مشکلات هیجانی فرزندان نظامیان و ممکن است با پدیده معلولیت پدر مرتبط باشد. در پژوهشی که کارول (۱۹۸۵) بر روی فرزندان سربازان ویتنامی انجام داد، بدین نتیجه رسید که این کودکان از علائم اضطرابی رنج می برند که مشابه علائم پدران خود می باشد. باکر و کوورکیان (۱۹۹۹) در مروری بر پژوهشهای انجام شده بر روی کودکان فلسطینی آنها را در دو دسته قرار می دهند:

- ۱- کودکانی که به طور مستقیم در گیر جنگ بوده اند و با سوانحی مثل انفجار بمب، و صدای شلیک گلوله مواجه بوده اند.

۲- کودکانی که در اردوگاههای کشورهای دیگر مثل لبنان بوده اند و به طور مستقیم جنگ را تجربه نکرده اند، ولی شاهد جراحات کسانانی بوده اند که در جنگ شرکت داشته اند. این دو پژوهشگر با استناد به یافته پژوهشها بروز علایم PTSD را در هر دو گروه ذکر می کنند. این دو پژوهشگر در ارتباط با گروه دوم از اصطلاح «سانحه زدگی ثانویه» استفاده می کنند. در این مورد پژوهشهای انجام شده بر روی کودکان از طریق ترسیمهای فرافکن و تحلیل رویا در طی انتفاضه فلسطین حاکی از اثرگذاری حوادث شنیده شده یا نقل شده - و نه مشاهده شده - دارد (باکر، ۱۹۹۰؛ به نقل از باکر و کوورکیان، ۱۹۹۹؛ ماسالها، ۱۹۹۳؛ به نقل از همان منبع).

در فرضیه دوم پیش بینی شده بین راهبردهای کنار آمدن فرزندان جانباز و سازگاری اجتماعی آنان رابطه وجود دارد که در هر دو گروه دختر و پسر تایید گردید. این رابطه در جهت مثبت می باشد. راهبردهای کنار آمدن با متغیر عزت نفس همبستگی مثبتی نشان داد. در واقع به لحاظ نظری هر دو سازه زیربنای مشابهی دارند. یکی از راهبردهای کنار آمدن که رابطه بسیار نزدیکی با عزت نفس دارد، راهبردهای اسناد (منع کنترل بیرونی یا درونی) می باشد. باکر (۱۹۹۰؛ به نقل از باکر و کوورکیان، ۱۹۹۹) نشان داد که کودکان فلسطینی نسبت به همسالان کشورهای دیگر عربی و نیز همسالان آمریکایی خود از منبع کنترل درونی بیشتری برخوردارند. باکر در توجیه این تفاوت مدعی است مواجهه با پدیده های تروماتیک مرتبط با انتفاضه موجب شده است کودکان برای مقابله تروماها راهبردهای کنار آمدن موثرتری را یاد بگیرند. بدین معنی که آنها در مقابله و کنار آمدن با استرسورها بیشتر به منابع درونی توجه دارند. نتیجه فرضیه دوم نیز حاکی است که هر چقدر فرزندان جانبازان از راهبردهای کنار آمدن بهتری برخوردار باشند، از سازگاری اجتماعی بیشتری برخوردارند. این یافته هماهنگ بامدل استرس - آمادگی می باشد. آمادگی اگر همراه با آسیب پذیری باشد، استرس می تواند علامت های آسیب شناختی را نمایان سازد. ولی اگر آمادگی همراه با خزانه رفتاری غالب و عبارتی همراه با راهبردهای کنار آمدن غنی باشد، شخص در صورت مواجهه با استرسورها نیز سازگاری بالایی خواهد داشت (باکر و کوورکیان، ۱۹۹۹).

در فرضیه سوم به وجود رابطه بین عزت نفس فرزندان و سازگاری اجتماعی آنان اشاره شده است که بر اساس تحلیل وجود این رابطه در هر دو گروه پسر و دختر مشاهده شد. این یافته با یافته پژوهش لیدری و همکاران (۱۹۹۵) هماهنگ می باشد. این پژوهشگران اذعان می دارند که عزت نفس پایین از جمله عوامل پیش بین قوی مشکلات رفتاری و هیجانی می باشد. افراد دارای عزت نفس پایین در مقایسه با افراد دارای عزت نفس بالا سطح بالاتری از



اضطراب، افسردگی، تنهایی، حسادت، شرمساری و نارضایتی را تجربه می کنند. این افراد جرات ورزی کمتری نشان می دهند و دوستان صمیمی کمتری دارند و احتمال شکست تحصیلی شان بیشتر می باشد.

در فرضیه چهارم به پیش بینی رابطه والد - کودک ( روابط والدینی ) در خانواده جانباز و سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز پرداخته شده است که این رابطه در هر دو گروه دختر و پسر به اثبات رسیده است. این یافته با یافته پژوهشهای بارمینه ( ۱۹۶۷ )، لوی ( ۱۹۹۵ )، میلکس ( ۱۹۷۹ ) و جوهانتسون هماهنگی دارد (به نقل از اسکات ۱۹۹۸). بارمینه ( ۱۹۶۷ ) در تبیین رابطه بین ارتباط والدین و سازگاری فرزندان می گوید والدین صمیمی که همواره با کودکان خود ارتباط نزدیکی دارند، در مقایسه با والدین طرد کننده، عصبانی و غیرصمیمی، کودکانی پرورش می دهند که از نظر اجتماعی مورد قبول و پذیرش همسالان می باشند.

در فرضیه پنجم پیش بینی شد بین کیفیت تعاملات در خانواده جانباز و سازگاری اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد که این رابطه در هر دو گروه پسر و دختر تایید شد. نتایج بدست آمده از این فرضیه با یافته پژوهشهای هیلی ( ۱۹۷۹ )، مستید ( ۱۹۷۹ )، و گلدن برگ ( ۱۹۹۶ ) هماهنگی دارد (به نقل از اسکات ۱۹۹۸). در واقع مقیاس FDA از دیدگاه سیستمی خانواده پیروی می کند.

در آسیب شناسی روانی کودک نقش والدین و نیز اخلاق در نقش والدین مورد توجه پژوهشگران می باشد ( کمپیل ، ۱۹۹۶ ). هلر و همکاران ( ۱۹۹۶ )؛ به نقل از کمپیل ، ۱۹۹۶ ) نمونه ای از کودکان پیش دبستانی را به طور طولی و به مدت دو سال مطالعه نمودند. دو متغیر مهم مشکلات این کودکان را بخوبی پیش بینی نمود: ۱- فرزندپروری مقتدرانه و ۲- استرس والدین. این پژوهشگران به اهمیت راهبردهای فرزندپروری و استرس خانواده در پایدار ساختن مشکلات در کودکان اشاره داشتند. در فرضیه چهارم ارتباط بین رابطه والد - کودک و سازگاری بررسی شد و در فرضیه پنجم به کیفیت تعاملات خانواده و ارتباط آن با سازگاری اجتماعی فرزندان جانباز توجه شد. نتیجه نشان می دهد رابطه بهینه والد - کودک و نیز تعاملات خوب خانواده با سازگاری بهتر اجتماعی همبستگی دارد. گرچه این رابطه را نمی توان به صورت علی تفسیر نمود، ولی به لحاظ تئوری ارایه شده توسط کمپیل (۱۹۹۶) مبنی بر ارتباط بین آسیب شناسی روانی کودک و تعاملات والدین و خانواده می توان اذعان داشت هر نوع عاملی که وظایف والدین را مختل کند، با بروز علایم نابهنجار در کودکان همراه خواهد بود.

در فرضیه ششم به وجود احتمالی بین اعتقاد مذهبی فرزندان جانباز و سازگاری اجتماعی آنان پرداخته شده است که این رابطه در هر دو گروه پسر و دختر مشاهده شد. این یافته با یافته پژوهش لوسیا و تولان (۲۰۰۰) هماهنگی دارد. آنان در مطالعه خود دریافتند که مذهب و راهبردهای کنارآیی از جمله عوامل محافظت کننده قوی در مقابل استرسها وارده به فرد بوده و می توانند نوجوانان را از ابتلا به ناسازگاربهای اجتماعی و روان شناختی در امان نگه دارد.

در تحلیل سوال ویژه بررسی شد که کدام یک از متغیرهای پیش بین میزان بیشتری از واریانس مشترک را تبیین می کند که پاسخ اشاره به سهم بیشتر عزت نفس در تغییرات مشترک بود. بعد از عزت نفس به ترتیب کیفیت تعاملات خانواده و اعتقاد مذهبی در رتبه های بعدی پیش بینی بودند.

#### **محدودیتها و پیشنهادات :**

در پژوهش حاضر ، نمونه انتخابی از بین فرزندان جانباز بود و هدف مطالعه ارتباط متغیرهای پژوهش با سازگاری اجتماعی در این گروه بود . یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر این بود که از گروه مقایسه - که می توانست یک گروه همتا به لحاظ سنی ولی دارای پدر غیرجانباز باشد - استفاده نشده بود . پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعد برای مقایسه تفاوت ویژگیهای روانی - اجتماعی کودکان دارای پدر جانباز با گروه دارای پدر غیرجانباز از گروه مقایسه و همتا استفاده شود .

## منابع:

- دباغی، پرویز (۱۳۷۹). بررسی تاثیرات اختلال استرس پس از جنگ بر سلامت روانی، زندگی زناشویی و مشکلات رفتاری فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- داعی پور، پروین (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی مقیاس کنارآیی نوجوانان و دانش آموزان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دهگانپور، محمد (۱۳۷۷). بررسی تعاملات در خانواده های کودکان دچار اختلال سلوک و بهنجار و تاثیر آموزش مادران بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران.
- Baker, A., & Kevoookian, N.S.(1999). Effects of political and military traumas on children : the palestinian case. *Clinical psychological Review*, 19, 935-950.
- Campbell, S.B.(1996). Young children at risk for psycho pathology: Developmental and Family perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 372-375.
- Carroll, E.M., & Rueger, D.B & FOY, D.W., & Donahoe, C.P.(1985). Vietnam Combat with posttraumatic Stress disorder : Analysis of Marital and Cohabiting adyustment. *Journal Abnormal Psychology*, 94, 329-337.
- Davidson, J.S, & Hughes, D, & Blaser, D.G.(1991). PTSD in the Community : An Epidemiological Studt. *Psychology Medicine*, 21, 317-724.
- Frydenberg, L.(1997). AA replication stand of the structure of adolescent Coping Scale. *European Journal of psychological Assessment*. Vo, 12, ISSUE3.224-235.
- Parsons (1990). Incidence of behavior problems among Children of Uietnam war Veterans. *School Psychology International*. 11,235-256.
- Parsons, J, & Kehle, T.J & Owen, S.V.(1990). Incidnce of behavior problems among Children of Vietnam war Veterans. *School Psychology International* 11, 235-256.
- Scott, Ruth (1998). *Adjustment of Adolescents*, Routledge. INC, 109-123.
- Tolana, Paulo-Lucia(2000). Parent – Child Relationship, family Structure and lonelines among adolescents, Texas Woman’s University, <http://www.findarticle.com>

## بررسی وضعیت بهداشت روانی فرزندان نوجوان جانبازان در ۲۲ استان کشور

دکتر فریده حمیدی

### چکیده

پژوهش حاضر که به صورت طرح زمینه یابی اجرا شده است، به دنبال بررسی مقایسه‌ای وضعیت بهداشت روانی فرزندان نوجوان جانبازان در ۲۲ استان کشور است. بدین منظور ۱۱۴۶ نفر از فرزندان جانبازان که ۴۶۴ نفر آنها دختر و ۶۸۲ نفر آنها پسر بودند و از استانهای مختلف ایران برای گذراندن اوقات فراغت خود به دعوت بنیاد مستضعفان و جانبازان به اردوگاه امام خمینی در لواسان دعوت شده بودند، نمونه‌گیری به شیوه «در دسترس» به عمل آمد.

ابزار اندازه‌گیری فرم کوتاه ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود نتایج براساس آزمون‌های آماری میانگین، انحراف معیار، درصد و همچنین آزمون آماری t برای مقایسه میانگین‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد که:

- ۰- تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی دختران با پسران در هشت استان مورد بررسی وجود ندارد.
- ۲- بهترین وضعیت بهداشت روانی مربوط به استانهای اصفهان، کردستان و خوزستان و پایین‌ترین وضعیت بهداشت روانی مربوط به استانهای سیستان و بلوچستان، مازندران، تهران، کهگیلیویه و بویراحمد و قم می‌باشد.
- ۰- تفاوت میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان ۵۰٪ به بالا در ۹۵٪ اطمینان نسبت به سایر فرزندان جانبازان در کل نمونه معنادار است و از وضعیت بهتری برخوردار است.
- ۴- در میان خرده- مقیاس‌های آزمون، مقیاس افسردگی از بالاترین میزان شیوع برخوردار است و (۲/۴۴٪)، و در کل جمعیت مورد بررسی ۲۲/۵۱٪ آزمودنی‌ها در پرسشنامه بهداشت روانی، نمره بالاتر از نقطه برش (۲۳) گرفته‌اند، که بیانگر شرایط نامساعد آنان از نظر سلامت روانی است.

## مقدمه

خانواده و بهداشت روانی آن، موضوعی بسیار پیچیده است که می‌تواند در اثر عوامل مختلف مختل شود. هر یک از اعضای خانواده با ویژگی‌های خاص خود، می‌توانند به نوعی بهداشت روانی خانواده را تحت‌الشعاع قرار دهند. وجود فردی معلول در خانواده، فضای روانی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر روابط میان اعضا نیز اثرگذار خواهد بود.

معلولیت بر اثر عوامل مختلفی همچون تصادفات، حوادث، سوانح، جنگ و برخی عوامل دیگر به وجود می‌آید. عوامل متفاوت ایجادکننده معلولیت نیز اثر متفاوتی بر شخصیت فرد معلول، و خانواده وی خواهد داشت. مجروحان جنگی، علاوه بر وجود معلولیت، تجربه جنگ را نیز در سابقه خود دارند. کوبانی، گینو، دنی و توریگو (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که بین اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای (PTSD) مجروحان جنگی دارای بیماری قلبی-عروقی و خشم و غرولند کردن آنها رابطه قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

نیمرخ روانشناختی افراد معلول و مجروح جنگ، با توجه به نتایج پژوهش‌های مختلف، نیمرخ قابل بحث است. الیوت و شوچاک (۱۹۹۵) افسردگی فراوانی در مجروحان جنگی دارای آسیب مغزی گزارش می‌کنند. مولرو، آگولار، اندی و ولز (۱۹۹۰) معتقدند مجروحان جنگی دارای مشکل شنیداری به ناهنجاری در کارکردهای هیجانی، اجتماعی، و ارتباطی دچارند. فرانک و هارولد (۱۹۹۱) گزارش می‌کنند افرادی که به خاطر حضور در جنگ دچار مشکل پزشکی شده بودند، به افسردگی مه‌م‌بتلا بودند.

جانبازان در ایران که درصد عمده‌ای- حدود نیم میلیون نفر (بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی، ۱۳۷۵، به نقل از ویسمه، ۱۳۸۰) - از جمعیت ایران را به خود اختصاص داده‌اند، با مشکلات روانشناختی و اجتماعی متعددی روبرو هستند، البته تفاوت‌هایی از لحاظ اعتقادی، انگیزشی و شخصیتی در جانبازان ایران و مجروحان جنگی دیگر کشورها وجود دارد و این عوامل نیمرخ روانشناختی متفاوتی را از جانبازان جمهوری اسلامی ارائه می‌دهد. متینی صدر (۱۳۷۰) در بررسی خود بدین نتیجه رسیده است که سطح افسردگی و تمایلات خودکشی در جانبازان قطع نخاع در مقایسه با معلولان قطع نخاعی و بیماران شدید در کشورهای غربی نسبتاً پایین است و میان افراد داوطلب اعزام به جبهه در مقایسه با افراد غیرداوطلب از نظر میزان اندیشه خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی اندیشه خودکشی کردن در افراد غیرداوطلب در مقایسه با افراد داوطلب بیشتر است.

البته با در نظر گرفتن تأثیر انگیزه‌های متعالی در کاهش مشکلات روانی- رفتاری جانبازان، باز هم نمی‌توان منکر نقش منفی مجروحیت بر محیط خانواده شد. قهاری (۱۳۷۵)

در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که نیمی از جانبازان به سبب معلولیت خویش، محیط خانواده را متشنج می‌سازند. چنین نتیجه‌ای، واقع نگری در مشکلات جانبازان را ضروری می‌سازد. در پژوهشی، نامداری (۱۳۶۸) در مورد نوع و میزان مشکلاتی که جانبازان با آن مواجه هستند؛ به موارد زیر اشاره می‌کند:

گوشه‌گیری و انزواطلبی، افسردگی و بی‌حوصله‌گی، دلهره و اضطراب، احساس گناه و حقارت، کم‌اشتهایی، احساس جدایی از اجتماع و احساس عدم پذیرش اجتماعی. بدیهی است که عدم سلامت روانی یا جسمی پدر، خانواده را از وضعیت طبیعی خویش خارج می‌سازد و آسیب‌پذیری اعضا، به ویژه فرزندان را در برابر بیماریهای روانی افزایش می‌دهد.

پژوهش ترنرو رومانو (۱۹۹۳) نشان می‌دهد کودکانی که والدین آنها دارای درد مزمن هستند، مشکلات روانی بیشتری از خود نشان می‌دهند و شایستگی اجتماعی شان کمتر است. یافته‌های فیربنک، سنگر و کدل (۱۹۹۳) نشان می‌دهد که کودکان سربازان ویتنامی همانند پدران خویش از علائم و نشانه‌های اضطراب در رنج هستند.

کلاتتری (۱۳۷۱) اظهار می‌دارد که معلولیت جسمی پدر (معمولاً ۷۰ درصد به بالا) مشکلات جدیدی برای او، همسر، و فرزندان به دنبال خواهد داشت. معلولیت پدر مانع از برقراری ارتباط مناسب فرزند با وی می‌شود. فرزند با مقایسه پدر معلول خود با سایر افراد عادی، نگرانی بیشتری دارد و نسبت به روابط همسالان خود با پدرانشان بیشتر حساس می‌شود. نو فلاح (۱۳۷۹) با بررسی میزان فشار روانی فرزندان جانبازان (اعصاب و روان و قطع عضو به این نتیجه دست یافت که میزان فشار روانی در فرزندان جانبازان اعصاب و روان با فرزندان جانبازان قطع عضو، به طور معناداری متفاوت است. در این پژوهش همچنین، میزان فشار روانی دختران جانبازان از پسران ایشان بیشتر گزارش شده است.

ثبات رفتاری پدر نیز امری بسیار مهم است که پسران نوجوان اهمیت بسزایی برای آن قائلند و بیش از هر چیز نیازمند آنند. متغیر بودن و نوسان داشتن رفتار پدر- به خصوص در مجروحان جنگی از نوع اعصاب و روان و دچار انفجار شده- تزلزل شخصیت نوجوان را به دنبال دارد (جانسون، ۱۹۹۰).

آن دسته از نوجوانان پسر که حتی از کمترین ارتباط خوشایند کلامی با پدر محروم هستند و پیوسته مورد کم‌لطفی و بی‌توجهی پدر قرار می‌گیرند، بیش از دیگر همسالان خود مستعد انواع آسیب‌پذیری‌های روانی، فکری، اجتماعی و سیاسی خواهند بود (افروز، ۱۳۷۷).

وبسمه (۱۳۸۰) در پژوهشی که تحت عنوان «بررسی رابطه میزان افسردگی فرزندان پسر جانبازان و نحوه ارتباط با پدران» بر روی ۱۲۰ آزمودنی انجام داد، به این نتیجه رسید که میانگین افسردگی پسران جانبازان ترکش خورده با میانگین افسردگی جانبازان نقص عضو و ضایعات نخاعی تفاوت معناداری دارد. همچنین بین میانگین افسردگی پسران جانبازان دارای نقص بینایی با میانگین افسردگی پسران جانبازان ترکش خورده و اعصاب و روان، شیمیایی و دچار انفجار شده، تفاوت معناداری مشاهده شد. میزان افسردگی دانش‌آموزانی که ارتباط ضعیف با پدران خود داشتند، با میزان افسردگی دانش‌آموزانی که ارتباط قوی با پدران خود داشتند، تفاوت معناداری را نشان داد.

پژوهش حاضر بر آن است که میزان بهداشت و سلامت روانی فرزندان جانبازان را براساس چهار خرده - مقیاس «علائم جسمانی و خستگی»، «اضطراب و اختلال خواب»، «کارکرد اجتماعی و حرفه‌ای»، «افسردگی و احتمال بروز خودکشی» و عامل عمومی مورد بررسی قرار دهد.

### اهداف پژوهش

هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی میزان بهداشت روانی فرزندان نوجوان جانبازان و مقایسه نمرات آنان براساس درصد جانبازی پدران آنها، جنسیت آنها، مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان در استانهای مقصد و در نهایت مقایسه آنها با خانواده‌های عادی است.

### سؤال‌های پژوهش

- ۰- آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان دختر جانبازان با فرزندان پسر جانبازان در استان‌های مختلف وجود دارد؟
- ۰- چه تفاوتی بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در استانهای مختلف ایران وجود دارد؟
- ۳- آیا تفاوت معناداری بین نمرات فرزندان جانباز بالای ۵۰٪ با کل فرزندان جانبازان وجود دارد؟
- ۴- درصد اختلالات بهداشت روانی در هر خرده- مقیاس و نمره کل آزمون GHQ در استان‌ها و کل کشور چگونه است؟
- ۵- آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان با خانواده‌های عادی وجود دارد؟

### آزمودنی‌ها

در این پژوهش ۱۲۱۰ نفر از فرزندان جانبازان سنین راهنمایی از ۲۲ استان کشور که به منظور گذراندن اوقات فراغت خود از طرف بنیاد مستضعفان و جانبازان به اردوگاه امام خمینی دعوت شده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مورد ارزیابی قرار گرفتند. از این تعداد ۶۴ پرسشنامه فاقد اعتبار بود و حذف شد، و ۱۱۴۶ پرسشنامه دیگر مورد بررسی قرار گرفت که ۴۶۴ مورد مربوط به دختران و ۶۸۲ مورد مربوط به پسران بود. جدول (۱) فراوانی و جنسیت آزمودنی‌ها در استان‌های مختلف را نشان می‌دهد.

جدول (۱): فراوانی و جنسیت آزمودنی‌ها با توجه به محل زندگی آنها

ردیف	شهر	مؤنت	مذکر	ردیف	شهر	مؤنت	مذکر
۱	ایلام	۲۶	۳۲	۱۲	تهران	۲۹	-
۲	خوزستان	۱۰	۴۸	۱۳	قم	۲۴	-
۳	آذربایجان غربی	-	۵۶	۱۴	هرمزگان	۲۸	-
۴	آذربایجان شرقی	-	۳۹	۱۵	اردبیل	-	۳۱
۵	سیستان و بلوچستان	-	۹	۱۶	گلستان	۳۱	-
۶	کهگیلویه و بویراحمد	-	۱۳	۱۷	مازندران	۲۲	۳۹
۷	بوشهر	۱۵	۴۴	۱۸	کرمان	-	۹۰
۸	همدان	-	۶۰	۱۹	خراسان	۶۴	۳۹
۹	گیلان	۵۱	-	۲۰	قزوین	-	۲۲
۱۰	چهارمحال و بختیاری	-	۳۲	۲۱	اصفهان	۱۰۱	-
۱۱	کردستان	۱۲	۴۹	۲۲	فارس	۵۱	۷۹

### ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) فرم کوتاه ۲۸ ماده‌ای استفاده شده است. متن اصلی این پرسشنامه را گلدنبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با استفاده از روش تحلیلی عاملی بر روی فرم بلند آن تدوین و تنظیم کردند که به طور وسیعی از آن برای تشخیص اختلالات خفیف روانی و غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است که تاکنون بطور گسترده در مطالعات زمینه‌یابی و طب عمومی و بیماران



سرپایی و بستری استفاده شده است. بنا به اظهار گلدنبرگ (۱۹۷۲) پرسشنامه سلامت عمومی در صدد یافتن ناراحتی‌های جدی نظیر اسکیزوفرنی یا افسردگی پسیکوتیک نیست، متن پرسشنامه راجع به وضع کسالت و ناراحتی‌ها و مآلاً سلامت عمومی فرد با تأکید بر مسائل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است و از این طریق علائم مرضی و حالت‌های تندرستی فرد ارزیابی می‌شود.

این پرسشنامه مکرراً تجدیدنظر شده و فرم‌های کوتاه ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰، ۴۴ سؤالی به تناسب شرایط و فرهنگ‌های مختلف از آن تهیه شده است (گلدنبرگ و ویلیامز ۱۹۸۸، به نقل از بهاری، ۱۳۷۹).

در تمامی سؤاها آزمودنی باید گزینه‌هایی را که با اوضاع و احوال او بیشتر مطابقت دارد، مشخص نماید. پاسخ آزمودنی به هر یک از پرسشها در یک طیف چهار درجه‌ای «اصلاً»، «در حد معمول»، «به مراتب بیشتر از حد معمول»، «تقریباً بیشتر از حد معمول» یا «قطعاً نه»، «فکر نمی‌کنم»، «به ذهنم خطور کرده»، «قطعاً بلی»، «هیچ»، «کمی»، «زیاد»، «مثل همیشه»، «خیلی زیاد/ بیشتر از همیشه» مشخص می‌شود. در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و وجود ناراحتی در فرد است. نسخه‌های مختلف این پرسشنامه تاکنون حداقل به ۳۶ زبان مختلف دنیا ترجمه شده و مورد استفاده می‌باشد (هومن، ۱۳۷۶). در ایران نیز فرم‌های ۱۲ و ۲۸ ماده‌ای آن - پس از تغییر گزینه‌ها- روی گروه‌هایی از بزرگسالان، کارمندان دولتی، دانشجویان و دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان اجرا شده است.

فرم ۲۸ ماده‌ای GHQ که در این پژوهش استفاده شده است دارای ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارتند از:

- ۰ علائم جسمانی
- ۰ اضطراب و اختلال خواب
- ۰ اختلال در کارکرد اجتماعی
- ۰ افسردگی شدید

نتایج چند مطالعه دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از پرسشنامه‌های ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت عمومی در تشخیص ناراحتی‌های روان‌شناختی دارد (مدینا مورا و همکاران ۱۹۸۳، بنجامین و همکاران ۱۹۸۲) و نیز توان ارزیابی شدت اختلالات روان‌شناختی توسط GHQ-28 در حد لازم وجود دارد (رابینز و براکس، ۱۹۸۱، به نقل از هومن، ۱۳۷۶).

### شواهد مربوط به اعتبار ابزار پژوهش

الف - در خارج از کشور

گلدنبرگ (۱۹۷۰) همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۸۰٪+ گزارش نمود همچنين وی و همکارانش (۱۹۷۶) در تحقیق دیگری همبستگی بین نمرات GHQ و SCL-90 را ۷۸٪+ گزارش کرد.

جونز و همکاران (۱۹۷۸) همبستگی نمرات GHQ و PSE-90 را ۷۶٪+ گزارش کرده است. چان و چان (۱۹۸۳)، چیونگ و اسپیزر (۱۹۹۴) ضریب همبستگی درونی پرسشنامه GHQ-30 , HQ-28 را به ترتیب ۸۵/۰ و ۸۵/۰ گزارش کردند (به نقل از هومن، ۱۳۷۶). خزائیلی می نویسد به نظر گلدنبرگ (به نقل از آریا و همکاران، ۱۹۹۲) فرمهای مختلف GHQ دارای روایی و کارایی بالایی هستند. (به نقل از بهاری، ۱۳۷۹)

ب - در داخل کشور

در ایران نیز تحقیقات متعددی بر روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان، دانش‌آموزان و کارمندان به عمل آمده است که برخی از آنان بشرح زیر می‌باشد :

هومن (۱۳۷۶)، پالاهنگ (۱۳۷۴)، یعقوبی (۱۳۷۵)، مجاهد (۱۳۷۴) یزدان پناه (۱۳۷۵)، میرخشتی (۱۳۷۵) و صولتی (۱۳۷۷). اعتبار پرسشنامه نسخه فارسی GHQ-28 را به ترتیب به میزان ۸۴/۰ ، ۹۱/۰ ، ۸۸/۰ ، ۶۲/۰ ، ۹۲/۰ و ۸۹/۰ گزارش نموده‌اند.

مدت زمان اجرای GHQ-28

مدت زمان تکمیل نسخه فارسی GHQ-28 بطور متوسط ۸ دقیقه می‌باشد. کسانی که بیشتر از ۱۳ دقیقه صرف پاسخ به سؤال‌ها می‌کنند احتمالاً از خود مقاومت نشان می‌دهند و سعی دارند وضع و حال خود را بگونه دیگری جلوه دهند.

### روش اجرا و نمره‌گذاری GHQ-28

این پرسشنامه به صورت فردی و گروهی قابل اجراست. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به صورت گروهی اجرا گردید.

### روش کمی‌سازی و نمره‌گذاری پاسخ‌های GHQ-28

تاکنون ۵ روش برای نمره‌گذاری پاسخ‌های آزمودنی‌ها به هر یک از سؤال‌های پرسشنامه سلامت عمومی GHQ تدوین گردیده است. این پنج روش عبارتند از :

روش قراردادی، روش‌های شماره ۱ و ۲ قراردادی، مدل ساده لیکرت، روش اصلاح شده لیکرت .

در جدول شماره ۳-۲ روشهای مختلف نمره‌گذاری پاسخهای داده شده به ماده سوالات GHQ نشان داده است.

جدول ۲: روشهای نمره‌گذاری پاسخهای سوالات GHQ-28

روش اصلاح شده لیکرت	مدل ساده لیکرت	CGHQ2 N. items P. items		CGHQ1 N. items P. items		روش قراردادی	گزینه‌ها*
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	اصلاً
۱	۱	۲	۰	۱	۰	۰	در حد معمول
۲	۲	۳	۳	۱	۱	۱	تقریباً بیشتر از حد معمول
۲	۳	۳	۳	۱	۱	۱	به مراتب بیشتر از حد معمول

Sؤالهایی که حالات سلامتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. N.items

Sؤالهایی که علائم مرضی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. P.items

\* متن گزینه‌های سؤالهای شماره ۱، ۱۶، ۲۵ و ۲۸ با بقیه سوالات تفاوت دارد اما در تمامی آنها نیز شدت کم به زیاد وجود دارد.

ماخذ: گلدنبرگ ۱۹۷۲، گورچایلد و دانکن (نقل از بارکوئرو ۱۹۸۶، به نقل از هومن ۱۳۷۶).

در تمامی روشهای یاد شده نمره پایین دال بر سلامتی و نمره بالا حاکی از اختلال است. در اثر اجرای این روشها برای هر فرد پنج نمره بدست می‌آید، چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. بهترین و مناسبترین روش نمره‌گذاری که در این پژوهش نیز بکار رفته است، استفاده از روش ساده لیکرت (با نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳) برای گزینه‌های مواد پرسشنامه است (گلدنبرگ ۱۹۷۲، به نقل از هومن ۱۳۷۶).  
واسکوئز بارکوئرو (۱۹۸۶) اذعان کرده است که برای غلبه بر محدودیت‌های مربوط به عدم کارایی پرسشنامه GHQ در شناسایی و تشخیص اختلالات روانشناختی مزمن استفاده از روش ساده نمره‌گذاری لیکرت در این پرسشنامه بر سایر روشها ارجحیت دارد. سریرام و همکاران (۱۹۸۳)، به نقل از بهاری، (۱۳۷۹) نیز فرم کوتاه GHQ را برای افراد با تحصیلات پایین پیشنهاد نموده‌اند. با توجه به اینکه هر یک از مقیاس‌های تشکیل دهنده پرسشنامه شامل ۷ ماده و کل مجموعه شامل ۲۸ ماده است، کسانی که طی یکماه گذشته در زمینه‌های مورد نظر هیچگونه احساس ناراحتی نکرده‌اند برای هر ماده نمره صفر و جمعاً  $7 \times 0 = 0$  نمره می‌گیرند. اشخاصی که در زمان یاد شده در تمامی زمینه‌های مطرح شده مقدار کمی احساس

ناراحتی کرده‌اند برای هر کدام نمره «یک» و جمعاً  $7 \times 1 + 7 \times 1$  نمره می‌گیرند. به همین ترتیب، کسانی که مقدار بسیار زیادی در زمینه‌های مذکور احساس ناراحتی داشته‌اند، برای هر ماده نمره ۳ و جمعاً  $3 \times 21 = 63$  نمره می‌گیرند. دادستان (۱۳۷۷) اذعان می‌دارد که نقطه برش سلامت و عدم سلامت در هر خرده مقیاس نمره بالاتر از ۱۴ می‌باشد. بدین ترتیب آزمودنی‌هایی که در هر خرده مقیاس نمره‌ای کمتر از ۱۴ می‌گیرند واجد بیماری تشخیص داده نمی‌شوند. همچنین در کل مجموعه نیز روال تفسیر نمره شبیه به مقیاسهای فرعی است. بر این مبنا، حد پایینی نمره‌ها مربوط به کسانی است که طی یکماه قبل شبیه به مقیاسهای فرعی است. بر این مبنا، حد پایینی نمره‌ها مربوط به کسانی است که طی یکماه قبل از تکمیل پرسشنامه، سلامتی آنها با توجه به هیچ یک از ملاک‌های مطرح شده در پرسشنامه تهدید نشده است و نمره  $0 = 28 \times 0$  گرفته‌اند و حد بالا نمره‌ها متعلق به افرادی است که سلامتی آنها با توجه به همه معیارهای مطرح شده در پرسشنامه مورد تهدید واقع شده و نمره  $84 = 28 \times 3$  گرفته‌اند.

برای تفکیک افراد سالم از افراد ناسالم که GHQ-28 را تکمیل نموده‌اند، نقطه برش(هایی) در پژوهشهای متعدد تعیین شده است. هومن (۱۳۷۶) بهترین نقطه برش را با روش نمره‌گذاری ساده لیکرت نمره ۲۳ تعیین نموده است. پالانگ (۱۳۷۵) بهترین نقطه برش را با همان روش نمره‌گذاری برای مردان ۲۲ و برای زنان ۲۱ معین نمود- دادستان (۱۳۷۷) نقطه برش را برای مداخلات درمانی ۱۷ و پژوهش، ۲۱ اعلام نموده است. یعقوبی (۱۳۷۵) بهترین نقطه برش را با روش نمره‌گذاری ساده لیکرت نمره ۲۳ اعلام کرده است.

### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش از روشهای مختلف آماری مانند درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نیز آزمون t برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

### نتایج

به دنبال اجرای پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بر آزمودنی‌های مربوط به استانهای مختلف در اردوگاه امام خمینی، فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات آنها به تفکیک هر استان مورد ارزیابی قرار گرفت. از آنجا که در هشت استان کشور آزمودنی‌های مؤنث و مذکر مورد ارزیابی قرار گرفتند، از اینرو آزمون t برای مقایسه میانگین‌های نمرات دختران و

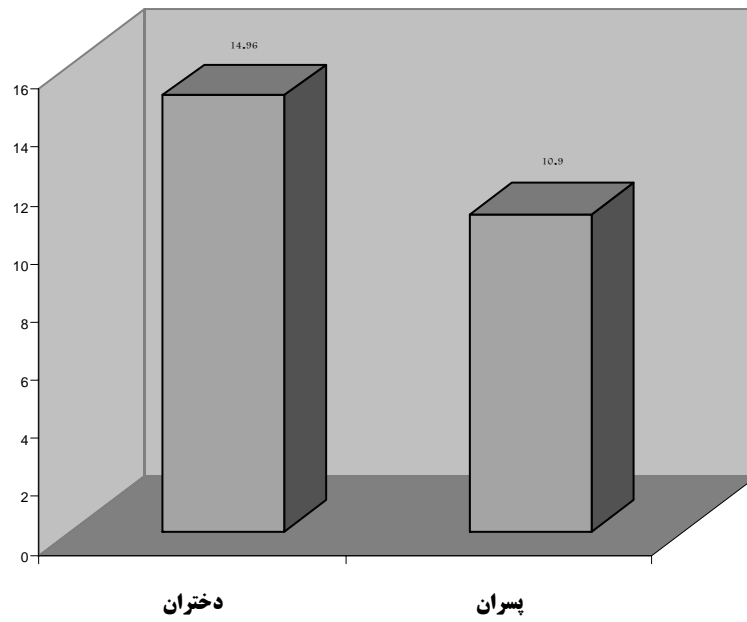
پسران در استان‌های ایلام، خوزستان، بوشهر، کردستان، مازندران، خراسان، فارس و استان هرمزگان محاسبه شده است.

سؤال اول پژوهش :

آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان دختر جانبازان با فرزندان پسر جانبازان در استان‌های مختلف کشور وجود دارد؟  
به منظور پاسخ به این سؤال جداول ۲ الی ۲۱ تنظیم شده‌اند که ذیلاً به بررسی آنها می‌پردازیم:  
جدول ۳- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان ایلام

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۲۶	۱۴/۹۶	۱۳/۷۶	۲/۷۰	۱	۳۵
مذکر	۳۲	۱۰/۹۰	۷/۹۵	۱/۴۲	۲	۵۵
کل	۵۸	۱۲/۷۲	۱۱/۱۲	۱/۴۷	۱	۵۵

همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات بهداشت روانی پسران از دختران در استان ایلام کمتر است و این مسئله وخامت آزمودنی‌های مؤنث را نسبت به پسران از لحاظ بهداشت روانی مشخص می‌کند. نمودار (۱) وضعیت میانگین نمرات پرسشنامه بهداشت روانی دختران و پسران استان ایلام را به صورت مقایسه‌ای نشان می‌دهد.



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان ایلام

جدول ۴- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان ایلام

درجه آزادی	t	میانگین	آزمودنی‌ها
۵۶	۱/۳۳	۱۴/۹۶	دختران
		۱۰/۹۰	پسران

جدول ۵- مقادیر بحرانی t با توجه به سطح معناداری و درجه آزادی\*

P	۰/۹۵	۰/۹۹
df	۲	۲/۶۶
۶۰		

همانطور که ملاحظه می‌شود  $t$  محاسبه شده در جدول (۳) ( $t = 1/33$ ) از مقدار معیار جدول در سطح اطمینان  $0/95$  ( $0/95$ ) کمتر است. بنابراین تفاوت بین میانگین‌های نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان ایلام معنادار نمی‌باشد.

جدول ۶- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان خوزستان

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۱۰	۱۳/۳	۸/۰۶	۲/۶۸	۶	۲۸
مذکر	۴۸	۱۴/۱۸	۸/۱۴	۱/۲۳	۲	۳۷
کل	۵۸	۱۴/۰۳	۸/۱۴	۱/۰۷	۲	۳۷

\* به علت نداشتن فرضیه جهت‌دار در تمام مقایسه‌ها، سطح معناداری برای آزمون دوسویه لحاظ شده است.

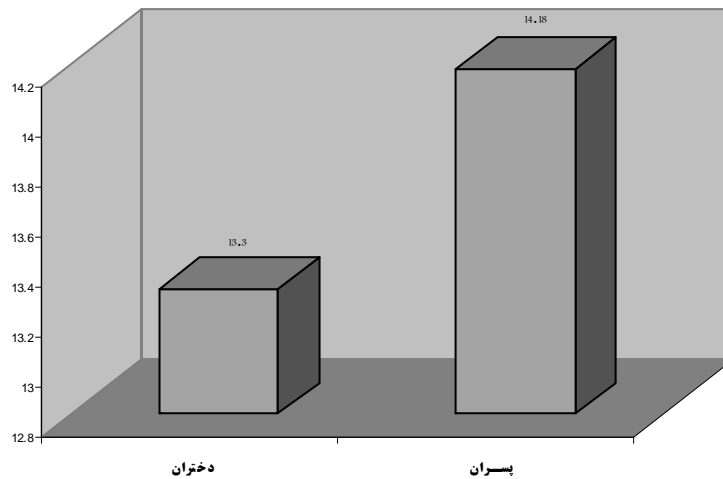
در استان خوزستان وضعیت بهداشت روانی دختران از پسران بهتر است ولی با توجه به آزمون  $t$  محاسبه شده ( $0/31$ ) برای مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران این استان، همانطوریکه در جدول (۶) مشاهده می‌شود مقدار محاسبه شده از مقادیر  $t$  بحرانی در جدول (۴) کوچکتر است، از اینرو تفاوت معنادار نیست.

جدول ۷ - نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان

خوزستان

درجه آزادی	$t$	میانگین	آزمودنی‌ها
۵۶	۰/۳۱	۱۳/۳	دختران
		۱۴/۱۸	پسران

نمودار (۲) تفاوت میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران استان خوزستان را به صورت مقایسه‌ای نشان می‌دهد.



نمودار ۲- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان خوزستان

جدول ۸- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان بوشهر

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۱۵	۱۵	۱۰/۷۳	۳/۰۹	۲	۳۵
مذکر	۴۴	۱۸/۴۷	۱۰/۹۶	۱/۶۷	۴	۴۵
کل	۵۹	۱۷/۵۹	۱۱/۰۱	۱/۴۴	۲	۴۵

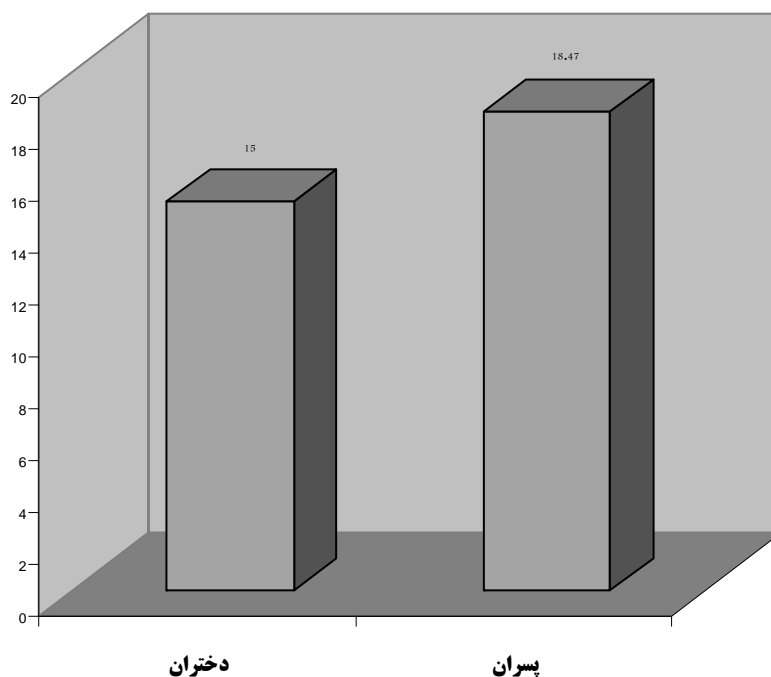
همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمرات بهداشت روانی دختران نسبت به میانگین نمرات بهداشت روانی پسران از وضعیت بهتری برخوردار است. به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های مورد نظر، از آزمون  $t$  برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

جدول ۹- نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان بوشهر

آزمودنی‌ها	میانگین	$t$	درجه آزادی
دختران	۱۵	۱/۱۳	۵۷
پسران	۱۸/۴۷		



باتوجه به مقدار  $t$  محاسبه شده ( $t=1/13$ ) و مقایسه آن با مقدار  $t$  بحرانی در جدول (۴) تفاوت میانگین‌ها معنادار نیست. بنابراین تفاوت معناداری بین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان بوشهر وجود ندارد.



نمودار ۳- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان بوشهر

جدول ۱۰- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان کردستان

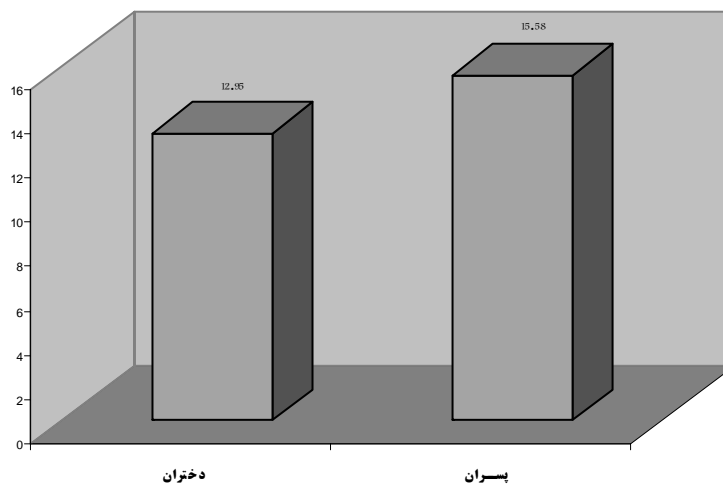
آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۴۹	۱۲/۹۵	۷/۹۵	۱/۱۴	۲	۴۷
مذکر	۱۲	۱۵/۵۸	۷/۸۸	۲/۳۸	۷	۳۷
کل	۶۱	۱۳/۶۳	۸/۰۳	۱/۰۳	۲	۴۷

در استان کردستان، میانگین نمرات بهداشت روانی پسران نسبت به دختران از وضعیت بهتری برخوردار است. به منظور بررسی بیشتر معناداری تفاوت میانگین‌ها، آزمون  $t$  برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

جدول ۱۱- نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان کردستان

آزمودنی‌ها	میانگین	$t$	درجه آزادی
دختران	۱۲/۹۵	۱/۱۳	۵۹
پسران	۱۵/۵۸		

باتوجه به مقدار  $t$  محاسبه شده ( $t=1/13$ ) و مقایسه آن با مقادیر  $t$  بحرانی در جدول (۴)، تفاوت میانگین‌های نمرات دختران و پسران استان کردستان معنادار نمی‌باشد. ( $|t| < t(\alpha)$ )



نمودار ۴- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان کردستان

جدول ۱۲- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان مازندران

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۲۲	۲۲/۵۹	۱۱/۱۳	۲/۴۳	۳	۴۸
مذکر	۳۹	۱۹/۲۰	۱۳/۰۵	۲/۱۱	۱	۴۶
کل	۶۱	۲۰/۴۲	۱۲/۴۹	۱/۶۱	۱	۴۸

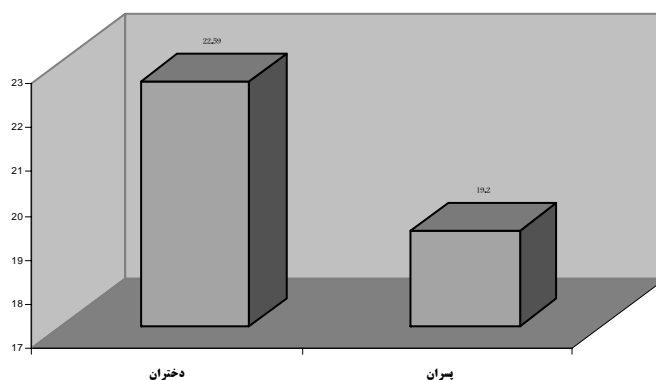
همانطور که از مقادیر جدول مشخص می‌گردد، وضعیت بهداشت روانی پسران از دختران در این استان بهتر است. برای تعیین معناداری تفاوت میانگین‌ها، از آزمون آماری  $t$  برای مقایسه میانگین‌های نمرات بهداشت روانی دختران و پسران استفاده شده است.

جدول ۱۳- نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان

مازندران

آزمودنی‌ها	میانگین	$t$	درجه آزادی
دختران	۲۲/۵۹	۱/۰۷	۵۹
پسران	۱۹/۲۰		

باتوجه به مقدار  $t$  محاسبه شده و مقایسه آن با مقادیر بحرانی  $(\alpha < 0/05, df = 60, t = 1/07)$  تفاوت میانگین‌های نمرات بهداشت روانی دختران با پسران در استان مازندران معنادار نمی‌باشد.



نمودار ۵- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان مازندران

جدول ۱۴- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان خراسان

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۶۴	۱۵/۲۰	۸/۸۱	۱/۱۱	۳	۴۳
مذکر	۳۹	۱۶/۸۹	۱۱/۲۶	۱/۸۲	۳	۴۷
کل	۱۰۳	۱۵/۸۴	۹/۸۵	۰/۹۷	۳	۴۷

همانطور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات بهداشت روانی دختران نسبت به پسران استان خراسان از وضعیت بهتری برخوردار است. برای تعیین معناداری تفاوت میانگین‌ها از آزمون آماری t برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

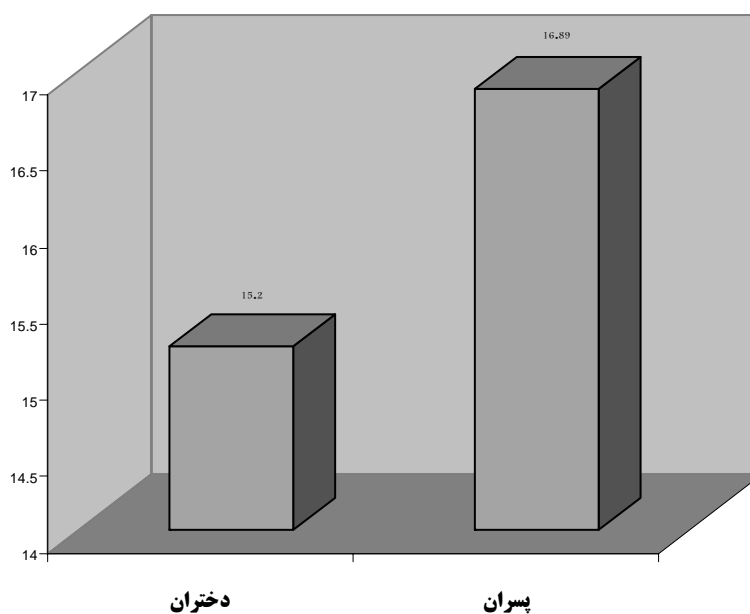
جدول ۱۵- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان خراسان

آزمودنی‌ها	میانگین	t	درجه آزادی
دختران	۱۵/۲۰	۰/۸۰	۱۰۱
پسران	۱۶/۸۹		

باتوجه به مقدار t محاسبه شده در جدول ( $t=0/80$ ) و مقایسه آن با مقادیر بحرانی t در جدول (۱۲) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان خراسان وجود ندارد.

جدول ۱۶- مقادیر بحرانی t با توجه به درجات آزادی در استان خراسان

P	۰/۹۵	۰/۹۹
df	۱/۶۵	۲/۶۱
۱۲۰		



نمودار ۶- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان خراسان

جدول ۱۷- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان فارس

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۵۱	۱۶/۵۸	۸/۷۶	۱/۲۳	۲	۴۵
مذکر	۷۹	۱۷/۶۷	۱۰/۷۰	۱/۲۱	۱	۵۶
کل	۱۳۰	۱۷/۲۴	۱۰/۰۱	۰/۸۸	۱	۵۶

همانطور که از مقادیر بدست آمده در جدول مشخص است، میانگین نمرات بهداشت روانی دختران نسبت به میانگین نمرات بهداشت روانی پسران از وضعیت بهتری برخوردار است. برای تعیین معناداری تفاوتها، از آزمون t برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

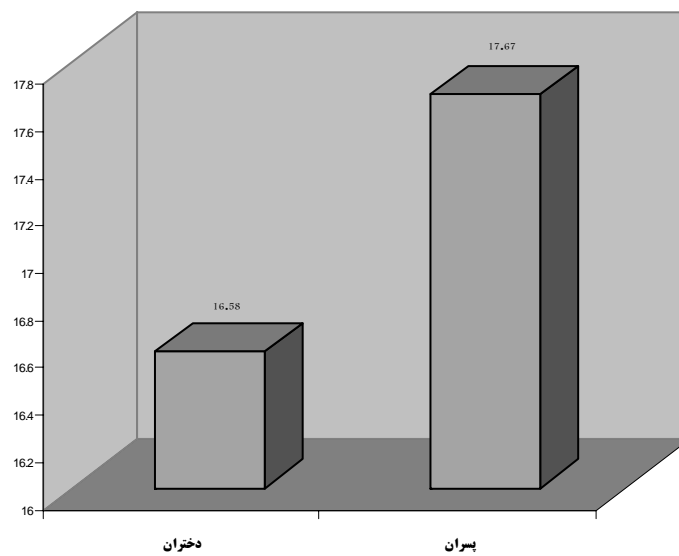
جدول ۱۸- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان فارس

درجه آزادی	t	میانگین	آزمودنی‌ها
۱۲۸	۰/۶۴	۱۶/۵۸	دختران
		۱۷/۶۷	پسران

باتوجه به مقدار t محاسبه شده در جدول فوق ( $t=0/64$ ) و مقایسه آن با مقادیر بحرانی t در سطوح ۰/۹۵ و ۰/۹۹، تفاوت میانگین‌های نمرات بهداشت روانی دختران و پسران معنادار نمی‌باشد.

جدول ۱۹- مقادیر بحرانی t با توجه به درجات آزادی در استان فارس

P \ df	۰/۹۵	۰/۹۹
$\infty$	۱/۶۴	۲/۵۷



نمودار ۷- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان فارس

جدول ۲۰- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در استان هرمزگان

آزمودنی‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
مؤنث	۱۷	۱۴/۳۵	۹/۵۱	۳/۴۸	۱	۳۴
مذکر	۱۱	۱۸/۴۵	۸/۲۳	۲/۴۸	۷	۳۲
کل	۲۸	۱۵/۹۶	۹/۲۵	۱/۷۸	۱	۳۴

همانطور که در جدول مشخص است، میانگین نمرات بهداشت روانی دختران ( $\bar{x}_1 = 14/35$ ) نسبت به میانگین نمرات بهداشت روانی پسران ( $\bar{x}_2 = 18/45$ ) از وضعیت بهتری برخوردار است. به منظور بررسی معناداری تفاوتها، از آزمون آماری t برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

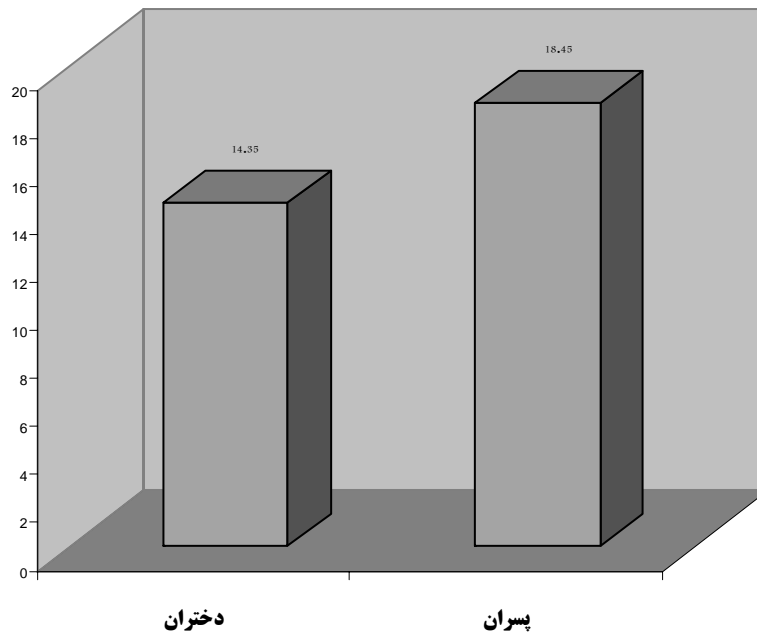
جدول ۲۱- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان هرمزگان

آزمودنی‌ها	میانگین	t	درجه آزادی
دختران	۱۴/۳۵	۱/۸۰	۲۶
پسران	۱۸/۴۵		

باتوجه به مقدار t محاسبه شده در جدول فوق ( $t=0/80$ ) و مقایسه آن با مقادیر بحرانی t در سطوح ۰/۹۵ و ۰/۹۹، در جدول (۲۱)، تفاوت میانگین‌های نمرات بهداشت روانی دختران و پسران معنادار نمی‌باشد.

جدول ۲۲- مقادیر بحرانی t با توجه به درجات آزادی در استان هرمزگان

P	۰/۹۵	۰/۹۹
df		
۲۶	۲/۰۵	۲/۴۷



نمودار ۸- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در استان هرمزگان

یافته‌های جداول ۲ تا ۲۱ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در هشت استان مورد مطالعه در پژوهش حاضر (ایلام، خوزستان، بوشهر، کردستان، مازندران، خراسان، فارس، هرمزگان) وجود ندارد، بنابراین پاسخ سؤال اول پژوهش که: « آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان دختر جانبازان با فرزندان پسر جانبازان در استانهای مختلف کشور وجود دارد؟» کاملاً منفی می‌باشد.

سؤال دوم پژوهش :

چه تفاوتی بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در استانهای مختلف ایران وجود دارد؟

در پاسخ به سؤال فوق فراوانی، میانگین، انحراف معیار، خطای معیار نمرات بهداشت روانی استانهای مختلف به تفکیک جنسیت آزمودنی‌ها در جدول ۲۲ مشخص شده است.



شهرها	مؤت				مذکر			
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
ایلام	۲۶	۱۴/۹۶	۱۳/۷۶	۲/۷۰	۳۲	۱۰/۹۰	۷/۹۵	۱/۴۲
خوزستان	۱۰	۱۳/۳	۸/۰۶	۲/۶۸	۴۸	۱۴/۱۸	۸/۱۴	۱/۲۳
آذربایجان غربی	-	-	-	-	۵۶	۱۴/۸۷	۱۰/۳۴	۱/۳۹
آذربایجان شرقی	-	-	-	-	۳۹	۱۶/۳۰	۸/۶۷	۱/۴۰
سیستان و بلوچستان	-	-	-	-	۹	۳۳	۱۰/۲۱	۳/۶۲
کهگیلویه و بویراحمد	-	-	-	-	۱۳	۲۰/۰۷	۱۱/۱۴	۳/۲۱
بوشهر	۱۵	۱۵	۱۰/۷۳	۳/۰۹	۴۴	۱۸/۴۷	۱۰/۹۶	۱/۶۷
همدان	-	-	-	-	۶۰	۱۵/۸۳	۱۲/۳۱	۱/۶۰
گیلان	۵۱	۱۷/۰۳	۱۳/۲۲	۱/۸۶	-	-	-	-
چهارمحال و بختیاری	-	-	-	-	۳۲	۱۶	۹/۹۶	۱/۶۷
کردستان	۱۲	۱۵/۵۸	۷/۸۸	۲/۳۸	۴۹	۱۲/۹۵	۷/۹۵	۱/۱۴
تهران	۲۹	۲۰/۳۱	۱۱/۳۲	۲/۱۳	-	-	-	-
قم	۲۴	۲۰	۹/۹۲	۲/۰۷	-	-	-	-
هرمزگان	۲۸	۱۵/۹۶	۹/۲۵	۱/۷۸	-	-	-	-
اردبیل	-	-	-	-	۳۱	۱۲/۸۷	۸/۱۴	۱/۴۸
گلستان	۳۱	۱۷/۱۶	۹/۶۵	۱/۷۶	-	-	-	-
مازندران	۲۲	۲۲/۵۹	۱۱/۱۳	۲/۴۳	۳۹	۱۹/۲۰	۱۳/۰۵	۲/۱۱
کرمان	-	-	-	-	۹۰	۱۷/۲۳	۲۱/۶۶	۲/۲۹
خراسان	۶۴	۱۵/۲۰	۸/۸۱	۱/۱۱	۳۹	۱۶/۸۹	۱۱/۲۶	۱/۸۲
قزوین	-	-	-	-	۲۲	۱۴/۱۳	۷/۸۱	۱/۷۰
اصفهان	۱۰۱	۱۳/۴۷	۶/۹۳	۰/۶۹	-	-	-	-
فارس	۵۱	۱۶/۵۸	۸/۷۶	۱/۲۳	۷۹	۱۷/۶۷	۱۰/۷۰	۱/۲۱
کل	۴۶۴	۱۶/۷۰	۹/۳۴	۱/۹۹	۶۸۲	۱۶/۹۱	۱۰/۶۴	۱/۸۱

جدول ۲۳- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در ۲۲ استان کشور به تفکیک جنسیت در آزمون بهداشت روانی GHQ-28 هرچه میزان نمرات بدست آمده در پرسشنامه پایین‌تر باشد، بیانگر وضعیت بهتر آزمودنی در بهداشت روانی است. با مراجعه به جدول (۲۳)، پایین‌ترین میانگین نمرات بدست آمده در آزمون در گروه دختران، مربوط به استان‌های اصفهان و خوزستان به ترتیب ۱۳/۴۷ و ۱۳/۳ می‌باشد و بالاترین نمرات آزمون مربوط به استان‌های تهران، قم و مازندران با میانگین‌های ۲۰/۳۱ و ۲۰ و ۲۲/۵۹ است که بیانگر وضعیت پایین‌تر بهداشت روانی دختران در این استان‌ها می‌باشد.

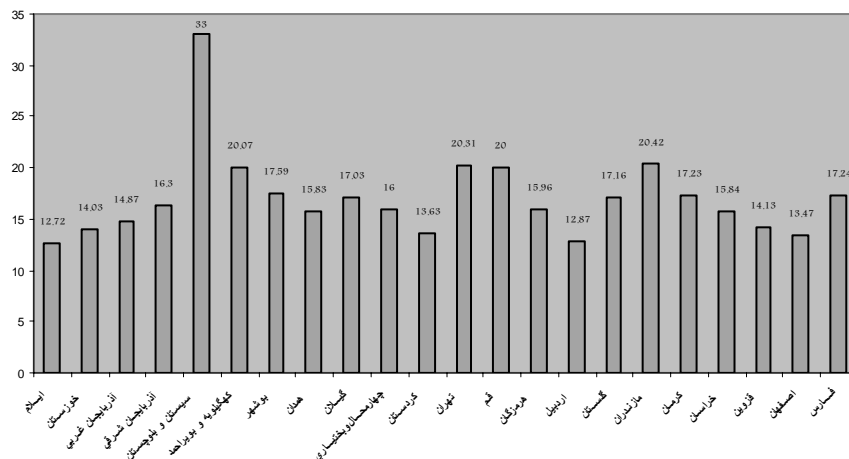
در مورد گروه پسران، بهترین وضعیت بهداشت روانی مربوط به استان‌های ایلام، کردستان و اردبیل با میانگین‌های ۱۰/۹۰، ۱۲/۹۵ و ۱۲/۸۷ می‌باشد. در حالیکه پایین‌ترین

وضعیت بهداشت روانی (نمرات بالا در آزمون) مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و مازندران با میانگین‌های ۳۳ و ۲۰/۰۷ و ۱۹/۲۰ می‌باشد.

به منظور بدست آوردن تصویر کلی تری از وضعیت بهداشت روانی فرزندان جانبازان، صرف نظر از جنسیت آنها، جدول ۱۷ که میانگین کلی نمرات آنها را مشخص می‌کند، در ذیل آمده است. جدول ۲۴- مشخصه‌های آماری نمرات بهداشت روانی آزمودنی‌ها در ۲۲ استان کشور (بطور کلی)

شهرها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
ایلام	۵۸	۱۲/۷۲	۱۱/۱۲	۱/۴۷	۱	۵۵
خوزستان	۵۸	۱۴/۰۳	۸/۱۴	۱/۰۷	۲	۳۷
آذربایجان غربی	۵۶	۱۴/۸۷	۱۰/۳۴	۱/۳۹	۲	۴۶
آذربایجان شرقی	۳۹	۱۶/۳۰	۸/۶۷	۱/۴۰	۳	۳۵
سیستان و بلوچستان	۹	۳۳	۱۰/۲۱	۳/۶۲	۲۱	۵۰
کهگیلویه و بویراحمد	۱۳	۲۰/۰۷	۱۱/۱۴	۳/۲۱	۹	۵۲
بوشهر	۵۹	۱۷/۵۹	۱۱/۰۱	۱/۴۴	۲	۴۵
همدان	۶۰	۱۵/۸۳	۱۲/۳۱	۱/۶۰	۱	۴۴
گیلان	۵۱	۱۷/۰۳	۱۳/۲۲	۱/۸۶	۲	۴۷
چهارمحال و بختیاری	۳۲	۱۶	۹/۹۶	۱/۶۷	۱	۴۲
کردستان	۶۱	۱۳/۶۳	۸/۰۳	۱/۰۳	۲	۴۷
تهران	۲۹	۲۰/۳۱	۱۱/۳۲	۲/۱۳	۱	۴۰
قم	۲۴	۲۰	۹/۹۲	۲/۰۷	۶	۴۵
هرمزگان	۲۸	۱۵/۹۶	۹/۲۵	۱/۷۸	۱	۳۴
اردبیل	۳۱	۱۲/۸۷	۸/۱۴	۱/۴۸	۳	۴۲
گلستان	۳۱	۱۷/۱۶	۹/۶۵	۱/۷۶	۵	۳۴
مازندران	۶۱	۲۰/۴۲	۱۲/۴۹	۱/۶۱	۱	۴۸
کرمان	۹۰	۱۷/۲۳	۲۱/۶۶	۲/۲۹	۱	۴۷
خراسان	۱۰۳	۱۵/۸۴	۹/۸۵	۰/۹۷	۳	۴۷
قزوین	۲۲	۱۴/۱۳	۷/۸۱	۱/۷۰	۲	۲۶
اصفهان	۱۰۱	۱۳/۴۷	۶/۹۳	۰/۶۹	۱	۲۹
فارس	۱۳۰	۱۷/۲۴	۱۰/۰۱	۰/۸۸	۱	۵۶
کل	۱۱۴۶	۱۷/۰۷	۴/۱۷	۰/۱۲	۱	۵۶

با توجه به جدول (۲۳) بهترین وضعیت بهداشت روانی (پایین‌ترین میانگین‌های بدست آمده در آزمون) مربوط به استان‌های اصفهان، کردستان و خوزستان به ترتیب با میانگین‌های ۱۳/۴۷، ۱۳/۶۳ و ۱۴/۰۳ است، در حالیکه بالاترین میانگین‌های بدست آمده (بدترین وضعیت بهداشت روانی) مربوط به استانهای سیستان و بلوچستان، مازندران، تهران، کهگیلویه و بویراحمد و قم به ترتیب با میانگین‌های ۳۳، ۲۰/۴۲، ۲۰/۳۱، ۲۰/۰۷ و ۲۰ است. همچنین بیشترین فاصله بین نمرات کسب شده (کمینه- بیشینه) مربوط به استان فارس (۱-۶۵) و کمترین فاصله مربوط به استان آذربایجان شرقی (۳-۳۵) است.



نمودار ۹- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در ۲۲ استان کشور

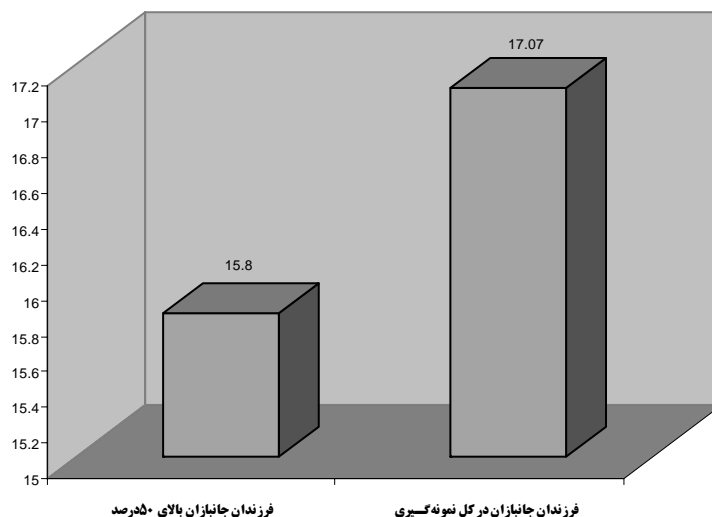
سؤال سوم پژوهش:

آیا تفاوت معناداری بین نمرات فرزندان جانبازان بالای ۵۰٪ با کل فرزندان جانبازان وجود دارد؟  
به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین نمرات فرزندان جانبازان بالای ۵۰٪ با کل فرزندان جانبازان در این پژوهش، از آزمون t برای مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شده است.

جدول ۲۵- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان بالای ۵۰٪ با کل فرزندان جانبازان

درجه آزادی	t	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	آزمودنی‌ها
۱۳۳۸	۱/۸۶	۹/۵۷	۱۵/۸	۱۹۳	فرزندان جانبازان بالای ۵۰٪
		۴/۱۷	۱۷/۰۷	۱۱۴۶	میانگین نمرات کل فرزندان

باتوجه به مقدار  $t$  محاسبه شده در جدول ( $t = 1/86, df = 1338, \alpha = 0/05$ ) و مقایسه آن با مقادیر بحرانی  $t$  در جدول (۱۵)، مقدار محاسبه شده در سطح  $0/95$  معنادار است. یعنی وضعیت بهداشت روانی فرزندان جانبازان بالای  $50\%$  با  $95\%$  اطمینان از سایر فرزندان جانبازان بهتر است. این مسئله می‌تواند به دلایل مختلفی همچون وجود تسهیلات بیشتر فرهنگی، مالی و تحصیلی از جانب بنیاد مستضعفان و جانبازان برای عزیزان باشد.



نمودار ۱۰- مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان بالای  $50\%$  با فرزندان جانبازان در کل نمونه

سؤال چهارم پژوهش :

درصد اختلالات بهداشت روانی در هر خرده مقیاس و نمره کلی آزمون فرزندان جانبازان در استان‌ها و کل کشور چگونه است؟  
 به منظور بررسی میزان اختلالات موجود در هر یک از خرده مقیاس‌های A، B، C و D که به ترتیب بیانگر مشکلات موجود در زمینه‌های علائم جسمانی و فیزیولوژیک و همچنین خستگی مفرط جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، کارکرد اجتماعی و حرفه‌ای، افسردگی و خودکشی است، از آزمون آماری «درصد» استفاده شده است.

جدول ۲۶- درصد اختلالات هر خرده- مقیاس و کل آزمون به تفکیک استانها\*

ردیف	شهر	فراوانی	خرده مقیاس				نمره کل
			D	C	B	A	
۱	ایلام	۵۸	۱/۷۲	۳/۴۴	۱/۷۲	۳/۴۴	۱۷/۲۴
۲	خوزستان	۵۸	-	-	-	-	۱۷/۲۴
۳	آذربایجان غربی	۵۶	۱/۷۸	-	۱/۷۸	-	۱۷/۸۵
۴	آذربایجان شرقی	۳۹	۲۳/۰۷	-	-	-	۲۳/۰۷
۵	سیستان و بلوچستان	۹	۲۲/۲۲	-	۲۲/۲۲	-	۸۸/۸۸
۶	کهگیلویه و بویراحمد	۱۳	-	۱۵/۳۸	-	-	۱۵/۳۸
۷	بوشهر	۵۹	۱/۶۹	-	۱/۶۹	-	۸/۴۷
۸	همدان	۶۰	۱/۶۶	-	۱/۶۶	-	۲۶/۶۶
۹	گیلان	۵۱	۱/۹۶	-	۱/۹۶	-	۲۷/۴۵
۱۰	چهارمحال و بختیاری	۳۲	-	۶/۲۵	-	-	۰/۲۵
۱۱	کردستان	۶۱	۱/۶۳	-	۱/۶۳	-	۸/۱۹
۱۲	تهران	۲۹	۳/۴۴	-	-	-	۴۱/۳۷
۱۳	قم	۲۴	۴/۱۶	-	۴/۱۶	-	۳۳/۳۳
۱۴	هرمزگان	۲۸	-	۳/۵۷	-	-	۲۵
۱۵	اردبیل	۳۱	-	-	-	-	۹/۶۷
۱۶	گلستان	۳۱	-	-	-	-	۲۲/۵۸
۱۷	مازندران	۶۱	۱/۶۳	۴/۹۱	۴/۹۱	-	۳۷/۷۰
۱۸	کرمان	۹۰	۱/۱۱	-	۱/۱۱	-	۱۷/۷۷
۱۹	خراسان	۱۰۳	۱/۹۴	۰/۹۷	۲/۹۱	۰/۹۷	۲۴/۲۷
۲۰	قزوین	۲۲	-	-	-	-	۲۲/۷۲
۲۱	اصفهان	۲۲	-	-	-	-	۱۱/۸۸
۲۲	فارس	۱۳۰	-	۰/۷۶	-	-	۲۵/۳۸
	جمع کل	۱۱۴۶	۱/۳۹	۱/۱۳	۱/۵۷	۲/۴۴	۲۲/۵۱

\* برای هر خرده- مقیاس نقطه برش ۱۴ و برای نمره کل آزمون (GHQ) نقطه برش ۲۳ لحاظ شده است.

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود بالاترین درصد اختلالات که بیانگر وضعیت بدتر آزمودنی‌ها در بهداشت روانی آنان است، مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، تهران، مازندران، قم و گیلان به ترتیب با درصدهای  $88/88\%$ ،  $41/37\%$ ،  $37/70\%$ ،  $33/33\%$  و  $27/45\%$  است.

پایین‌ترین درصد اختلالات که وضعیت بهتر آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد، مربوط به استان‌های کردستان، بوشهر، اردبیل و اصفهان به ترتیب با درصدهای  $8/19\%$ ،  $8/47\%$ ،  $9/67\%$  و  $11/88\%$  است.

در رابطه با خرده-مقیاس‌ها، بیشترین اختلالات در خرده-مقیاس A (مشکلات جسمانی و خستگی مفرط) مربوط به استان‌های آذربایجان شرقی و سیستان و بلوچستان، به ترتیب با درصدهای  $23/07\%$  و  $22/22\%$  می‌باشد.

در خرده-مقیاس B (اختلالات خواب و اضطراب) بیشترین مشکلات مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، مازندران و قم به ترتیب با درصدهای  $22/22\%$ ،  $4/91\%$  و  $4/16\%$  است.

در مورد خرده-مقیاس C که بیانگر وجود اختلالات کارکردی، تحصیلی و حرفه‌ای می‌باشد، بیشترین مشکل مربوط به استان‌های کهگیلویه و بویراحمد و مازندران با درصدهای  $15/38\%$  و  $4/91\%$  است.

در خرده-مقیاس D که بیانگر میزان شیوع افسردگی در بین فرزندان جانبازان است، بیشترین درصد، مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، قم، کهگیلویه و بویر احمد، همدان و اردبیل به ترتیب با درصدهای  $11/11\%$ ،  $8/33\%$ ،  $7/69\%$ ،  $6/66\%$  و  $6/45\%$  می‌باشد. در کل استان‌های مورد ارزیابی، خرده-مقیاس افسردگی (D) بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. ( $2/44\%$ ) و  $22/51\%$  از کل فرزندان جانبازان در این پژوهش نمره مساوی یا بالاتر از نمرهٔ برش را در GHQ بدست آورده‌اند.

جدول ۲۷ - فراوانی و درصد نمرات فرزندان جانبازان در نقطه بالاتر و پایین‌تر از حد برش

در پرسشنامه GHQ-28

پرسشنامه	فراوانی	درصد
بالا GHQ	۲۵۸	۲۲/۵۱
پایین GHQ	۸۸۸	۷۷/۴۹

سؤال پنجم پژوهش :

آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان با خانواده‌های عادی وجود دارد؟

به منظور بررسی احتمال وجود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در پژوهش جاری با فرزندان در خانواده‌های عادی، لازم بود که گروهی از نوجوانان سنین راهنمایی همسن آنها را که بطور تصادفی از طبقات مختلف اجتماعی-اقتصادی انتخاب می‌شدند، در این پژوهش مورد مقایسه قرار می‌دادیم، اما به لحاظ محدودیت زمانی این امر میسر نشد، لذا با توجه به تحقیقات قبلی که بر روی سنین دانشجویی (دانشجویان جدیدالورود) صورت گرفته است، مقایسه‌هایی به روش آزمون آماری  $t$  برای مقایسه میانگین‌های مستقل انجام شده است.

جدول ۲۸- نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات بهداشت روانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشگاه آزاد اسلامی زنجان با فرزندان جانبازان

درجه آزادی	$t$	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	آزمودنی‌ها
۱۱۵۴	۰/۵۴	۴/۱۷	۱۷/۰۷	۱۱۴۶	فرزندان جانبازان
		۱۰/۶۶	۱۷/۶۴	۱۰۲	دانشجویان علوم پزشکی لرستان
۱۲۴۴	۳/۰۴	۱۲/۳۱	۲۰/۸۱	۱۰۰	دانشجویان دانشگاه آزاد زنجان

همانطور که در جدول ۲۷ ملاحظه می‌گردد نتایج آزمون  $t$  محاسبه شده برای مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در این پژوهش با دانشجویان جدیدالورود علوم پزشکی لرستان به دلیل کوچکتر بودن مقدار محاسبه شده از مقدار  $t$  بحرانی در جدول (۱۸) معنادار نمی‌باشد.

$$(t_m = 0/54 < t_{0.05} = 1/64)$$

ولی  $t$  محاسبه شده برای مقایسه میانگین‌های نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان با دانشجویان دانشگاه آزاد زنجان، بدلیل بزرگتر بودن مقدار  $t$  محاسبه شده از مقدار  $t$  بحرانی

در جدول (۱۸) معنادار است. بنابراین بدلیل بالاتر بودن میانگین نمرات بهداشت روانی دانشجویان این دانشگاه نسبت به میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان از وضعیت بهداشت روانی پایین‌تری برخوردارند.

$$(t_p = 3/04 > t_b = 0/01 = 2/57)$$

جدول ۲۹- فراوانی و درصد نمرات دانشجویان و فرزندان جانبازان در نقطه برش پرسشنامه GHQ-28

آزمودنی‌ها	فراوانی	درصد
فرزندان جانبازان	۱۱۴۶	۲۲/۵۱
دانشجویان علوم پزشکی لرستان	۱۰۲	۱۲/۷۵
دانشجویان دانشگاه آزاد زنجان	۱۰۰	۳۴

همانطور که از مقادیر جدول ملاحظه می‌گردد، ۲۲/۵۱ درصد از فرزندان جانبازان مشکوک به اختلال در سلامت عمومی هستند، در حالیکه این میزان نسبت به دانشجویان علوم پزشکی استان لرستان وضعیت بدتری دارد ولی نسبت به دانشجویان دانشگاه آزاد واحد زنجان که ۳۴٪ آنها مشکوک به اختلال در سلامت عمومی هستند، از وضعیت بهتری برخوردارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، پنج سؤال پژوهشی مطرح شد که نتایج آن به شرح زیر است :

۱- آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان دختر جانبازان با فرزندان پسر جانبازان در استان‌های مختلف وجود دارد؟

با توجه به بررسی مقایسه‌ای میانگین نمرات بهداشت روانی دختران و پسران در هشت استان کشور (ایلام، خوزستان، بوشهر، کردستان، مازندران، خراسان، فارس و استان هرمزگان) به روش آزمون آماری  $t$  برای مقایسه میانگین‌های مستقل، هیچگونه تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دختران و پسران ملاحظه نشده است.

۲- چه تفاوتی بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در استان‌های مختلف ایران وجود دارد؟



در آزمون بهداشت روانی، هرچه نمره آزمون پایین‌تر باشد، بیانگر وضعیت بهتر آزمودنی از نظر شاخص‌های بهداشت روان می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده در جداول ۲۲ و ۲۳ پایین‌ترین میانگین نمرات به دست آمده در آزمون در گروه دختران، مربوط به استان‌های اصفهان و خوزستان به ترتیب با میانگین‌های ۱۳/۴۷ و ۱۳/۳ می‌باشد و بالاترین نمرات آزمون مربوط به استان‌های تهران، قم و مازندران با میانگین‌های ۲۰/۳۱، ۲۰ و ۲۲/۵۹ است که بیانگر وضعیت بدتر بهداشت روانی دختران در این استان‌ها می‌باشد.

در مورد گروه پسران، بهترین وضعیت بهداشت روانی مربوط به استان‌های ایلام، کردستان و اردبیل با میانگین‌های ۱۰/۹۰، ۱۲/۹۵ و ۱۲/۸۷ می‌باشد. در حالیکه پایین‌ترین وضعیت بهداشت روانی (نمرات بالا در آزمون) مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و مازندران با میانگین‌های ۳۳، ۲۰/۰۷ و ۱۹/۲۰ می‌باشد.

بطور کلی و صرف‌نظر از متغیر جنسیت، بهترین وضعیت بهداشت روانی (پایین‌ترین میانگین‌های بدست آمده در آزمون) مربوط به استان‌های اصفهان، کردستان و خوزستان به ترتیب با میانگین‌های ۱۳/۴۷، ۱۳/۶۳ و ۱۴/۰۳ است، در حالیکه بالاترین میانگین‌های به دست آمده (بدترین وضعیت بهداشت روانی) مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، مازندران، تهران، کهگیلویه و بویراحمد و قم به ترتیب با میانگین‌های ۳۳، ۲۰/۴۲، ۲۰/۳۱، ۲۰/۰۷ و ۲۰ است.

۳- آیا تفاوت معناداری بین نمرات فرزندان جانباز بالای ۵۰٪ با کل فرزندان جانبازان وجود دارد؟

عدم سلامت روانی یا جسمی پدر، خانواده را از وضعیت طبیعی خویش خارج می‌سازد و آسیب‌پذیری اعضاء به ویژه فرزندان را در برابر بیماری‌های روانی افزایش می‌دهد. نیمی از جانبازان به سبب معلولیت خویش، محیط خانواده را متشنج می‌سازند و چنین نتیجه‌ای واقع‌نگری در مشکلات جانبازان را ضروری می‌سازد.

میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان ۵۰٪ به بالا ( $\bar{x}_1 = 15/8$ ) برخلاف پژوهش‌های قبلی به طور معناداری با ۹۵٪ اطمینان از میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان در کل ( $\bar{x}_2 = 17/07$ ) بهتر است.

در پژوهش‌های قبلی، کلانتری (۱۳۷۱) اظهار می‌دارد که معلولیت جسمی پدر (جانبازان ۷۰٪ به بالا) مشکلات جدیدی برای او، همسر و فرزندانش به دنبال خواهد داشت. معلولیت پدر مانع از برقراری ارتباط مناسب فرزند با وی می‌شود. فرزند با مقایسه پدر معلول

خود با سایر افراد عادی، نگرانی بیشتری دارد و نسبت به روابط همسالان خود با پدرانشان بیشتر حساس می‌شود.

همچنین نوفلاح (۱۳۷۹) با بررسی میزان فشار روانی فرزندان جانبازان (اعصاب و روان و قطع عضو) به این نتیجه دست یافت که میزان فشار روانی در فرزندان جانبازان اعصاب و روان با فرزندان قطع عضو، به طور معناداری متفاوت است.

ویسمه (۱۳۸۰) در پژوهش میزان افسردگی پسران جانبازان را با توجه به نوع جانبازی آنها مورد بررسی قرار داده است. بیشترین میانگین افسردگی در این پژوهش به ترتیب مربوط به نقص بینایی، نقص عضو و ضایعات نخاعی، اعصاب و روان، شیمیایی و دچار موج انفجار شده، و در نهایت پدران جانباز ترکش خورده است.

در پژوهش جاری نیز چنانچه نوع جانبازی والد (نقص عضو، ضایعات نخاعی، اعصاب و روان، شیمیایی، دچار موج انفجار شده) به همراه درصد آسیب‌پذیری مشخص می‌شد، اطلاعات بهتری را می‌توانستیم مورد بررسی قرار دهیم. آنچه مسلم است این است که هرچه جانبازی والدین مزمن‌تر باشد، فرزندان آنها مشکلات روانی بیشتری را از خود نشان می‌دهد و شایستگی اجتماعی‌شان کمتر است.

۴- در صد اختلالات بهداشت روانی در هر خرده-مقیاس و نمره کل آزمون در استان‌ها و کل کشور چگونه است؟

همانطور قبلاً اشاره شد، آزمون بهداشت روانی GHQ-28 دارای ۴ خرده-مقیاس D, C, B, A که به ترتیب بیانگر مشکلات موجود در زمینه‌های علائم جسمانی و فیزیولوژیک و همچنین خستگی مفرط جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، کارکرد اجتماعی و حرفه‌ای، افسردگی و خودکشی است. به منظور بررسی میزان شیوع مشکلات بهداشت روانی در هر خرده-مقیاس و کل آزمون، از فراوانی و درصد استفاده شده است.

با توجه به اینکه نقطه برش در هر خرده-مقیاس ۱۴ و برای کل آزمون GHQ، ۲۳ لحاظ شده است، بالاترین درصد مشکلات بهداشت روانی موجود، مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، تهران، مازندران، قم و گیلان به ترتیب با درصدهای ۸۸/۸۸، ۴۱/۳۷، ۳۷/۷۰، ۳۳/۳۳ و ۲۷/۴۵ است.

پایین‌ترین درصد اختلالات که بیانگر وضعیت بهتر آزمودنی در این پرسشنامه است مربوط به استان‌های کردستان، بوشهر، اردبیل و اصفهان به ترتیب با درصدهای ۸/۴۷، ۸/۱۹، ۹/۶۷ و ۱۱/۸۸ است.

در میان کل استان‌های مورد بررسی بیشترین اختلالات در خرده-مقیاس A (مشکلات جسمانی و خستگی مفرط) مربوط به استان‌های آذربایجان شرقی و سیستان و بلوچستان با درصدهای ۲۳/۰۷ و ۲۲/۲۲ می‌باشد.

ارائه خدمات بهداشتی-درمانی متناسب با مشکلات جسمانی فرزندان جانبازان، در این استان‌ها به همراه تسهیلات ورزشی می‌تواند در رفع این مشکل مؤثر باشد. در مورد خرده-مقیاس B (اختلالات خواب و اضطراب) بیشترین مشکلات موجود، مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، مازندران و قم به ترتیب با درصدهای ۲۲/۲۲، ۴/۹۱ و ۴/۱۶ است.

فیرنگ، سنگر و کدل (۱۹۹۳) نشان دادند که کودکان سربازان ویتنامی همانند پدران خویش از علائم و نشانه‌های اضطراب در رنج هستند. از این رو برنامه‌ریزی بیشتر در جهت رفع مشکلات اقتصادی، مالی و معیشتی جانبازان از یکسو و ارائه خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای در زمینه مشکلات خانوادگی آنان می‌تواند منجر به کاهش اضطراب فراگیر جانبازان و به تبع آن فرزندان‌شان گردد.

در خرده مقیاس C که بیانگر وجود اختلالات کارکردی، تحصیلی و حرفه‌ای می‌باشد، بیشترین مشکل مربوط به استان‌های کهگیلویه و بویراحمد و مازندران با درصدهای ۱۵/۳۸ و ۴/۹۱ است.

مولرو و همکاران (۱۹۹۰) اظهار می‌دارند که مجروحان جنگی به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر، به ناهنجاری کارکردهای هیجانی، اجتماعی و ارتباطی بیشتری دچارند. مسئله بیکاری جانبازان در این مناطق نیز می‌تواند مشکل فوق را مضاعف سازد.

در خرده - مقیاس D که بیانگر میزان شیوع افسردگی در بین فرزندان جانبازان است، بیشترین درصد، مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان، قم، کهگیلویه و بویراحمد، همدان و اردبیل به ترتیب با درصدهای ۱۱/۱۱، ۸/۳۳، ۷/۶۹، ۶/۶۶ و ۶/۴۵ می‌باشد.

در کل استان‌های مورد ارزیابی، خرده - مقیاس افسردگی (D) بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است (۲/۴۴٪).

ثبات رفتاری والدین امر بسیار مهمی است که فرزندان نیازمند آنند. متغیر بودن و نوسان داشتن رفتار آنها به خصوص مجروحان جنگی از نوع اعصاب و روان و دچار موج انفجار شده، تزلزل شخصیت نوجوان را به دنبال دارد (جانسون، ۱۹۹۰) از طرف دیگر آن دسته از نوجوانانی که حتی از کمترین ارتباط خوشایند کلامی با پدران‌شان محروم هستند و پیوسته

مورد کم لطفی و بی‌توجهی پدر قرار می‌گیرند، بیش از دیگر همسالان خود مستعد انواع آسیب‌پذیری‌های روانی، فکری، اجتماعی و سیاسی خواهند بود.

۵- آیا تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان جانبازان با خانواده‌های عادی وجود دارد؟

همانطور که قبلاً اشاره شد، مقایسه میانگین نمرات بهداشت روانی فرزندان نوجوان جانبازان بایستی با گروهی همگن و متناسب با شرایط آنها صورت گیرد و به دلیل محدودیت زمانی در این پژوهش، گروه مورد مطالعه با دو پژوهش قبلی مربوط به دانشجویان علوم پزشکی لرستان و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی زنجان مورد مقایسه قرار گرفت از میان ۱۱۴۶ نفر از فرزندان جانبازان مورد مطالعه در این پژوهش، ۲۲/۵۱ درصد آنها نمره بالاتر از نقطه برش (۲۳) گرفته‌اند، در حالی که از میان ۱۰۲ دانشجوی علوم پزشکی لرستان ۱۲/۷۵ درصد و ۳۴ درصد نیز از میان ۱۰۰ دانشجوی دانشگاه آزاد زنجان نمره‌ای بالاتر از نقطه برش گرفته‌اند. بنابراین فرزندان جانبازان مورد مطالعه در این بررسی وضعیتی بهتر از دانشجویان دانشگاه آزاد زنجان و وضعیتی پایین‌تر از دانشجویان علوم پزشکی لرستان داشته‌اند. در پایان توصیه می‌شود به منظور عینی‌تر بودن مقایسه در آینده، از گروه همگن استفاده شود.

#### منابع فارسی :

- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۷). «پدرها و پسرها». پیوند، شماره مسلسل پیاپی ۲۲۹ : ۱۲-۱۸. بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی (۱۳۷۵). جزوه اطلاعات و آمار بنیاد جانبازان.
- پالاهنگ، ح. (۱۳۷۴). «بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان»، تهران : انستیتو روانپزشکی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- دادستان، پریخ، (۱۳۷۷). «بیماری جدید تمدن : تنیدگی یا استرس»، تهران، انتشارات رشد.
- کلانتری، مهرداد. (۱۳۷۱). «اثرات غیرمستقیم جنگ بر روی کودکان». مقالات دومین سمپوزیوم سراسری استرس. تهران : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران.
- علی مددی، عباس. فتحعلی لواسانی، فهیمه. (۱۳۸۰). «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی زنجان و ارتباط با سبک مقابله‌ای و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی». ویژه‌نامه همایش دانشجو و بهداشت روانی.

- قهاری، شهربانو. (۱۳۷۵). «بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع اختلالات رفتاری ایدابی و کمبود توجه، افسردگی و اضطراب فراگیر در کودکان شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهرچالوس با ابزار CSI-4». پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- صولتی دهکردی، سیدکمال و همکاران (۱۳۷۷). «بررسی رابطه بین نگرشهای مذهبی، مهارتهای مقابله و وسعت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد» معاونت پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد.
- متینی صدر، محمدرضا. (۱۳۷۰). «بررسی افسردگی و تمایلات خودکشی در جانبازان بستری در آسایشگاه‌های تهران و مقایسه آن با جانبازان قطع نخاعی بستری در منزل و افراد سالم». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- محمدی، محمدرضا. رضائیان، حمید. (۱۳۷۰). «بررسی مشکلات رفتاری فرزندان جانبازان و شهدا در مدارس». مجموعه مقالات دومین سمپوزیوم جایگاه تربیت در آموزش دوره ابتدایی. تهران: تربیت. ص ۱۱۵-۱۱۰.
- مجاهد، م. (۱۳۷۴). «بررسی وضع رفتاری کودکان و سلامت روانی والدین در خانواده‌های چندهمسری منطقه سراوان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- مؤمن نسب، مرضیه. فرهادی، علی. (۱۳۷۸). «بررسی تأثیر تحصیل در دانشگاه بر سلامت عمومی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی لرستان». ویژه‌نامه همایش دانشجو و بهداشت روانی.
- میرخشتی، ف. (۱۳۷۵). «رابطه سلامت روانی و میزان رضایت از زندگی زناشویی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد رودهن.
- نامداری، کوروش. (۱۳۶۸). «بررسی مشکلات روانی - اجتماعی جانبازان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- نوفلاح، احمد. (۱۳۷۹). «بررسی رابطه میزان فشار روانی فرزندان جانبازان با نوع جانبازی پدرانشان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- ویسمه، علی‌اکبر. (۱۳۸۰). «بررسی رابطه میزان افسردگی فرزندان پسر جانبازان و نحوه ارتباط با پدرانشان» پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران
- هومن، عباس. (۱۳۷۶). «استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم» مؤسسه تحقیقات تربیتی.
- یعقوبی، ن. (۱۳۷۵). «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرای گیلان»، تهران: انستیتو روانپزشکی ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

## منابع انگلیسی :

- Elliott, R. , Shewchuk, M. (1995). "Social Support and Leisure Activities Following Sever Physical." Disability : Testing the Mediating Effects of Depression. Basic and Applied Social Psychology. 16, PP : 471-487.
- Fairbank, J; Sechnenger, W. , Caddell, M. (1993). "Post Traumatic Stress Disorder." Comprehensive handbook of Psychopathology. New York Plenum Press.
- Frank, L. , Harold, P. (1991). "Major Depressive Disorder in Hospitalized Medically Ill Patients : An Examination of young and Elderly Male Veterans." Journal of the American Geriatrics Society. Vol 39. PP. 881-890.
- Johnson, B. (1990). "The Investigation of father- Son Interaction an its effects on Children Personality." Journal of Mental Health and Family, Vol 45 No. 3, PP. 24-35.
- Kobak, R. , Sudler, N. , Gamble, W. (1992)." Attachment and Depressive Symptoms During adolescence : A Developmental Pathway Analysis." Developmental Psychology, Vol 92, No, 3, PP. 481-474.
- Kubani, E;Gino, A., Denny, N., Torigoe, R. (1994). "Relationship of Cynical Hostility and PTSD Among Vietnam Veterans." Journal of Traumatic Stress. 70, PP. 21-23.
- Turner, J., Romanno, J. (1993). "Children of Chronic pain patients : Risk Factors Formal Adjustment." Pain. Vol, 52, PP, 311-317.
- Tamplin, A., Goodyer, I.M. Herbert, J. (1998). "Family functioning and parent General Health in Families of Adolescents with Major Depressive Disorder." Jurnal of affective disorder, 48 (1): 1-13
- Viinamaki,H et al. (1995). "The Association Between Economic and Social Factors and Mental Health in Finland." Act a Psychiatry candina Vica, 92 (3) : 208 - 213

## «جانبازی و ایفای نقش پدری در خانواده»

عباس امدادی

### چکیده:

باتوجه به اهمیت تعلیم و تربیت فرزندان در جامعه امروزی و نقش خانواده به عنوان کانون پرورش آدمی در دوران کودکی و نوجوانی و ایفای این نقش توسط والدین علی‌الخصوص پدرانی که به علت پابندی به یکسری مسائل اخلاقی و ایمانی و دینی و ملی در دفاع از ملیت و نوامیس و آب و خاک، به درجه جانبازی نائل آمده‌اند. و جانباز گشته‌اند، و در امر تشریح مساعی نمی‌توانند آنطور که بایسته و شایسته است ایفای نقش کنند، جهت سنجش ایفای نقش پدران جانباز در خانواده تحقیقی با دو هدف کلی یعنی بررسی اطلاع و آگاهی جانباز در نقش پدر در خانواده، و چگونگی ایفای نقش خود به عنوان پدر جانباز در خانواده، با توجه به محدودیت‌های فردی (حسی - روحی و اجتماعی) در نمونه ۳۶ خانواده ایی که به صورت کاملاً تصادفی در ۶ منطقه شهر با رعایت تناسب جمعیت، به طوری که بتوان نتایج را به کل تعمیم داد انجام گردید.

از بین ۳۶ جانباز که سرپرستی خانواده را به عهده داشتند و هر کدام در درصد جانبازی و محل مجروحیت تفاوت داشتند ۶ گروه کلی انتخاب گردید.

ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه با تمسک به فن پرسش و پاسخ انتخاب گردید. که با بررسی و تجزیه و تحلیل ۳۶ پرسشنامه تکمیل شده میزان آگاهی پدران جانباز نسبت به نقش خود در خانواده و ایفای این نقش در زمینه‌های مختلف از قبیل تعلیم و تربیت فرزندان - الگو برای آنها - تجسس قابلیت‌های ذاتی و استعداد درونی فرزندان - امنیت خاطر فرزندان - تکوین شخصیت‌های آنها - آماده سازی در پذیرش اخلاق پسندیده - ایجاد محیط لازم تربیتی و پرورشی ..... بررسی گردید.

نتایج تحقیق نشان داد که پدران جانباز در زمینه‌های نقش پدر گونه خود در خانواده آگاهی نسبی دارند، منتها این آگاهی در ارتباط مستقیم با دو فاکتور فرهنگ و تحصیلات می باشد. ( $p < 0.00001$ ) و با بالا رفتن سطح تحصیلات و فرهنگ درصد مؤلفه‌های نقش پدری ارتقاء و اختلاف معنی داری را نشان می دهد. ( $p < 0.0005$ ) از طرفی درصد جانبازی و محل مجروحیت جانباز مؤلفه‌های تأثیر گذار در چگونگی و کیفیت و کمیت ایفای نقش پدری در خانواده بودند که در متن اشاره خواهد شد.

مقدمه:

قبل از اینکه وارد مبحث مورد بحث شویم مقدمتاً جهت آگاهی و آشنائی، لفظ و کلمه «خانواده» را توضیح داده تا مطلب ارائه شده در این بحث واضح تر و روشنتر تجلی و تحقق یابد.

«خانواده» در مفهوم عام و کلی خود پدیده است جهانی که در همه جا وجود دارد. و طبق نظریه های صاحب نظران روانشناس و جامعه شناس، ابناء نوع انسان زندگی را از خانواده شروع می کنند تا جائیکه اولین محیط تربیتی و پرورشی افراد محسوب می شود. حتی هنگامیکه، خانواده از دو نفر یعنی مادر و فرزند، تشکیل شده باشد. در یک خانواده عادی که اعضاء آن پدر و مادر و برادران و خواهران هستند، شبکه ای از روابط و ارتباطات تعاملی برقرار می باشد.

از آنجائیکه در هر اجتماع خانواده از اهمیت بسیار بالائی در زندگی انسانی برخوردار است، متخصصین و صاحب نظران جامعه شناس از آن به عنوان یک نهاد اجتماعی نام می برند. در حال حاضر پیشرفتهای و شرایط جدید و تکنولوژی و توسعه علم باعث شده تا خانواده از آن ساختار سنتی بیرون آمده و بسیاری از مسئولیتها و کارکردها، که قبلاً به عهده خانواده بوده را به سایر نهادها - سازمانها و ... واگذار نماید. از جمله این نهاد و ارگانها و ... می توان به واحدهای مشاوره ای - مددکاران اجتماعی - متولیان امر بهداشت روان - سازمانهای حمایتی و ... اشاره کرد. ولی این نکته مهم را نباید فراموش کرد که هنوز خانواده آن بن و چارچوب اساسی و بعضی از کارکردهای بنیادی خود را همچنان حفظ کرده است.

نکته قابل تعمق که ارتباط با بحث مورد نظر ما و خانواده های جانبازان عزیز دارد اینکه رابطه ای زیست و ریخت شناسی مثل ارزشها - هدفها - نگرشها - شخصیتها موقعیتهای اجتماعی فرزندان - نیازهای عاطفی - آرمان خانواده وابستگی ها (در معنای کلی آن) - فرهنگ مذهب - دین - مرکز ثقل قدرت و غیره با توجه به ساختار حکومتی جامعه متفاوت و از جامعه ای به جامعه دیگر و از کشور دیگر نیز متفاوت می باشد. که این رابطه ها و ارزشها دقیقاً نشئت گرفته از نوع سیستم حاکم بر جامعه، اعتقادات و ساختارها و عملکردها می باشد.

به الطبع حکومتهایی که بر پایه آزادیهای بی حد و حساب و فردمداری استوارند و آزادیهای بی حد را در حق افراد جامعه شان روا می دارند ساختار و کارکرد خانواده ای را در آن جامعه انتظار دارند که کاملاً با حکومتی که براساس اعتقادات اخلاقی و دینی و ارزشهای پاک و سلیم استوار است، متفاوت و دگرگون می باشد.

تساوی اجتماعی و سیاسی زنان با مردان که از قرن بیستم پرننگتر خودنمائی و در کشورهای اسلامی با استفاده از چارچوب اصولی قوانین مورد بحث و بهره برداری قرار گرفت



باعث گردید که زنان نیز مانند مردان ضمن قبول شرایط حاکم، بتوانند مسئولیتهائی را در اجتماع پذیرفته و ایفای نقش کنند، که در این رابطه خانواده هائی با ارکان مسئولیت پذیری در فعالیتهای مملکتی و سیاسی پدید و نقش زنان ایثارگر و جانباز با توجه به پذیرش مسئولیتهای صحیح و اصولی، معنا و مفهوم خود را پیدا کرد.

ماحصل کلام اینکه با توجه به مطالب مطرح شده و نقش اعتقادات و رسوم و دین و مذهب، در هر جامعه ای نقشهایی که به خانواده داده می شود و خانواده ها می پذیرند، متفاوت است.

کشور اسلامی ما نیز از این معقوله مستثنی نیست و نبوده خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی با زیر ساختهای مذهبی و ارزشهای دینی ضمن اینکه به این ارزشها رونق می بخشد و در اشاعه فرهنگ اسلامی و نشر فرهنگ ایمان و اعتقادی مستحکم و مبرهن منبعت از هدفهای دین مبین اسلام می پردازد و به فرهنگ ایثار و شهادت در قالب تقدیم شهداء و پذیرش و حمایت و پاسداری از ارزشهای جنگ و یادگارهای آن همت می گمارد. که مجموعاً جامعه ای با ارزشهای والای انسانی و اسلامی با رابطه ای متقابل و تأثیرگذار در هم را به وجود می آورد. که تحت ولایت و سرپرستی بزرگان و دست آموختگان رسول وحی و مکتب ایثار و شهادت به سوی هدف طی طریق می کنند.

در چنین جامعه ای، که ارزشهای دینی نهادینه شده، خانواده در جهت حفظ و حراست از آب و خاک و دین، جهاد و مبارزه می پردازند و شهادت و ایثار که پاکان را سزاست و افتخار، موجب به موجود آمدن گروههای رقم و با بروز این ارزشها بیشتر خودنمایی می کنند. البته چون بسیاری از این توضیحات در این مقاله نمی گنجد، از آنها فاکتور گرفته شده و فقط می پردازیم به نقش پدر در خانواده های جانباز و ایفای نقش پدر در اینگونه خانواده ها ضمن اینکه نیز می باید بحث را محدودتر و بسته تر پیش ببریم.

با تمسک به آیات قرآن و احادیث معروف والدین را حقی است بر فرزندان و فرزندان را نیز حقی است بر پدر و مادر که سزاوارست رعایت گردد. می توان نتیجه گرفت که میدان ایفای نقش والدین از جمله پدر که با توجه به ساختار خانواده در کشور اسلامی ایران تقریباً مرد سالاری و مدیریت محوری مردان است، پدر نقشهای گوناگونی با زیربنای تفکر را لازم است پذیرا و اجرا کند. البته در ذیل برحسب روشن شدن موضوع و رسیدن به هدف مقاله به تعدادی از آیات قرآن مجید و بیانات گوهر بار ائمه اطهار «علیه السلام» اشاره می گردد.

ان للولہ له علی الوالد حقاً، و ان للوالد علی الولد حقاً، فحقّ الوالد علی الولدان یطیعه فی کلّ شیء الا فی معصیه الله سبحانه، و حقّ الولد علی الوالدان یحسّن، و یحسّن أدبه، و یعلمه القرآن.

«فرزند را بر پدر، حقی و پدر را بر فرزند حقی است. حق پدر بر فرزند، آن است که پدر را در هر چیز، مگر در نافرمانی از خداوند سبحان، اطاعت و پیروی نماید، و حق فرزند بر پدر، آن است که نام فرزند را نیکو قرار دهد و او را با ادب و آراسته تربیت کند و قرآن را به او بیاموزد.

در این رابطه امام صادق (ع) از رسول خدا (ص) می فرماید: حق فرزند بر پدر در صورتی که پسر باشد آن است که مادرش را مسرور گرداند و نام او را نیکو قرار دهد و کتاب خدا را به او بیاموزد و او را پاکیزه نگاه دارد و شنا کردن را به او تعلیم دهد و اگر دختر باشد این است که مادرش را خشنود گرداند و نامش را نیکو نهند و سوره نور را به او تعلیم دهد.

البته در باب نقش والدین و از جمله پدر بحث و حدیث فراوان و اندیشمندان و نویسندگان در این باب بسیار قلم فرسائی نموده اند که از سوئی مبحث مورد بحث مجال پرداختن به تمامی آنها را به ما نمی دهد و از سوی دیگر با توجه به عنوان تحقیق مقدار مورد اشاره کافی و فقط به صورت تیتروار نقش والدین لیست می گردد که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است.

- انتخاب نام نیکو برای فرزند
- تربیت شایسته
- آموختن قرآن و مسائل دینی
- تحصیل علم
- کسب درآمد مشروع و حلال
- تعلیم ورزش به فرزندان
- رسیدگی به خواسته های مادی فرزندان
- احترام و تکریم فرزندان
- رعایت و آموزش عدالت و مساوات
- وفای به عهد
- آموختن آداب معاشرت و غذاخوردن
- انفاق و اهمیت نماز و آموزش آن
- تشویق به کارهای خیر
- کنترل دوستان
- ایجاد عشق در فرزندان و عشق به دیگران
- فراهم کردن مقدمات ازدواج
- دوری از بوجود آوردن محیط ترس و وحشت (رفتار دیکتاتور مآبانه)

- الگو قرار دادن رفتارهای پسندیده در خود و سرمشق قرار دادن برای کودک
  - ایجاد محیطی آرام از نظر روحی و روانی در خانواده
  - برانگیختن غریزه بازی در کودک
  - بازی با کودک در محیط خانه
  - به عنوان راهنما ، پاسخگویی به سئوالات و کنجکاویهای کودکانه
  - ترغیب و تشویق بجا و درست کودک
  - عدم تنبیهات بدنی کودک
  - نوازش و ابراز علاقه و مهر به کودک
  - عدالت در مورد تمامی فرزندان
  - تعیین قابلیت‌های فرزندان یا فرزند
  - کشف استعدادهای درونی و کمک و ایجاد زمینه های بروز این استعدادها
  - ایجاد امنیت خاطر فرزندان
  - نحوه معاشرت با کودک و حسن معاشرت با مادر کودک
  - ممانعت از خشونت
  - ممانعت از دعوا و خودداری از گفتن حرفهای ناپسند
  - تشویق فرزندان به مطالعه و کتاب
  - رسیدگی به تفریح بیرون از خانه فرزندان
  - انجام فضیلت‌های ایمانی و اخلاقی در خود و فرزندان
  - توضیح مفاهیم تربیتی را بر فرزندان کل احترام - بزرگی و کوچکی - امر و نهی و ...
  - مبارزه و مخالفت با دروغگوئی
  - رد نکردن خواسته های مشروع و یا آوردن دلیل و برهان منطقی
  - پاسخ به سئوالات دینی و آخرت کودک در حد سن و سال کودک
  - آشنا نمودن کودک در بروز پاداش و جزا در آخرت
  - روبرویی فرزندان با مسائل مورد نیاز آنها در حد توان و منطقی
- توضیحاً اینکه در سنجش نقش تربیتی و تعلیم پدران جانباز، نقشهای کلی در پرسشنامه مدنظر قرار گرفته که هر نقش کلی سایر نقوش فرعی را تحت شعاع قرار داده در بر می گیرد.

## مواد و روشها

این پژوهش انتخاب با نمونه ای از ۳۶ خانوار جانباز در شهرستان بهار و همدان انجام گردید. روش تحقیق توصیفی و ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود با استفاده از فن پرسش و پاسخ و مصاحبه. نمونه ها که کاملاً تصادفی در ۶ منطقه شهر با رعایت تناسب جمعیت جانبازان که سرپرستی خانواده را به عهده داشتند و هر کدام یک یا چند فرزند داشتند، انجام گردید. از بین ۳۶ خانوار جانباز که سرپرستی خانواده را به عهده داشتند ۶ گروه کلی منشعب تا نمونه ها جزئی از کل و نتایج حاصله قابل تعمیم به کل باشد. اندازه نمونه میزان آگاهی جامعه پژوهشی را نسبت به نقش پدر در خانواده با اطمینان ۹۵٪ و حداکثر، حد اشتباه ۵٪ برآورد می کند. سوالات پرسشنامه علاوه بر مشخصات دموگرافیک مانند سن - جنس - سواد - درآمد ماهیانه - محل سکونت درصد جانبازی - محل مجروحیت و ... به صورت جاخالی جهت جوابگویی آنان مطرح گردید.

سوالات دو هدف آگاهی جانباز، نسبت به نقش خود در خانواده و چگونگی ایفای این نقش را با طرح سوالات بسته و پاسخ ها به صورت بلی و خیر و نمی دانم و سوالات باز، تشریحی اختصار یافته، پوشش داده شد تعدادی از سوالات پرسشنامه که کیفیت و چگونگی نقش پدر جانباز و ایفای این نقش را مورد بررسی قرار می دادند در چهارچوب three - point. Likert scale طرح ریزی و برای هر کدام از آنها نمره ۵ تا ۱، ۵/۵ تا ۱/۱ در نظر گرفته شد.

برای تعیین رابطه بین متغیرهایی مانند درصد جانبازی - محل مجروحیت - سواد - جنس - سن و ... با وضعیت آگاهی و نگرش پدران از آزمون «کای دو» استفاده گردید و مقدار P آزمون کمتر از 0.05 معنی دار تلقی شده است.

سپس فرمهای پرسشنامه از نظر تکمیل بودن، بررسی که ۳۶ فرم توضیح شده. کاملاً پاسخ داده شده بودند. سپس با جمع آوری و آنالیز اطلاعات حاصله نتایج و یافته های ذیل مشخص گردید. توضیحاً در مورد آگاهی به چهار گروه آگاهی بالا (21-24) متوسط (20-17) پائین (13-16) و ضعیف (4-11) تقسیم گردید. و اطلاعات بدست آمده تحت بررسی آماری قرار گرفتند. فراوانی متغیرهای چند پاسخی تعیین سپس پاسخها به متغیرهای دیگر تبدیل گشته و جهت ارزیابی های بیشتر مورد استفاده قرار گرفت. برای درک الگو و روابط جداول وابسته و مستقل ایجاد گردید و برای یافتن همبستگی و روابط از آزمونها و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده گردید. وسط معنی دار بودن حداقل 0.05 برای تمامی آزمونها تعیین گردید. نمونه جانبازان (از ۷۵٪ تا ۳۶٪ جانباز نمونه)

**یافته ها (نتایج):**

پس از آنالیز آیت‌های مورد تحقیق و ارتباط آنها با یکدیگر نتایج ذیل بدست آمد که محقق لیست وار به آنها اشاره و توضیحات لازم در قسمت بحث و نتیجه گیری داده شده است.

- یافته های حاصل از تحقیق نشان داد که در خانواده محترم جانبازان که پدر جانباز می باشد، نقش مادر خانواده و بزرگ خانواده که مسئولیت پذیر است، پُر رنگ تر و کاربردی تر از پدر می باشد. که این امر با توجه به شدت وحدت و درصد جانبازی پدر متفاوت می باشد.

- در نمونه‌هایی از خانواده‌های محترم جانبازان، خصوصاً خانواده‌هایی که به عللی بعد از جانبازی نتوانسته و یا نخواسته اند صاحب فرزند شوند و تک فرزند می باشند، بلوغ عقلی و علمی در فرزند آنها با توجه به محیط خانواده احساسها و گرایشها زودتر دیده شد، کند و کاو و کنجکاوی کودک با توجه به شرایط حاکمه در خانواده در این امر، ارتباط معنی داری را نشان می دهد.

- همانطور که در قسمت خلاصه اشاره گردید وضعیت آگاهی پدران در اکثر موارد با تحقیقات خود پاسخ دهنده، ارتباط مستقیم معنی داری ( $p < 0.00001$ ) دارد و از همه مهمتر اینکه این ارتباط با سن فرد پاسخ دهنده نیز در زمینه داشتن (تجربه) معنی دار است/

- با توجه به اینکه رفتار پدر و مادر مورد تقلید فرزندان است، در خانواده محترم جانبازان این تقلید محسوستر است به طوری که بر حسب آگاهی کودکان و درک ارزشها و اعتقادات، این تقلید در نیایش و نحوه دعا کردن و راز و نیاز و حتی برخورد با دیگران در رفتار و عملکردشان متجلی و بارزتر دیده می شود و از طرفی نحوه ارتباط و تعامل بین خواهران و برادران در خانواده محترم جانبازان و توضیح و حل مسئله به وضوح قابل رویت بود.

- در خانواده محترم جانبازان، نقش مادر خانواده (همسر جانباز) در راستای ایفای نقش پدر به عنوان بازو اهرم کاهش استرس و اضطراب در فرزندان کم سن و سال که هنوز ارتباط و درک بین مفاهیم و تا حدودی کمبودها را نمی توانند درک کنند متجلی و چشم گیر بود به عبارتی چون چارچوب و نظام خانواده هایی که پدر به عنوان جانباز مطرح است، نظامی ارزشی و بازتابی از باورها و اعتقادات دینی و فرهنگی و ملی است، فرزندان بزرگتر و در رأس مادر خانواده سکان مدیریت را عهده دار است تا محیطی امن برای رشد فرزندان فراهم گردد. این امر در جانبازان اعصاب و روان که تحریکات و گُنشها آزار دهنده اند، نقشی مضاعف در ایجاد محیط آرام برای جانباز را در پی دارد. هر چه سطح و میزان تحصیلات خانواده افزایش پیدا می کند امر فوق قوت می گیرد. به عبارتی ارتباط بین مورد پیش اشاره و تحصیلات معنی دار است.

- درصد بالایی از فرزندان جانبازان محترم در خانواده از حساسیت خاصی برخوردار بودند و به شدت به طرف قطبی که بیشتر با او مأنوس و مورد محبت واقع شده بودند گرایش داشتند

مع الوصف با افزایش سن فرزندان، اعتماد به نفس در آنها نیز قوت می‌گرفت. که در این رابطه افزایش سن و جنس رابطه‌ها و حساسیتها را معنی دار می‌کرد. توضیحاً این در خانواده‌هایی که پدر جانباز به علل جانبازی قادر به ایفای نقش کامل پرورشی و تربیتی نیست دیده می‌شود. و از همه مهمتر پا در میانی اجتماع و ایجاد بستر مناسب جهت اینگونه فرزندان استقلال آتی آنها را به خطر نینداخته، بلکه قوت نیز گرفته که این موضوع نشانگر این پدیده است که در بعضی از خانواده‌ها که پدر به علل جانباز بودن نتوانسته نقش پدری را ایفا کنند، در عوض همسر جانباز - بستگان و اجتماع - مکمل ایفای نقش او بوده و هست.

- صاحب‌نظران امور تربیتی معتقدند، دوگانگی روشهای تربیتی والدین و عدم اتخاذ شیوه‌های پرورشی هم‌سان در خانواده باعث سردرگمی رفتاری در کودکان می‌شود، تحقیق فوق نشانگر این نکته است که، لازم است در خانواده محترم جانبازان که پدر به علل جانباز بودن و با توجه به درصد و محل مجروحیت نمی‌تواند نقش مؤثری را ایفا کند، می‌باید این نقش به مادر خانواده محول و تفویض گردد و از اعمال نظر و اتخاذ شیوه‌های تربیتی غیر یکسان با مادر خودداری و از دوگانگی رفتار در برابر فرزندان اجتناب شود تا از بروز عذاب و جدان - احساس گناه و سردرگمی رفتار در فرزندان اجتناب و جلوگیری می‌گردد.

- نکته‌ای که در رابطه با نقش پدر جانباز در خانواده جانبازان در تحقیق فوق کم‌رنگتر بود، عدم توجه به تفاوت‌های فردی فرزندان از طرف والدین است، که لازم است والدین ضمن جلسه‌ای مشترک و توافق بر سر تفاوت‌های فردی فرزندان و توافق در برابر انتظارات و توقع‌ها به امور تربیتی همت، و پدران جانباز این امر را به اولیاء آموزش و مادر محول نمایند.

- انجام فرایض دینی، آموزش قرآن، احادیث، بیان خاطرات و پایمردیها در جبهه‌ها - آموختن آداب واجب - تحصیل علم - تشویق در کارهای خیر - کنترل دوستان - اهمیت به واجبات و حتی مستحبات - فعالیتهای بدنی و ورزش در خانواده‌هایی که پدر جانباز و ایشارگر است، بسیار پر رنگ خودنمایی می‌کند. که این بر می‌گردد به جانباز و نقش او در خانواده و اعتقاد او به اصول و مقدسات و از طرفی حال و هوای خانواده و چهارچوب خانواده، که جانباز بودن پدر نقش مهمی در انجام این وظایف داشت.

- تحقیق فوق نشان داد تنها ۱۰٪ از پدران جانباز زمینه مطالعاتی شان در رابطه با کتب روانشناسی یادگیری و پرورشی و تربیتی در امر فرزندان بوده. هر چند در کل فرهنگ کتابخوانی در خانواده‌های شهرستانی بسیار پایین و از درصدی حدود ۳۰-۲۰٪ برخوردار می‌باشد. - نکته مهم و قابل بحث در بررسی انجام شده با تمسک به اینکه جانباز (پدر خانواده) مدتی از زندگی را به دور از خانواده در جبهه‌های حق علیه باطل یا در بیمارستان و مراکز درمانی یا

تحت نظارت پزشک در منزل گذرانده، ارتباط و تعامل پدر و مادر جانباز و پدر و مادر همسر جانباز (پدر و مادربزرگ) از قوت بیشتری در خانواده های جانبازان برخوردار است که این امر در ارائه تجربیات، دانسته ها و انتقال به فرزندان (هرچند گاهی اوقات کلاسیک) و پرورش و تعلیم و تربیت آنها نقش بسزائی را داشته و رابطه ها بسیار قوی و ادامه دار است.

– نکته ای که می باید به آن اشاره گردد و این امر در خانواده هایی که پدر جانباز اعصاب و روان است بیشتر بروز کرده، عدم ایجاد محیط مناسب برای تمایل به بازی کردن کودک و بازی با او در جهت کشف و تکامل استعدادهای درونی و ایجاد اعتماد به نفس در کودک است.

محل مجروحیت و درصد جانباز (مذکر)		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
نقش پدر در خانواده		۱/۱	—	۴/۱	۴	۴	۵	۵/۱
– گوش دادن به برنامه های رادیو-تلویزیون - روزنامه ها - مجلات - در مورد مواد تربیتی و آموزشی		۱/۱	—	۴/۱	۴	۴	۵	۵/۱
– تجسس قابلیت های ذاتی و استعدادهای درونی او (کودک)		۴	۳/۱	۴	۴	۴	۲/۱	۴
– امنیت خاطر و کفایت های لازم کودکان در تکوین شخصیت او (کودک)		۳	۱	۲	۲	۲/۱	۱	۳
– نقش مادربزرگها و پدربزرگها در رابطه با تربیت کودکان جانباز		۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵
پرورش روحی فرزندان		۳	۲	۴	۴	۵	۳/۱	۳
یاری فرزند و آماده سازی او در پذیرش آداب و اخلاق پسندیده		۵	۴/۱	۴	۳	۴	۳	۳/۵
ایجاد محیط لازم در محیط خانواده		۳/۱	۳/۲	۳	۳	۳/۴	۳/۵	۳/۴
ایجاد شخصیت در کودک از طریق احترام به او و حسن معاشرت با همسر و کودک		۲	۱	۳	۴	۳	۳/۵	۴/۲
ممانعت از خشونت - حرف های ناپسند - دوری از بوجود آوردن محیط وحشت و ترس		۳/۵	۳/۵	۵	۵	۵	۵	۴
رعایت و انجام فضیلت های ایمانی و اخلاقی		۵	۵/۱	۵	۴	۵	۴	۵
مطالعه کتاب - فنون آموزشی - مجله جانباز		۵/۲	۵/۸	۲	۴/۱	۴/۱	۱/۱	۲/۳

درصد آنها متفاوت است.

مختلط: از چند ناحیه مجروح و درصد مجروحیت براساس چند ناحیه می باشد.

- ۱ - جانباز اعصاب و روان ۲۵-۵      ۲ - جانباز اعصاب و روان بیشتر از ۲۵      ۳- مجروح شیمیایی  
 ۴ - قطع نخاعی      ۵ - قطع عضو (دست و پا ...)

۶ - نابینا جانباز

۷ - مختلط

جدول فراوانی وضعیت آگاهی پدران جانباز نسبت به ایفای نقش تربیتی خود در خانواده در  
رابطه با تحصیلات آنها

تحصیلات پدر آگاهی	عالی تعداد	دیپلم تعداد	دبیرستان تعداد	راهنمائی تعداد	دبستان تعداد	بی سواد تعداد	کل تعداد	_____
نقش مادر یا بزرگ خانواده به جای پدر (با توجه به جانباز بودن پدر)	۲ ٪۶۹/۲	۸ ٪۷۳/۵	۶ ٪۵۲/۲	۴ ٪۴۱/۷	۳ ٪۴۰/۲	۱ ٪۲۰/۸۲	۲۴ ٪۵۹/۹	
عدم ایفای نقش تربیتی خود یا بروز مشکل (با توجه به جانباز بودن پدر)	۲ ٪۶۹/۷	۳ ٪۶۱	۶ ٪۵۵/۳	۴ ٪۴۱/۷	۲ ٪۳۷	۳ ٪۵۵/۶	۲۱ ٪۵۳/۹	
نقش پدر در خانواده در ارتباط با مؤلفه های تربیتی	۲ ٪۹۳/۹	۱۴ ٪۷۸/۹	۷ ٪۸۱/۶	۱ ٪۷۹/۲	۴ ٪۶۵/۲	۱ ٪۱۸/۹	۲۹ ٪۸۱/۹	
بهترین سن ایفای نقش پدر در خانواده جانباز	۳ ٪۱۱/۱	۲ ٪۱۰/۲	۲ ٪۱۲	۴ ٪۶/۴	۲ ٪۱۱/۴	—	۸ ٪۱۸/۸	
سن فرزندان در پذیرش مؤلفه های تربیتی	۲ ٪۵۰	۶ ٪۳۶/۹	۲ ٪۲۲/۷	۳ ٪۱۶/۴	۲ ٪۱۱/۴	—	۱۲ ٪۱۸/۸	
	۲ ٪۳۰/۱۸	۴ ٪۲۶/۵	۳ ٪۴۰/۱۸	۲ ٪۵۸/۲	۱ ٪۵۹/۸	—	۱۲ ٪۴۰/۱	
	۱ ٪۳۰/۳	۲ ٪۳۹	۴ ٪۴۴/۷	۵ ٪۵۸/۳	۱ ٪۶۳	۲ ٪۴۴/۴	۱۵ ٪۴۶/۱	
	۱ ٪۶/۱	۱ ٪۱۳/۱	۱ ٪۱۸/۴	۱ ٪۲۰/۸	۳ ٪۳۴/۸	—	۷ ٪۱۸/۱	
	۳ ٪۱۱/۱	۴ ٪۱۰/۲	۲ ٪۱۲	۴ ٪۶/۴	۲ ٪۱۱/۴	—	۸ ٪۱۸/۸	
	۲ ٪۵۰	۶ ٪۳۶/۹	۲ ٪۲۲/۷	۳ ٪۱۶/۴	۲ ٪۱۱/۴	—	۱۲ ٪۱۸/۸	
	۲ ٪۳۰/۱۸	۴ ٪۲۶/۵	۳ ٪۴۰/۱۸	۲ ٪۵۸/۲	۱ ٪۵۹/۸	—	۱۲ ٪۴۰/۱	
	۱ ٪۳۰/۳	۲ ٪۳۹	۴ ٪۴۴/۷	۵ ٪۵۸/۳	۱ ٪۶۳	۲ ٪۴۴/۴	۱۵ ٪۴۶/۱	
	۱ ٪۶/۱	۱ ٪۱۳/۱	۱ ٪۱۸/۴	۱ ٪۲۰/۸	۳ ٪۳۴/۸	—	۷ ٪۱۸/۱	
	۳ ٪۱۱/۱	۴ ٪۱۰/۲	۲ ٪۱۲	۴ ٪۶/۴	۲ ٪۱۱/۴	—	۸ ٪۱۸/۸	
	۲ ٪۵۰	۶ ٪۳۶/۹	۲ ٪۲۲/۷	۳ ٪۱۶/۴	۲ ٪۱۱/۴	—	۱۲ ٪۱۸/۸	
	۲ ٪۳۰/۱۸	۴ ٪۲۶/۵	۳ ٪۴۰/۱۸	۲ ٪۵۸/۲	۱ ٪۵۹/۸	—	۱۲ ٪۴۰/۱	
	۱ ٪۳۰/۳	۲ ٪۳۹	۴ ٪۴۴/۷	۵ ٪۵۸/۳	۱ ٪۶۳	۲ ٪۴۴/۴	۱۵ ٪۴۶/۱	
	۱ ٪۶/۱	۱ ٪۱۳/۱	۱ ٪۱۸/۴	۱ ٪۲۰/۸	۳ ٪۳۴/۸	—	۷ ٪۱۸/۱	

– یافته های مورد بحث دیگر که در اکثر خانواده های جانبازان مهم و فرزندان در رسیدن به آن و پدر در انجام ایفای نقش پدری خودناکام مانده، گردش و تفریح و پرداختن به امکانات و امور بیرون از منزل فرزندان بود که پدر به دلیل جانباز بودن قادر به انجام آنها نمی باشد هر چند که ۹۸٪ از جانبازان به آن اشاره و دلیل انجام نشدن را جانباز بودنشان قلمداد می کردند، علی الخصوص پدران جانباز اعصاب و روان و جانبازان در ناحیه پا و قطع نخاعی ....

– نکته مهم و قابل تعمق که در یافته ها مشهود و خودنمایی می کند، و می باید واقعاً مورد توجه پدران عزیز جانباز قرار گیرد و خانواده محترم جانباز از این امر غافل نباشند، اینکه رفتار پدر و مادر در خانواده آینه ای است که رفتار فرزند و یا فرزندان در آن انعکاس می یابد و پدر و مادر و اعمال آنها بهترین الگوهای تربیتی فرزندان محسوب می شود براین اساس پدران جانبازی که دچار ضایعات اعصاب و روان و ضایعات حاصل از بمبارانهای شیمیایی، و بعضاً



جانبازانی که دردهای مبهم و بدون علل را یدک می کشند، حال بنا به پیشنهاد پزشک معالج یا دوستان و آشنایان جهت تسکین درد حاصل از بیماریشان و آرامش و رفاه حالت روحی و روانی از داروها و مخدرها استفاده می کنند. باید بدانند که در حال و آتی، نقش مقدس پدری و قداست پدر بودن و رهبری و مدیریت و تربیت و تعلیم را لکه دار و به زیر سؤال خواهند برد. از این رو نقش پدر جانباز در اینگونه خانواده ها می باید طوری باشد که انعکاس منفی نداشته و آیندگان از این معقوله برداشت ناصواب را نداشته باشند، که مهمترین عارضه این سبک، لطمه به نهاد و بنیان خانواده و آینده، فرزندان و لوس شدن مسئله و از طرفی ناتوانی در عرصه حفظ و حراست و پاسداشت و دفاع از دستاوردهای جنگ تحمیلی است و خدشه دار نمودن انعکاس گذشته جنگ با غرور و عزت و افتخار در آینده ماست.

### بحث و نتیجه گیری:

به نظر می رسد استفاده از یافته های کامل مطالعه حاضر که با دو هدف کلی انجام شد جهت برنامه ریزی و ارائه آموزشهای لازم و ارتقاء سطح دانش و مهارتهای کاربردی در ارتباط با مسئولیتها و نقش رفتارهای تربیتی والدین جانباز در محیط خانواده مفید باشد. هر چند در روش تحقیق به طریق پرسشنامه و فن سوال و جواب، افراد پاسخ دهنده - آگاهی و عملکردشان را بیش از مقدار واقعی گزارش می کنند مع الوصف تعیین آگاهی جانبازان در نقش پدر خانواده و چگونگی ایفای آن و عوامل بازنده ایفای نقش به سبب جانباز بودن تعیین کننده راهکارهای لازم جهت ارتقاء و کاهش پارامترهای دخیل در امر این ایفای نقش می باشد. طبق این بررسی آگاهی عمومی پدران جانباز در ارتباط با تعلیم و تربیت فرزندان رضایت بخش و از طرفی آگاهی شان نسبت به عدم ایفای نقش خود به سبب جانباز بودن نسبتاً بالاست. حدوداً نیمی از پدران عزیز جانباز به موارد تعلیم و تربیتی و موارد ایفای نقش خود اشاره داشتند. طبق این مطالعه افرادی که از نظر تحصیلات در سطح پایین تری واقعد کمترین اطلاعات را در رابطه با نقش رفتارهای تربیتی خود در محیط خانواده چگونگی ایفای این نقش در ارتباط با جانباز بودنشان ارائه و برعکس آنهایی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند. بیشترین اطلاعات را ارائه دادند. می توان این نتیجه را گرفت که با ایجاد برنامه های ارتقاء نقش تربیتی والدین از طریق رادیو و تلویزیون و ایفای نقش والدین به صورت نوشتاری در مجلات مخصوص جانبازان، در بالابردن آگاهی این عزیزان نقش مؤثری ایفا نمود تا بتوانند چگونه آگاهیهای خود را به رفتار صحیح تبدیل و به کار گیرند. چرا که مطالعه ما نشان داد آگاهی والدین به نقش تربیتی خود منجر به بهبود وضعیت نگردیده بنابراین به نظر می رسد

لازم است به والدین جانباز آموزش داده شود تا آگاهیهای خود را به رفتارهای عملی و کاربردی تبدیل کنند و از قوه به فعل درآورند.

از طرفی در خانواده عزیزان جانباز، که محیط خانواده دارای ساختهای مذهبی و ارزشهای دینی و اعتقادی منبعث از ارزشهای والای انسانی و اسلامی تحت ولایت و سرپرستی بزرگان و دست آموختگان رسول وحی و ولایت فقیه است، الویت، پرورش روحی فرزندان نسبت به زندگی مادی آنهاست. به نحوی که ابتدایی ترین نقش پدری خانواده جانباز یعنی نهادن نام نیکو برای فرزند تا انجام دیگر وظایف پدری تا حدودی مورد توجه قرار گرفته. و بسیار طبیعی است که اگر در انجام چگونگی این ایفای نقش عوامل و در صد و نوع و محل مجروحیت جانباز تأثیر گذار باشد و همانطور که اشاره گردید تفویض این نقش به مادر خانواده معنادار است. مطالعه مورد نظر ضمن تأکید بر اهمیت تعدادی از نقشهای پدر در خانواده، بیانگر این موضوع است که ارزشهایی چون انجام فرایض دینی و مذهبی - آموزش قرآن حفظ و حرمت خانواده - رعایت شئون اسلامی - انجام روزه و نماز و واجبات - تشویق به کارهای خیر، انفاق - تحصیل علم - فعالیت بدنی مثبت و ورزش - دقت در انتخاب دوست در خانواده محترم جانبازان با دخالت جانباز به عنوان پدر خانواده و همسر او بسیار پُر رنگتر و خودنماست علی الرغم اینکه تعدادی از نقشهای پدر جانباز به دلیل جانباز بودن پدر در بعضی از جهات به درجه مطلوب بودن و مورد نظر نرسیده، که پیشنهاد می گردد ارتقاء آگاهیهای علمی و کاربردی و ... می تواند کارساز باشد. به نظر می رسد به توجه به تحقیق فوق بروز تفاوت های فردی بین فرزندان - اعمال نظر تربیتی دوگانه از طرف پدر و مادر - و پائین بودن فرهنگ کتابخوانی علی الخصوص با زمینه های تربیتی و پرورشی که در کل جامعه ایرانی عمومیت دارد و می توان ادعا کرد که مختص به کل جامعه می باشد، می باید با اتخاذ برنامه ای آموزشی مدون از طریق وسایل ارتباط جمعی - و نوشتاری و با همکاری سازمانها - بنیادها - اداره کل امور جانبازان و معاونتهای فرهنگی و علمی اقدام به برگزاری کلاسهای تربیتی و پرورشی - مسابقات کتابخوانی با زمینه های تربیتی و غیره نمود و میزان آگاهی والدین را ارتقاء بخشید. و این باور در خانواده چنان قوت گیرد تا بپذیرند که با ایفای نقش خود در مقام پدر یا مادر می توانند (حتی با وجود محدودیتهای ناشی از جانبازی) تأثیر گذار و منبع خیر و سعادت فرزندان گردند و آنها یند که رفتار و عملشان منعکس در رفتار فرزندان می باشد.

**رفرنسها:**

- ۱- روشهای تحقیق در سیستمهای اداری و بهداشتی، گروه مؤلفین وزارت بهداشت
- ۲- مقام والدین در اسلام، زین العابدین و حسنعلی احمدی
- ۳- مراحل تعلیم و تربیت، عباس حضرت
- ۴- نهج البلاغه، حسین رضی
- ۵- ماهنامه عقیدتی، فرهنگی - اجتماعی و سیاسی جانباز، بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی
- ۶- آمار حیاتی، مهدی نفر
- ۷- روشهای آماری و شاخصهای بهداشتی، دکتر حمید زعیم کهن و فاطمه نادری مقدم
- ۸- روشهای آماری و شاخصهای بهداشتی، دکتر ملک افضل
- ۹- آمار حیاتی، حسین میرحیدر
- ۱۰- مسائل تربیتی کودک، دکتر هیوجالی
- ۱۱- گروه مؤلفین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی «روشهای تحقیق در سیستمهای بهداشتی و ...» انتشارات وزارت متبوع با همکاری UNICEF-WHO، صص ۸۹-۱۱۴ ف ۱۰.
- ۱۲- زین العابدین-حسنعلی-احمدی «مقام والدین در اسلام» انتشارات میثم تمار - بهار ۱۳۷۹
- ۱۳- عباس حضرت، «مراحل تعلیم و تربیت را در نظر داشته باشیم» انتشارات تهران، طلایه ۱۳۷۸-۴م ۶م ح/۷۶۹ HQ - ۶۴۹/۱.
- ۱۴- «نهج البلاغه» به کوشش سیدرضی - ترجمه سیدجعفر شهیدی - نشر انقلاب اسلامی - ۱۳۷۰
- ۱۵- امور فرهنگی بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی «پیشگیری از انحراف و سقوط نسل آینده» ماهنامه عقیدتی، فرهنگی و سیاسی بنیاد جانبازان - انتشارات سوره مهر - دوره دوم - شماره ۱۶- تیر ماه هشتاد و دو، صص؛ ۲۸-۲۹.
- ۱۷- مهدی نفر، آمار حیاتی، انتشارات اصفهان، ۱۳۶۵-۷۹۴۲/۸ ح
- ۱۸- دکتر حمید زعیم کهن - مهندس فاطمه نادری مقدم - «روشهای آماری و شاخصهای بهداشتی» مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده - پائیز ۱۳۷۵.
- ۱۹- دکتر کاظم محمد، دکتر وارثکس نهاپتبان - دکتر حسین، ملکز افضلی - «روشهای آماری شاخصهای بهداشتی» - انتشارات بنیاد - مهر ۱۳۷۳.
- ۲۰- حسین میرحیدر، «آمار حیاتی» «روشهای آماری برای تحقیقات علمی» - دفتر نشر فرهنگ اسلامی، تهران، ۱۳۷۰.
- ۲۱- دکتر هیوجالی، مترجم، پروین قائمی، «مسائل تربیتی کودک» سازمان چاپ احمدی، تهران، ۱۳۷۰.

## بررسی ثبات شخصیتی در فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان

دکتر شکوفه رادفر - دکتر حمید حقانی - مریم فلاحتی

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

### چکیده

این تحقیق به منظور ارزیابی ثبات شخصیت و تعدادی خصوصیات دموگرافیک بر آن در نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله جانبازان انجام گرفته است. این یک مطالعه توصیفی است. افراد مورد مطالعه شامل کلیه فرزندان نوجوان ۱۵-۱۸ ساله جانبازان می‌شود که در اردوی تابستان ۸۱ شرکت کرده بودند. ۴۲۸۱ نوجوان به پرسشنامه‌های پژوهشی که شامل پرسشنامه خصوصیات فردی و پرسشنامه شخصیت آیزنک (EPI) بود بطور کامل پاسخ داده‌اند. یافته‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری و برنامه SPSS-10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد که: ثبات شخصیت ارتباطی به عوامل مورد بررسی به جز میزان تحصیلات پدر و استان محل اقامت فرزند جانباز ندارد. رابطه قوی مثبت بین (برونگرایی - درونگرایی) و (روان‌نژندی) حاکی از ارتباط درونگرایی با روان‌نژندی است. توزیع این دو متغیر با نرمال تفاوت دارد. نمونه مورد مطالعه دارای برونگرایی و روان‌نژندی بیشتر است.

کل‌واژگان: ثبات شخصیت - نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله - تست شخصیت آیزنک

### مقدمه:

شخصیت را می‌توان مجموعه صفات هیجانی و رفتاری تعریف کرد که مشخص کننده شخص در زندگی روزمره او در شرایط معمولی است (۱). دو بعدی که در بیشتر مطالعات تحلیل عوامل شخصیت یافت شده عبارتند از: (برونگرایی - درونگرایی) (Extraversion - Intraversion) و ثبات - بی‌ثباتی هیجانی (emotional stability - instability) برونگرایی - درونگرایی نشان دهنده میزان گرایش به بیرون و دنیای خارج یا به درون خویش است. در انتهای برونگرایی افرادی قرار دارند که مردم آمیزند و حرفه‌هایی را ترجیح می‌دهند که در آنها

مستقیماً با مردم رابطه داشته باشند. این افراد زمانی که تحت فشار باشند مشارکت دیگران را می‌طلبند. در انتهای درونگرایی افراد خجولی قرار دارند که ترجیح می‌دهند در تنهایی کار و کوشش نمایند و بخصوص در هنگام روبرو شدن با فشار یا تعارض هیجانی در خود فرو روند. ثبات و بی‌ثباتی، بعد هیجان‌پذیری است که افراد آرام، سازگار و قابل اعتماد در انتهای ثبات آن و اشخاص متلون، مضطرب و عصبی و غیرقابل اعتماد در انتهای دیگر قرار دارند (۲).

شوبرینگ (Sjobering) نیز در تقسیم بندی اختلالات شخصیت در دهه ۱۹۴۰ از چهار بعد سخن می‌گوید: بعد ثبات (stability)، بعد متانت (Solidity)، بعد اعتبار (Validity)، و بعد ظرفیت (Capacity). وی اظهار می‌کند منظور از بعد ثبات همان (برونگرایی - درونگرایی) است (۱).

یونک نیز می‌گوید: "هر کس در اصل به یکی از دو طریق برونگرایی - درونگرایی با جهان ارتباط برقرار می‌کند اگر چه جهت دیگر نیز همیشه برای فرد باقی می‌ماند. در حالت درونگرایی جهت‌گیری اصلی فرد به درون و به جانب خویش است فرد درونگرا دودل، متفکر و محتاط است. فرد برونگرا به بیرون و به جهان خارج گرایش دارد، از نظر اجتماعی درگیر می‌شود و فعال و متهور است هر کس وظیفه دارد که وحدت خویش را پیدا کند" (۱).

آیزنک مدل ساده و قوی دو بعدی را برای ارزیابی شخصیت معرفی کرد که "تمایل به روان‌نژندی - ثبات هیجانی" (N) و درونگرایی - برونگرایی " (E) را تعریف می‌کند (۱). تست شخصیتی آیزنک در چند مطالعه در ایران بکار رفته و نتایجی در رابطه با جمعیت ایرانی بدست آمده است (۳). از جمله این مطالعات، مطالعه‌ای است که بر روی ۱۹۰ دانشجوی پسر و ۱۰۰ دختر دانشجو دختر دانشگاه شیراز انجام گرفته است (۴) و مطالعه‌ای که بر روی ۷۱ جانباز انجام گرفته است (۵). در پژوهشی برای تعیین اختصاصی بودن و روایی معیارهای افسردگی و اضطراب، سه پرسشنامه افسردگی بک، افسردگی زونک، و اضطراب تیپلور با پرسشنامه شخصیت آیزنک (EPI) مقایسه شده‌اند مشخص گردید که پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و معیار افسردگی زونک (ZDS)، و معیار اضطراب تیپلور (TMAS) بطور قابل ملاحظه با معیار نوروتیسم پرسشنامه شخصیت آیزنک (EPI-N) همبستگی دارند. نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌کنند که هر ۴ تست فوق فاکتور هیجانی "ثبات - عدم ثبات" را ارزیابی می‌کنند. (۶)

یک تئوری سایکوپاتولوژی بیان می‌کند که بعضی اختلالات روان‌پزشکی منعکس کننده دوام زیاد روی بعضی صفات شخصیتی است خصوصاً آنها که مربوط به نوروتیسم (N) هستند. در بین صفاتی که در جمعیت عمومی برای این فاکتور هماهنگ هستند استعداد تجربه سطوح مزمن عواطف منفی مثل ترس، خشم، شرم و غمگینی وجود دارد. افرادی که دوام زیاد

روی این صفات دارند ممکن است معرف تشخیص اختلال اضطراب منتشر، اختلال شخصیت مرزی، فوبی اجتماعی، یا اختلال دیستایمیک باشند. چند مطالعه اخیر نشان داده‌اند افرادی که نمره بالا در میزان N دارند در خطر بالای اختلال افسردگی اساسی هستند. کنترل ضعیف تمایلات و تکانه‌ها و نگرانی مفرط با عملکرد فیزیکی نیز خصوصیات همراه با N هستند و ممکن است تصور شود افرادی که نمره N بالا دارند مستعد ایجاد اختلالات خوردن و اختلال تبدیلی (خودبیمارانگاری) هستند. تمایل به روان‌نژندی یک حالت جنرال برای تجربه دیسترس روانشناختی است و افرادی که در جستجوی درمان روانپزشکی هستند تقریباً همیشه در دیسترس هستند. (۱) در پژوهشی که با استفاده از پرسشنامه شخصیت آیزنک و پرسشنامه اضطرابی "state-trait Anxiety Inventory" روی ۹۷ زن و ۱۰۵ مرد تحت شرایط معمولی انجام گرفته است نشان می‌دهد اضطراب بالا در ارتباط با درونگرایی بالا و نوروتیسم بالاست. صفت اضطرابی مستقل از ابعاد پسیکوتیسم و Lie بوده است. (۷)

در حالیکه اریکسون و سایر تئوریستهای مراحل رشدی، روی مراحل هر فاز زندگی و تکالیف تکاملی آن تمرکز کرده‌اند سایر تئوریستها روی صفات هسته‌ای شخصیت در فرد تمرکز کرده‌اند و سیر آنها را در طول زندگی تعیین می‌کنند. برای مثال آیا آنها که در اوایل کودکی و نوجوانی اجتماعی یا برونگرا هستند در اواسط زندگی و سالمندی نیز برونگرا باقی می‌مانند؟ چند مطالعه خوب طرح‌ریزی شده که افراد در طول سالهای ۵۰-۱۰ سالگی پیگیری کرده شواهد قوی برای ثبات در پنج صفت اساسی شخصیت پیدا کرده‌اند: برونگرایی (extraversion) تمایل به روان‌نژندی (Neuroticism)، توافق‌پذیری (agreeableness)، آمادگی برای تجربه کردن (openness to experience)، وظیفه‌شناسی (Conscientiousness)، دوتا از این عوامل شبیه "E" و "N" آیزنک هستند. (۸)

با توجه به اینکه جنبه‌های مختلف شخصیت از اوایل زندگی وجود دارند و صفات شخصیت از نوجوانی به بعد نسبتاً ثابت هستند و با در نظر گرفتن آنکه ارزیابی کودکان و نوجوانان می‌تواند سمپتوم‌ها، رفتارها یا صفات آشکار مقدم بر اختلالات هیجانی را آشکار کند تسریع در ارزیابی اختلالات هیجانی نوجوانان مهم می‌باشد. (۱)

طبق آخرین آمار سازمان بنیاد جانبازان در خرداد ماه ۱۳۸۱، تعداد ۴۳۹۱۳۰ نفر جانباز در کشور در قید حیات بوده‌اند در خانواده‌های محترم این جانبازان حدود بیست‌هزار نفر فرزند سنین نوجوانی حضور دارند. (۹)

شیوع اختلالات روانپزشکی در نوجوانان بسته به جمعیت مورد مطالعه، ملاک‌های تشخیصی و گروه‌های سنی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است (۱۰ و ۸). کتب معتبر روانپزشکی

و تحقیقات متعدد بعمل آمده بر تأثیر خانواده و بخصوص تأثیر وضعیت سلامت روانی والدین بر سلامت روانی جانبازان کشور اطلاعاتی در دست می‌باشد ولی در مورد سلامت روانی و ثبات شخصیت فرزندان نوجوان آنها پژوهشی بعمل نیامده و اطلاعی در دست نیست. هدف از انجام این پژوهش که بخشی از پژوهشی وسیعتر می‌باشد. بررسی میزان درونگرایی-برونگرایی و تمایل به روان‌نژندی فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان، همچنین بررسی میزان ارتباط آن با متغیرهای سن، جنس، رتبه تحصیلی، ترتیب ولادت، جمعیت خانواده، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال پدر، نوع جانبازی پدر، و درصد جانبازی پدر بوده است.

### مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش را کلیه فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان که به اردوی تابستان ۸۱ در محل اردوگاه امام خمینی (ره) لواسان اعزام شده بودند تشکیل می‌داد. کل افراد اعزام شده در سنین مختلف ۸۷۷۰ نفر بودند که از این تعداد ۶۷۷۰ نفر بطور کامل پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کرده بودند و تنها ۵۳۷۱ پرسشنامه توسط افراد ۱۸-۱۵ ساله بطور کامل تکمیل شده بود که پس از بررسی و خارج کردن پرسشنامه‌های با اعتبار کمتر (معیار Lie بالای ۶) حدود ۴۲۸۱ پرسشنامه تکمیل شده آیزنک توسط نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله دختر و پسر جامعه آماری ما را تشکیل داده است.

ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه خصوصیات فردی و پرسشنامه شخصیت آیزنک EPI بوده است که از validity و reliability مورد لزوم برخوردار می‌باشد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین محترم رده‌های مختلف اردو، پرسشگران (لیسانس روانشناسی) به محل اردو اعزام شده و پس از توضیح در مورد هدف نهایی پژوهش برای مربیان و دانش‌آموزان هر استان آنها را در تکمیل هر چه دقیقتر و بهتر پرسشنامه ترغیب کرده و سپس پرسشنامه‌ها با نظارت مربیان بین آنها توزیع گردیده و پس از تکمیل جمع‌آوری شده‌اند. این اقدامات برای تمامی گروه‌های اعزام شده به اردو (۱۱ گروه در ۱۱ هفته) تکرار گردیده است. سپس اطلاعات پرسشنامه‌ها جمع‌آوری، آنالیز و کدگذاری شده و سپس به کمک آمار توصیفی محاسبه شاخصهای مرکزی و پراکندگی انجام گرفته و جداول توزیع فراوانی تنظیم شده و نمودارها رسم گردیده است. جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS-10 استفاده شده است.

## نتایج

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد: ۵۳۱۷ نوجوان ۱۸-۱۵ ساله به تفکیک ۲۴۱۱ پسر (۵۴/۳٪) و ۲۹۰۶ دختر (۵۴/۷٪) پرسشنامه دموگرافیک را تکمیل کرده‌اند که بیشتر آنها در پایه تحصیلی اول تا سوم دبیرستان (۸۱/۸٪) بوده‌اند، عمدتاً (۷۸/۸٪) فرزندان جانبازان ۲۵ تا ۵۰ درصد می‌باشند. معدل آخرین ترم در ۶۹/۳٪ آنها بین ۱۸-۱۵ بوده است. بیشترین گروه نمونه از استانهای اصفهان (۱۳/۱٪) خراسان (۱۲٪) و فارس (۷/۸٪) و کمترین استان شرکت کننده زنجان (۱٪) و کهگیلویه و بویراحمد (۱/۳٪) بوده است. میزان تحصیلات پدر و مادر عمدتاً (۲۲/۸٪ و ۴۰/۳٪ بترتیب) در سطح ابتدایی بوده است. ۴۲۸۱ پرسشنامه شخصیت آیزنک با اعتبار کافی تکمیل شده بود اولین نکته قوی و مثبت بین (برونگرایی- درونگرایی) و (روان‌نژندی) است ( $P=0/000$ ) که حاکی از ارتباط درونگرایی با روان‌نژندی است. برونگرایی یا درونگرایی نمونه مورد مطالعه، بر حسب سن اختلاف معنی‌دار ندارند. در خصوص روان‌نژندی نیز هیچ تمایزی بین گروههای سنی مختلف مشاهده نشد. ضریب همبستگی بین معدل (شاخص پیشرفت تحصیلی) با (برونگرایی- درونگرایی) معنی‌دار نیست. رتبه تولد، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات مادر، نوع و درصد جانبازی پدر هیچ رابطه معنی‌داری با دو متغیر مذکور ندارند. فقط تحصیلات پدر (با  $P<1\%$ ) بر روان‌نژندی اثر معکوس دارد. پدران با تحصیلات بالاتر فرزندان با ثبات‌تری از لحاظ شخصیت می‌پرورند. استان محل اقامت فرزند جانباز نیز از عوامل مهم مؤثر بر ثبات شخصیت اوست نوجوانان استان‌های گیلان و خوزستان درونگرتر هستند و نوجوانان استانهای گلستان، یزد و اردبیل برونگرتر هستند.

## بحث:

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد نوجوانان دختر و پسر به یک میزان (بدون اختلاف معنی‌دار آماری) به پرسشنامه‌ها پاسخ گفته‌اند. گرچه با توجه به پژوهش‌های قبلی تست شخصیت آیزنک، زمانی که پاسخ آزمودنیها ۶ دروغ یا کمتر داشته باشد دارای اعتبار است و این نسبت حدود ۸۸٪ نمونه را شامل می‌شود در این پژوهش ۸۰/۹ درصد نمونه مورد مطالعه دارای چنین ویژگی بوده و لذا پاسخ آنها به سوالات مربوط به (برونگرایی- درونگرایی) و (روان‌نژندی) دارای اعتبار کافی بود.



رابطه قوی و مثبتی که بین درونگرایی با روان‌نژندی بدست آمده قبلاً نیز در چندین پژوهش (۷،۶،۱) مورد تأکید قرار گرفته یعنی نمره بالا در (درونگرایی) همراه با (روان‌نژندی) بیشتر و خطر بالاتر برای ابتلاء به اختلال افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی و فوبی، اختلال دیستایمیک، اختلال تبدیلی و کنترل ضعیف تکانه‌ها هستند.

گرچه پژوهش حاضر نشان داد که استان محل اقامت و میزان تحصیلات پدر بر روان‌نژندی یا ثبات شخصیت نمونه مورد مطالعه مؤثر است و سایر ویژگی‌های جمعیتی تأثیری بر ثبات شخصیت ندارند. ولی همچنین پژوهش فوق نشان داد که نمونه مورد مطالعه از نظر توزیع دو متغیر (برونگرایی- درونگرایی) و (روان‌نژندی) با نرمال تفاوت دارد یعنی نمونه مورد مطالعه دارای برونگرایی و روان‌نژندی بیشتر است. با در نظر گرفتن آنکه صفات شخصیت از نوجوانی به بعد نسبتاً ثابت هستند (۱) بخصوص در دو معیار برونگرایی و روان‌نژندی (۸)، توصیه می‌گردد در جهت افزایش سلامت روان (کاهش برونگرایی «رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه‌ای» و کاهش روان‌نژندی) اقدامات لازم از جمله برگزاری جلسات مشاوره شناختی، افزایش اعتماد به نفس، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش کنترل عصبانیت، ... صورت پذیرد که فقط با کمک کلیه نیروهای دست‌اندرکار نوجوانان در بنیاد جانبازان کشور میسر خواهد گشت.

### تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر محمدرضا سروش ریاست محترم پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، آقای دکتر رضا امینی مدیریت محترم پژوهشی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، آقای دکتر محمد حیدریان‌مقدم معاونت محترم بهداشت و درمان بنیاد جانبازان، آقای کیهان هاشمی‌نیا معاونت محترم فرهنگی و ورزشی بنیاد جانبازان و همکاران محترم‌شان، معاونت محترم محرومان بنیاد مستضعفان، آقای یعقوب رضایی مدیریت پشتیبانی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان که امکان به انجام رسیدن این پژوهش را فراهم آوردند و نیز از همکاران محترم آقایان دکتر سیدعباس تولایی، دکتر نبی‌ا. دریجانی، بالابیک محمدی، محمود سلطان‌مرادی و کلیه کسانی که زحمات زیادی را در این مطالعه متقبل گردیدند تشکر و قدردانی می‌گردد.

\* این مطالعه بخشی از پوهش وسیعتر "بررسی سلامت روان و ثبات شخصیت در نوجوانان جانبازان در تابستان ۸۱" می‌باشد که در پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان به انجام رسیده است.

## منابع

- ۱- 7<sup>th</sup> "Comprehensive Textbook of Psychiatry" S Kaplan & Sadock  
edi. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2000.
- ۲- اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ریچارد. س، هلیگارد، ارنست، زمینه روان‌شناسی، دکتر  
محمدنقی براهنی، چاپ هفتم، جلد دوم، انتشارات رشد، ۱۳۷۵، صفحات ۸۸-۸۳.
- 0- Mehryar, A.H. Khajasar, F. Raairah, A. and Hosseini A, Some  
Personality Correlates of Intelligence and Educational attainment  
in IRAN. The British J. of Educational Psychology, 1973, 43, 8-  
16.
- ۴- جاویدی، حجت‌اله. مقاله «بررسی رابطه افسردگی با ابعاد مختلف شخصیت» مربوط به  
پژوهش عملی (انفرادی) در روانشناسی بالینی، دوره کارشناسی روانشناسی بالینی، زیر  
نظر دکتر تشکری، بخش روانشناسی، دانشگاه شیراز ۱۳۶۳.
- ۰- رضایی، علیرضا. «بررسی خصوصیات شخصیتی معلولین جنگ» مجموعه مقالات  
سمپوزیوم بررسی عوارض روانی ناشی از جنگ، مؤسسه چاپ و نشر بنیاد، صفحات ۱۷۱-  
۱۵۱.
- 0- A Comparison of four Scales of Anxiety, Depression &  
Neuroticism, J. Clin Psychol (1980) API; 36(2): 427-432.
- 0- Note on the relationship between trait anxiety and the Eysenck  
Personality Questionnaire. J clin psychol 1979 Jan; 35(1): 110.
- ۸- پورافکاری، نصرت‌اله. مبانی روان‌پزشکی کودک، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز،  
۱۳۷۵.
- ۰- آمار جانبازان در خرداد ۸۱- بنیاد جانبازان.
- 10- Jerry M. Wiener., Textbook of child & Adolescent Psychiatry, 2ed  
edi. American Psychiatric Press, 1997.

## اثرات بیماری های اعصاب و روان بر خانواده های بیماران

دکتر سید محمود میرزمانی PhD، دکتر محمد رضا محمدی MD

### خلاصه

در تحقیقات متعدد بیماران روانی مورد توجه و بررسی قرار گرفته اند ولی کمتر پژوهشها اثرات روانی ناشی از بیماریهای روانی بر روی همسر و دیگر اعضای خانواده را مورد بررسی قرار داده اند. ولی بهر حال تحقیقات مختلفی حاکی از اثرات زیانبار روانی بیماریهای روانی بر روی خانواده بخصوص همسر و مادران است. بعد از جنگهای مختلف در دنیا تحقیقاتی بر روی بازماندگان و جانبازان انجام شده است که این تحقیقات نوعاً بر روی اثرات مختلف جسمی و روانی جنگ بر روی جانبازان بوده است. حال آنکه نباید اثرات روانی ناشی از بیماریهای جانبازان (بخصوص بیماریهای روانی) را بر روی خانواده ها نادیده گرفت. در این مقاله ضمن بررسی اثرات روانی بیماریهای روانی در خانواده موضوع در بین خانواده جانبازان مورد توجه قرار خواهد گرفت.

## نقش خانواده درمانی و بازتوانی بیماران مزمن روانی

جعفر میرزایی

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

### مقدمه:

ارتباط خانواده با مقوله بیماری روانی مسلماً از آنچه مورد اشاره قرار خواهد گرفت، گسترده‌تر است و اگر بخواهیم رابطه خانواده و اختلال روانی را از منظر کلی مورد توجه قرار دهیم، باید به جنبه‌های سبب شناسی اختلالات روانی، زمینه‌های ژنتیک، ویژگی‌های روانی و رفتاری اعضای خانواده، شرایط اجتماعی آن و بسیاری جنبه‌های دیگر بپردازیم. اما با توجه به اهمیت موضوع درمان و بهبودی بیماران روانی بعنوان بحثی از پیشگیری ثانویه که توجه بیشتری را می‌طلبد، صرفاً به این موضوع اشاره‌ای می‌نمائیم. خانواده‌ها بعنوان یک واقعیت انکارناپذیر، متأسفانه معمولاً آنگونه که باید و شاید در درمان‌های متداول به رسمیت شناخته نمی‌شوند و گرایش غالب درمانگران استفاده از روش‌ها و ابزارهایی است که عموماً بطور کلاسیک با آنها آشنا هستید و در موقعیت‌های انفرادی بکار گرفته می‌شوند. با این حال به مرور زمان توانایی یک رویکرد نظام‌دار ارتباطی، در کاهش و تسکین شدت اختلالات روانی موضوعی است که از سوی متخصصان بالینی و برنامه‌ریزان مراقبت‌های بهداشتی، مورد تأکید قرار گرفته است. بکار بستن یک دیدگاه سیستمی مبتنی بر الگوی زیستی، روانی-اجتماعی، به رسمیت شناختن نقش و کارکردهای خانواده، بعنوان خاستگاه اولیه فرد اهمیا بسیار دارد. بعنوان مثال خانواده یک بیمار، اغلب اطلاعات صحیحی را وارد جلسات درمانی می‌کنند و ممکن است باعث کاهش برداشت‌های غلط شوند، و همچنین درمانگر ممکن است به منظور بررسی علائم و سطح عملکرد بیمار، بصورت‌های غیرمستقیم از طریق جلسات مصاحبه خانوادگی و بطور مستقیم در واکنش‌هایی که بیمار به پرسش‌های درمانگر می‌دهد، از زمان بهره‌وری حاصل کند. باید توجه داشت که علائم بیماری بر خانواده تأثیر می‌گذارد و متقابلاً خانواده‌ها نیز بر علائم بیماری تأثیر می‌گذارند.

متعاقباً مداخلات موجود در زمینه خانواده می‌تواند به کاهش فراوانی دفعات بستری شدن در بیمارستان کمک کرده و نیز مهارت‌ها و کارکردهائی را که بیمار در زمان بستری در بیمارستان فراگرفته، توسعه دهد.

مداخلات درمانی از طریق خانواده می‌تواند به کاهش نیازهای فزاینده‌ای که به مصرف زمان و امکانات سیستم مراقبتی منجر می‌شود، بیانجامد. مهمتر از همه متخصص بالیتی می‌آموزد که چگونه بطور منظم امکانات خانواده را کشف نماید و متوجه شود که چگونه می‌تواند این امکانات را برای حمایت از فرد یا درمان خود خانواده بکار گیرد.

حمایت از خانواده می‌تواند از درمان‌های بسیار طولانی، غیرضروری و پیچیده و حتی شکست در زمان، پیشگیری کند. این رویکرد به همراه تأکید بر درمان‌های کوتاه مدت، ظرفیت‌های خانواده را بالا برده و وابستگی مفرط به درمانگر را به حداقل می‌رساند.

### خانواده به عنوان یک عامل مراقبت کننده: (CARING AGENT)

امروزه باتوجه به ضرورت اقامت‌های کوتاه مدت بیماران در بیمارستان‌ها و نهضت مؤسسه زدایی، در بسیاری موارد خانواده‌ها بصورت فراهم کنندگان مراقبت‌های اولیه، دوباره مورد توجه قرار گرفته‌اند. از اوایل دهه هشتاد بیش از نیمی از افراد ترخیص شده از بیمارستان‌ها (در آمریکا) در مابین اعضای خانواده خویش زندگی می‌کنند. در میان کسانی که اقامت کوتاه در بیمارستان دارند،  $\frac{4}{5}$  آنها برای دریافت مراقبت‌ها به آغوش خانواده بازگشته‌اند (هات فیلد، ۱۹۸۷).

لفلی (lefly) خاطرنشن می‌سازد که خانواده‌ها می‌بایست با علائم مثبت و منفی بیماری‌های شدید روانی مقابله نمایند، اما علائم منفی مخرب‌ترین اثر را بر فرد و خانواده می‌گذارند.

میزان اختلال در عملکرد فرد با ازدست رفتن مهارت‌های قبلی بیمار و شکست در فراگیری انواع جدیدتر آن ارتباط دارد. اختلال در عملکرد به کاهش باروری فرد و بهم ریختگی خود - پنداره منجر می‌شود و بر توان بالقوه شخص برای تغییرات مثبت اثر می‌گذارد. چنین روندی به نوبه خود، قید و بندهای خانوادگی را افزایش داده و در نتیجه وابستگی فرد را از نظر اجتماعی و اقتصادی تشدید شده و روبه وخامت می‌گذارد.

نقش خانواده در بهبود از حالت شدید و مقاوم بیماری روانی به حالت خفیف و نگهدارنده، بطوری فزاینده مورد توجه قرار می‌گیرد. اکنون موقعیت و فرصت فرد برای حفظ

زندگی خانوادگی بیش از آنی است که قبلاً بوده است. امروزه افراد دچار بیماری روانی به احتمال بیشتری با خانواده اولیه خود در ارتباط هستند که شامل والدین، خواهر و برادران است، احتمال بیشتری وجود دارد که ازدواج کنند یا حتی بچه‌دار شوند. در همان حال، مراقبت مبتنی بر جامعه، نیز سطح تحمل اعضاء خانواده را چه از لحاظ ذهنی و چه از لحاظ عینی بالا برده است. اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان در واقع به این معناست که بسیاری از افراد دچار اختلالات حاد به خانه بازمی‌گردند تا مراقبت‌ها را در جامعه از طریق اعضاء خانواده خود دنبال و دریافت نمایند.

در گذشته به اشتباه خانواده را بعنوان یک عامل سبب‌شناسی اختلال معرفی می‌کردند. مادران، بویژه آماج این اظهارات واقع می‌شدند. در واقع امر هم، عوامل روانی و اجتماعی خانوادگی مانند محیطی که در آن انتقاد، خصومت و سطوح هیجانی بالایی وجود دارد، ممکن است در بهبودی بعضی از موارد تداخل داشته باشد. (اندرسون، رایز و موگارتی، ۱۹۸۶) این نوع از محیطها اصطلاحاً دچار هیجان ابراز شده (Expressive emotion) بالایی هستند. با این وجود بیشتر خانواده‌های نگهدارنده بیمار روانی، لزوماً محیط هیجانی بالایی ندارند (لفلی، ۱۹۸۹)، بعلاوه محیطهای دارای هیجان زیاد می‌تواند در خارج از مجموعه‌های خانواده، مانند سایر مجموعه‌های اقامتی و بعضی کلینیک‌ها هم یافت شوند (هوگارتی، ۱۹۹۲).

امروزه یک تغییر انگاره در شرف وقوع است. خانواده‌هایی که قبلاً بعنوان سیستم مختل کننده با بیماری‌زا در نظر گرفته می‌شدند، در نهایت شگفتی اکنون بصورت یک عامل ارجاعی سرشار از نقش درمانی و توانبخشی مفید شناخته شده‌اند. مداخلات مبتنی بر خانواده که متمرکز بر قدرت و ظرفیت‌های خانواده است، در زمره موفق‌ترین مقوله‌های درمان و توانبخشی روانی، اجتماعی بیماران محسوب شده‌اند و بطور بالفعل، فراوانی و طول مدت بهبود روانی را کاهش می‌دهند. این نوع مداخلات مبتنی بر خانواده در حوزه‌های: آموزش بیماری، حمایت، حل مسأله و مداخله در بحران، طراحی شده است. (مانیون، ۱۹۹۶).

در واقع مجموعه‌ای از اطلاعات وجود دارند که نشان می‌دهند با کاربرد این نوع مداخله‌ها در ترکیب با دارو درمانی، عود بیماری و بازگشت مجدد به بیمارستان در افراد بطور قابل توجهی کاهش می‌یابد. (لهمن و استاین و اچز، ۱۹۹۸). این کاهش بطور معناداری بیشتر از زمانی است که دارو درمانی به تنهایی بکار می‌رود.

### اهداف کمک به خانواده‌ها بعنوان راهی برای مداخله درمانی

از آنجاکه خانواده‌ها، کارگزاران مراقبت‌های اولیه هستند، یک منبع مهم حمایت اجتماعی و یک عامل مشارکت کننده مهم در امر بهبودی تلقی می‌شوند. رابطه افراد حرفه‌ای - خانواده باید بخشی از تشریح مساعی دوجانبه با تکیه بر خودداری از مقصر دانستن و آسیب‌زا معرفی کردن اعضا خانواده باشد.

اهداف کمک به خانواده‌های بیماران روانی توسط اندرسون و همکاران (۱۹۸۶) به شرح زیر اعلام شده‌اند:

- برقرار کردن یک رابطه مفید با خانواده بطوریکه یک اتحاد وهمفکری اصیل ایجاد شود.
- تلاش برای درک مشکلات خانوادگی که ممکن است هم در فشار روانی مددجو و هم اعضا خانواده مؤثر باشد.
- بدست آوردن ارزیابی صحیح از امکانات خانواده و هرگونه تلاش موفق یا ناموفق آنها برای سازگاری با بیماری (روانی) که با آن مواجه شده‌اند.
- ساختن و برپاداشتن یک ساختار توانبخشی و آموزشی در حیطه قدرت و توانایی خانواده.
- ایجاد توقعات و انتظارات مناسب برای توانبخشی و فرآیند درمان از طریق یک قرارداد که شامل اهداف خاص دوجانبه و دست یافتنی باشد.

### مداخلات درمانی مبتنی بر خانواده

با قبول اهمیت نقش خانواده در فرآیند توانبخشی، که کار مهم این است که بررسی کنیم چگونه می‌توان به خانواده‌ها در این رابطه کمک کرد. در خلال دو دهه گذشته، مداخلات پیچیده روانی اجتماعی، در برگزیده اعضا خانواده به منظور کمک‌های توانبخشی به افراد دچار بیماری‌های روانی مقاوم و جدی، سازمان داده شده است. این روش‌ها بطور تجربی مورد ارزیابی واقع شده‌اند و مؤثر بودن آنها اثبات شده است (لهمن و استاین واچز، ۱۹۹۸).

همانگونه که بعداً نیز مشخص خواهد شد، مداخلات مبتنی بر خانواده یکی از چند راهبرد (Psy.R) توانبخشی روانی است که کارآمد بودن آن با مطالعات مورد تأیید واقع شده است. بعضی از فرضیه‌های مشترک در همه این رویکردها عبارتند از:

- اسکیزوفرنی و سایر بیماری‌های عمده روانی بعنوان شرایط پزشکی و زیستی مورد توجه واقع شده‌اند.
  - محیط خانواده بعنوان یک عامل سبب شناسی در نظر گرفته نمی‌شود.
  - حمایت‌های فراهم شده اجتماعی و عاطفی، اغلب شامل حمایت از جانب سایر خانواده‌هاست.
  - مدیریت وسازماندهی دارو درمانی رایج، بعنوان بخش اصلی برنامه، باقی می‌ماند.
- این رویکردها بطور تجربی در مقابل خانواده درمان‌هایی است که اصل را بر تئوری‌های سبب‌شناسی قرار می‌دهند. تئوری‌هایی که خانواده یا الگوهای ارتباطی آن را علت عمده بیماری معرفی می‌کنند.
- چنین مداخله‌های مبتنی بر توانبخشی در عین حال به پدیدآیی اجزاء و بخش‌های مشترکی می‌انجامد، که فقط در بعضی از موارد تأکید یا در تکنیک‌های بکار رفته با هم فرق دارند. این اجزاء شامل موارد زیر است:
- آموزشی روانی یا روان آموزی:
- (Psychoeducation): اطلاعات در مورد بیماری‌های روانی و درمان آنها.
- حل مسأله رفتاری: حل مسأله سازمان یافته در مورد امور روزانه، بحران‌ها و امثال آن که اغلب با یک ذهن انگیزی (Brain Storming) و حرکت بسوی ارزیابی وجوه مختلف مشکل آغاز می‌شود. (هات فیلد، ۱۹۹۰).
  - حمایت خانوادگی: همدلی از جانب سایر خانواده‌ها و افراد حرفه‌ای در قبال وضع بد خانواده.
  - مدیریت بحران: اطلاعات عینی و روشن راجع به تخفیف مشکل، سازگاری با نشانه‌های بیماری، بدتر شدن وضعیت اختلال و امثال آن.
- این مداخلات می‌توانند در قالب‌ها و ابعاد متنوعی ارائه شوند. برای مثال گاهی مداخلات یک خانواده منفرد را تحت پوشش قرار داده و در مواقعی گروهی از خانواده‌ها را. مداخله‌ها همچنین در مجموعه‌های مختلفی می‌تواند دنبال شود، مثل کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، خانه‌ها یا اماکن مذهبی...
- طول مدت این مداخلات نیز می‌تواند طیفی از کارگاه‌های یک روزه تا جلسات چند ماهه را دربرگیرند...
- علاوه بر اینها، مداخله‌ها می‌توانند بگونه‌ای طراحی شوند که در فازهای مختلف بیماری اجر شده یا بدون توجه به این دوره‌ها اعمال شوند.



این مداخله‌ها همینطور، می‌تواند توسط افراد متخصص، اعضاء خانواده یا تیمی که دربرگیرنده هر دوی اینها باشد، بکار رود. بر این اساس در بسیاری فعالیت‌های آموزشی روانی خانواده، اعضاء خانواده دارای نقش‌های رهبری و هدایت می‌باشند.

همانند سایر تکنیک‌های توانبخشی روانی، آموزش روانی خانواده شامل پیوند دادن اعضاء خانواده با تمرکز بر اصل «اینجا و اکنون» است.

اندرسون و همکاران (۱۹۸۶) به کارشناسان بهداشت روانی پیشنهاد می‌کنند که خود را بطور همیشگی و فوری در دسترس خانواده‌ها قراردهند، نه بطور زمان‌بندی شده. تمرکز اولیه باید به بحران حال حاضری صورت گیرد که آنها را به جستجوی کمک واداشته است: مثلاً یک بستری شدن اخیر، یک ترخیص در شرف وقوع از بیمارستان و یا یک تشدید علائم بیماری.

در این رویکرد مشارکتی، مهم این است که خانواده بعنوان یک موجود بیمار درمان نشود، بلکه بجای آن بعنوان یک شریک مورد اقدامات درمانی واقع شود. (اندرسون و همکاران، ۱۹۸۶) بعضی از مدل‌های قدیمی‌تر مداخلات مبتنی بر خانواده، آن را به مثابه سیستمی می‌نگرند که به ابقای آسیب‌شناسی روانی می‌پردازد. مداخله‌های خانواده جدیدتر هم نقاط ضعف و هم نقاط مثبت و قوت خانواده را مدنظر قرار می‌دهد که همانند بسیاری از عوامل روانی اجتماعی دیگر به وضعیت و سازگاری بیمار دچار اختلال روانی اثر می‌گذارد.

گاهی اوقات اعضاء خانواده فاقد اطلاعات اساسی در مورد اسکیزوفرنیا یا سایر اختلالات شدید روانی هستند. برای شناساندن این نقیصه، هوگارتی و همکارانش یک کارگاه آموزشی «مهارت‌های ابقایی» (Survival Skills) یک روزه طرح کرده‌اند. این رویکرد در قالب‌های مختلفی بکار رفته و به طیفی از جلسات اشاعه یافته است (هات فیلد، ۱۹۹۰).

بطور مشخص کارگاه مهارت‌هایی ابقایی شامل موارد زیر است:

- توصیف تشخیص‌هایی مثل اسکیزوفرنی
- تاریخچه و شیوع بیماری
- تجارب فردی و عمومی
- نقش بیولوژی و زیست‌شناسی در بروز اختلال
- نقش داروهای ضدروان پریشی، چگونگی کارکرد آنها، آثار و نتایج آنها با اثر درمانی و

عوارض جانبی

- درمان‌های روانی اجتماعی
- دوره بیماری و اثر درمان در این دوره
- اثر بر خانواده

- پاسخ‌های خانواده

- مسایل مشترکی که خانواده‌ها با آن روبرو می‌شوند
- راهبرد سازگاری خانواده، شامل تجدیدنظر در انتظارات، اجتناب از تحریک بیش از حد بیماران، چشم پوشی انتخابی از بعضی رفتارها، تعیین انتظارات و...

### میزان مؤثر بودن آموزش و حمایت از خانواده

در گزارش‌های مربوط به تیم تحقیق نتایج حاصله در بیماران (PORT)، لهن و استاین واچز (۱۹۹۸) تحقیق خود در مورد مداخله‌های مبتنی بر خانواده را خلاصه کرده و دو پیشنهاد در مورد افراد دچار اسکیزوفرنی که تماس مداوم با خانواده‌ای خود داشتند را به شرح زیر ارائه دادند:

- ۱- باید به آنها خاطرنشان شود که یک مداخله درمانی مبتنی بر خانواده باید حداقل ۹ ماه بطول بکشد.
  - ۲- این مداخله باید شامل آموزش در مورد بیماری روانی، حمایت از اعضاء خانواده، حل مسأله رفتاری و مهارت‌های مداخله در بحران باشد.
- این پیشنهادات بر این حقیقت استوار است که مشخص شده مجموعه این مداخلات قادر است نرخ عود مجدد بیماری را از ۴۰٪ تا ۵۳٪ به ۲٪ تا ۲۳٪ تخفیف دهد.
- اینها نمونه‌های درخشانی هستند که نشان می‌دهند مداخله‌های روانی اجتماعی تا چه حد می‌توانند در سیر یک بیماری زیستی مفید واقع شوند. اساساً چنین فرض شده که این مداخله‌ها باید به خانواده‌هایی محدود شود که هیجان ابراز شده (EE) بالایی دارند (انتقاد، خصومت و مداخله بیش از حد). اگرچه یک مزیت جانسین، در مورد این خانواده‌ها وجود دارد و آن اینکه چنین مداخلاتی صرف نظر از درجه EE مفید و مؤثر واقع می‌شود. (لهن و اشتاین واچز، ۱۹۹۸)

### پدیده NAMI

اعضای خانواده، مراقبت کننده‌ای اکثر افراد دچار بیماری روانی شدید و مقاوم بوده و هستند. امروزه در بسیاری از کشورها، یک نقش حمایتی سازمان یافته برای آنان قایل شده‌اند. در کشور آمریکا بزرگ‌ترین و موفق‌ترین تشکیلات راجع به این موضوع، اتحاد ملی برای بیماری روانی (National Alliance for the Mentally ill) بوده است. عمده فعالیت‌های، NAMI شامل فراهم آوردن حمایت‌های دوجانبه، مبادله اطلاعات، آموزش عموم مردم و تلاش

برای بهبود سیستم قانون‌گذاری عمومی است. تلاش‌های NAMI از آن جهت قابل تقدیر است که موجب یک اتحاد سازنده مابین افراد حرفه‌ای و خانواده‌ها شده است. این اتفاق باعث شده که حضور خانواده در امور نظراتی و تصمیم‌گیری‌های سیستم خدمات بهداشت روانی، رعایت و تثبیت شود. گروه‌های خانوادگی (Family Group) بویژه NAMI در به رسمیت بخشیدن و جمع‌آوری اعانات و کمک‌های مالی برای تحقیقات مربوط به بیماری‌های روانی، بسیار فعال بوده‌اند.

### بحث

از زمانی که در آسیب‌شناسی روانی با الهام از برخی مفاهیم نظری، خانواده عامل بروز و ایجاد اختلال‌های روانی در نظر گرفته می‌شد تا امروز که در پرتو نظریه‌های معاصر آسیب‌شناسی روانی نقش تعیین‌کننده خانواده در بهبودی و توانبخشی انکارناپذیر قلمداد می‌شود، نزدیک به نیم قرن گذشته است. پژوهش‌ها و بررسی‌ها نشان داده‌اند که هرگونه درمان و توانبخشی بیماران روانی که در آنها خانواده به مثابه یک عامل اساسی و مشارکت‌کننده فعال منظور نشده یا نشود، درمانی ناقص، ناکافی و نارسا خواهد بود با این دیدگاه، اکنون این سؤال مطرح می‌شود که در کشور ما توجه به نقش مذکور چگونه است؟

واقعیت آن است که در شرایط کنونی (یعنی شرایط گذار اجتماعی فرهنگی) خانواده ایرانی به جدی‌ترین چالش عمر خود روبروست. با این حال و خوشبختانه در مقایسه با سایر کشورها هنوز هم در کشور ما خانواده اساسی‌ترین واحد بنایی اجتماع است. اما تا آنجا که مربوط به نظام‌های بهداشت روانی و نیز بیماری‌های روانی در کشور است. برخورد با این واحد بنیادین برخوردی مکانیکی و ماشینی است هنوز هم در بسیاری از برنامه‌های بهداشت روانی خانواده و نقش آن کم رنگ است و در برخی نیز خانواده واحدی منفعل است که صرفاً بایستی از طریق سلسله مراتب بهداشت و درمان برای او تسخه‌ای پیچیده شود. به طور کلی خانواده بیماران روانی در کشور ما در حالی متناقض (پارادوکسیکال) قرار دارند. از یک سو به آن چنین تفهیم می‌شود که تصمیم‌گیرنده و تعیین‌کننده اساسی درباره بیماران آنان هستند و از سوی دیگر در درمان و توانبخشی بیماران برای آنها نقشی تعیین‌نشده و یا نقش آنها تصریح نگشته است.

تردید نیست که توجه خانواده به بیمار خود و نیز توانایی خانواده برای نگهداری یا عدم نگهداری بیمار در میان اعضای خانواده و یا محلول نمودن او به نهادها و دستگاه‌های دولتی تابع شرایط اقتصادی خانواده و جامعه است. تحقیقات انجام شده در کشورهای دیگر

نشان داده که در شرایط رونق اقتصادی خانواده‌ها تمایل دارند تا از بیماران روانی خود در خانواده نگهداری کنند، در صورتیکه در شرایط تورم، بیکاری فزاینده و بطور کلی در شرایط نامطلوب اقتصادی، تمایل دارند تا بیماران روانی خود را به نهادها و مؤسسات دولتی بسپارند. این یافته‌ها می‌تواند برای شرایط کنونی ما که در حال تدوین برنامه‌های بهداشتی روانی و نیز برنامه‌های ساماندهی بیماران روانی هستیم، الزام‌های کاربردی داشته باشد.

از سوی دیگر تحمل داغ بیماری روانی و تلاش برای مکتوم داشتن آن، چالش عمده‌ای برای خانواده است. در بسیاری از مواقع شاهد بوده‌ایم که خانواده در چنین مواقعی آنچنان به جان آمده و ناتوان گشته که بیمار را رها کرده و خود را بیش از این درگیر معضل طاقت فرسای نگهداری و درمان بیمار روانی خود نمی‌کند.

به عنوان بخشی از سیستم درمان و توانبخشی ناگزیر به این اعتراف هستیم که متأسفانه هنوز خانواده در درمان و توانبخشی بیماران روانی مشارکت نداشته و سیستم درمانی روان پزشکی و بهداشت روانی کشور هنوز برای نقش بااهمیت خانواده برنامه‌ریزی مدونی ندارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که کارکردهای سلسله مراتبی موجود در امر درمان و توانبخشی بیماران روانی به گونه‌ای است که حتی در معدود طرح‌های پیگیری انجام شده نیز خانواده عمدتاً مصرف کننده دستورات بوده تا مشارکت کننده فعال و برنامه‌ریزی مستقل.

تردید نیست که تأکید بر مباحث گفته شده در مورد مشارکت خانواده در درمان و توانبخشی بیماران، نمی‌تواند الگویی مطلق برای کشور ما باشند، هدف از ارایه مطالب مذکور آن بود تا با در نظر گرفتن ساختار اجتماعی و بومی کشور و نیز توجه به شرایط اقتصادی فرهنگی خانواده ایرانی و نیز امکانات و توانایی‌های نیروهای تخصصی موجود در سیستم‌های درمانی موجود، زمینه‌های این مشارکت را فراهم سازیم. اگر خانواده بر نقش خود در این باره آگاهی یافت، می‌توان امیدوار به تغییر شرایط بیماران روانی بود، وگرنه همان مطلب آغازین بحث باز هم صادق است که هرگونه درمان و توانبخشی بیماران روانی که در آن خانواده به مثابه یک عامل اساسی و مشارکت کننده فعال منظور نشود، درمانی ناقص، ناکافی و نارسا خواهد بود.

#### منابع:

- Pratt, c & Gill,K (1999) the role of the family in psychiatric rehabilitation in: psychiatric rehabilitation. Academic press.

## بررسی تنیدگی و خصوصیات شخصیتی جانبازان جنگ تحمیلی و پسران ارشد آنان

ژاله رفاهی - کارشناس ارشد مشاوره

### چکیده:

هدف از انجام این پژوهش " بررسی تنیدگی و خصوصیات شخصیتی جانبازان جنگ تحمیلی و پسران ارشد آنان " است. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از جانبازان و پسران ارشد آنان در شیراز بودند که از طریق روش تصادفی انتخاب گردیدند. ابزارهای به کار رفته شامل پرسشنامه تعیین عوامل استرسزا و تست شخصیت آیزنک می باشند. نتایج تحلیل آماری یافته ها نشان داد که اولاً جانبازان و خانواده آنان تحت تاثیر استرس های شدید در ابعاد مختلف قرار دارند، ثانیاً جانبازان بیشتر از هر چیز تحت تاثیر استرس هایی قرار دارند که بطور غیر مستقیم ناشی از جنگ می باشد و ثالثاً اکثریت قابل توجهی از پسران ارشد جانبازان مستقیماً تحت تاثیر استرس هایی قرار دارند که سلامت وجودی پدر را تهدید می کند. همچنین از نظر خصوصیات شخصیتی نمونه مورد مطالعه داری تزلزل، عدم تعادل عاطفی، شکایت از درد، بدبینی، عدم لذت از دنیا، از دست دادن احساس ترحم و همدردی با دیگران هستند.

### مقدمه:

قرن بیستم شاهد جنگ های زیادی همچون جنگ های اول و دوم جهانی، جنگ کره، جنگ ویتنام، جنگ افغانستان و جنگ تحمیلی عراق علیه ایران بود. جنگ ۸ ساله که با تحریک و حمایت همه جانبه استکبار جهانی بر کشور ما و مردم عزیز ما تحمیل شد، علاوه بر ایجاد ضایعات و صدمات فیزیکی و خسارات اقتصادی، عوارض نامطلوب عصبی و روانی را نیز بر آحاد مملکت وارد آورده است که تا سالیان درازی تداوم یافته است. پژوهش ها نشان داده اند که تجارب جنگی نیز یکی از علل اختلالات روانی است از جمله در پژوهشی وضعیت بیماران در یک بیمارستان در " کرواسی " که تجربه ای در درمان سربازان مجروح داشت، مورد بررسی قرار گرفت و افسردگی و اضطراب شایع ترین اختلالات بین مجروحان بود. ( کوپ، ایوانویچ، ماتک ۱۹۹۲ ).

در پژوهش دیگری ارتباط بین شرکت در عملیات " طوفان صحرا " و نشانگان اختلالات روان شناختی در شرکت کنندگان مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان دادند که قرار

گرفتن در معرض " تنیدگی جنگ " فراوانی و شدت نشانگان روان شناختی را گسترش می دهد. ۲۴ درصد از سربازانی که در منطقه جنگی بودند، علائمی را نشان دادند که منجر به PTSD، افسردگی و اضطراب شد ( ساتکر و همکاران، ۱۹۹۳ ).

جنگ علاوه بر ایجاد عوارض روانشناختی و عصبی بر روی شرکت کنندگان در جنگ، خانواده های افرادی نیز که به نوعی در جنگ حضور داشتند و بویژه افرادی که صدمه دیدند را نیز درگیر مسائل روانشناختی نموده است. مشکلات و استرس های ناشی از این جنگ ها توسط محققین در زمینه های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است. بعنوان مثال از مطالعاتی که توسط مک کربین و همکارانش ( ۱۹۷۶ ) در باره استرس های وارده به خانواده رزمنده، کانزوری و سیمون ( ۱۹۸۱ ) در باره شناسایی استرس های ناشی از عدم درک صحیح خانواده از وضعیت رزمنده، واکر ( ۱۹۴۴ )، فیگلی و سانزلی ( ۱۹۸۰ ) در باره استرس های ناشی از مشکلات شغلی و مالی رزمنده، تاد ( ۱۹۸۱ ) در باره انتقال فشارها و استرس های وارده به اعضاء خانواده از طرف رزمنده، فیلیپین ( ۱۹۸۰ )، فیگلی و اسپرنکل ( ۱۹۷۸ ) در باره استرس های ناشی از معلولیت و وابستگی های مرضی رزمنده انجام شده است می توان نام برد. بطوریکه در پژوهشی ( قشونی زاده، نور محمدی، ۱۳۸۰ ) در خصوص بررسی ضایعات روانی همسران جانبازان با پیش فرض توجه به مشکلات جسمی و روحی جانبازان با ضایعه نخاعی و تاثیر این ضایعات و عوارض در روابط بین فردی از سویی و سنگینی مسئولیت های همسران این قبیل جانبازان، زمینه را برای ایجاد گرایشات و اختلالات روحی و رفتاری هموار می نماید، مشخص شده است ۱۶٪ از افراد دارای افسردگی شدید، ۲٪ افسردگی بیش از حد، ۱۱٪ به نسبت افسرده، ۱۱٪ کمی افسرده و ۴۷٪ از حیث روانی \_ عاطفی طبیعی دیده شدند، و در بررسی شخصیتی این گروه گرایشاتی چون گوشه گیری، خستگی عصبی، وسواس فکری، بدبینی، افسردگی و جسمانی ساختن مشکلات عصبی دیده شده است.

همچنین مجلات و مقالات منتشر شده در ایران و کشورهای مختلف نشان می دهند که تغییرات روانی ناشی از مجروحیت حتی مربوط به جنگ جهانی اول و دوم تاثیرات منفی خود را بر روی جانبازان و اعضاء خانواده آنها تا به امروز به جا گذاشته است.

فشار روانی فوق العاده به علت محدودیت های انطباق فیزیکی، روانی و اجتماعی در جانبازان بوجود می آید که افراد با ساختار شخصیتی گوناگون در مقابل آن واکنش های متفاوتی را نشان می دهند. مشاهدات نشان می دهد که جانبازان بر اثر قرار گرفتن در صحنه های نبرد متحمل مسائل روانی \_ اجتماعی می گردند، از این رو با سایر افراد جامعه تفاوت دارند و هرکدام از این مسائل می تواند اختلالاتی در روابط عاطفی \_ اجتماعی آنان بوجود آورد که

خانواده نیز از تاثیر این اختلالات نمی تواند بدور بماند . اگرچه خانواده ها و به ویژه کودکان ممکن است بطور مستقیم تحت تاثیر جنگ و عوارض ناشی از آن قرارنگیرند اما به نظر می رسد اثرات غیرمستقیم آن با توجه به موقعیت پدر که ساختار خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد ، حائز اهمیت بیشتری می باشند .

نگاهی به مطالعات پیشین نشان می دهد که حتی فقدان پدر بخودی خود نمی تواند موجب مشکلات روانی در کودکان شود . بلکه اثراتی که واقعه روی ساختار خانواده می گذارد نقش اساسی تری می تواند داشته باشد و همچنین این اثرات بر روی کودکان می تواند مخربتر از سایر اعضاء خانواده باشد ، هر چند که سن خاصی را نیز نمی توان برای آسیب پذیری کودک مشخص کرد ، زیرا عوامل متعدد دیگری نیز دخیل هستند . اما نظر عمومی بر این است که بطور کلی احتمال آسیب پذیری در پسرها بیشتر از دخترها می باشد .

لذا با توجه به پیشینه ارائه شده و توجه به تاثیر عمیق معلولیت و جانبازی بر روی خلق و خوی، رفتار و بطورکلی شخصیت فرد و تاثیر گذاری آن بر روی ساختار خانواده ، این پژوهش به بررسی تنیدگی ها و خصوصیات شخصیتی جانبازان جنگ تحمیلی و پسران ارشد آنان پرداخته است .

### روش شناسی :

هدف اصلی این پژوهش بررسی تنیدگی ها و خصوصیات شخصیتی جانبازان و پسران ارشد آنان است ومنظور پاسخ به سوالهای زیر می باشد :

- عوامل تنیدگی زا برای جانبازان کدامند ؟
- تا چه اندازه این تنیدگی ها مجموعه خانواده ( پسران ارشد ) را تحت تاثیر قرار داده و سلامت وجودی آنان را تهدید می کند ؟
- خصوصیات شخصیتی جانبازان کدامند ؟
- تا چه اندازه خصوصیات شخصیتی پسران ارشد جانبازان با آنان مشابه است ؟

### متغیرها :

جانباز : در این پژوهش منظور افرادی است که به دلیل حضور در جبه های نبرد جنگ تحمیلی دارای معلولیت ۳۵٪ و تحت پوشش بنیاد جانبازان می باشند .

پسر ارشد : در این پژوهش منظور اولین فرزند ذکور جانبازان می باشد که دارای حداقل ۱۵ سال سن است .

تنیدگی : شرایطی در زندگی شخص که موجب تنش می شود . تنیدگی زها ممکن است خفیف یا فاجعه آمیز باشند . در این پژوهش عوامل تنیدگی زا از طریق پرسشنامه تهیه شده بر اساس مقیاسهای DSM-IV سنجیده شده است .

ویژگی شخصیتی : ویژگی های توصیفی شخصیت فرد که در محدوده های بهنجار است و در این پژوهش از طریق پرسشنامه شخصیت آیزنک سنجیده شده است .

جامعه آماری ، نمونه مورد بررسی و روش نمونه گیری :

جامعه آماری این پژوهش عبارت از کلیه جانبازان تحت پوشش بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی فارس است .

نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از جانبازان و پسران ارشد آنان در شیراز است .

روش نمونه گیری در این پژوهش ، انتخاب تصادفی است .

طرح این پژوهش توصیفی و مشکل یابی است و از روش های آمار توصیفی (میانگین،

واریانس و درصد) و آزمون آماری "t" برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد .

### ابزار پژوهش :

در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شده است :

۰- برای تعیین عوامل تنیدگی زا از پرسشنامه تعیین عوامل استرس زا بر اساس ملاکهای DSM-IV استفاده شد که اعتبار آن با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون ۷۶٪ محاسبه و بر اساس نظر متخصصان از روایی محتوایی برخوردار است .

۰- پرسشنامه شخصیت آیزنک (EPI) که دارای ۵۷ سوال است و چهار معیار E (درونگرایی و برونگرایی) ، N (روان نژندی) ، P (تمایل در جهت اختلالات روان پریشی از نوع پارانوئید) ، L (شاخص صداقت و دروغگویی) را می سنجد .



**نتایج :**

براساس داده های بدست آمده از اجرای پرسشنامه تعیین عوامل استرس زا نشان داده شد :

جدول ۱- درصدمیزان عوامل استرس زا در گروه جانبازان و پسران ارشد آنان

عوامل استرسزا گروه	حمایت اولیه	محیط اجتماعی	مسائل آموزشی	مسائل شغلی	مسائل مسکن	مسائل اقتصادی	مسائل دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی	مسائل مربوط به تعامل با سیستم قانونی	سایر مسائل روانی - اجتماعی	تعداد
جانبازان	٪۶۴	٪۸۹	٪۲۰	٪۷۵	٪۵۳	٪۸۳	٪۷۸	٪۴۰	٪۹۳	۱۰۰
پسران ارشد	٪۷۳	٪۵۳	٪۴۹	٪۳۲	٪۱۲	٪۷۹	٪۸۹	٪۲	٪۸۷	۱۰۰

همانگونه که درجدول فوق مشاهده می شود جانبازان و پسران ارشد آنان تحت تاثیر استرس های شدید در ابعاد مختلف قراردارند و جانبازان بیش از هرچیز تحت تاثیر استرس های ثانویه و ثالثیه - استرس هائیکه بطور غیر مستقیم با واسطه یا بی واسطه ناشی از جنگ می باشند - همانند محافظت افراطی ، انزوای اجتماعی ، مشکلات مربوط به فرهنگ پذیری ، تهدید از دست دادن شغل ، تغییر شغل ، ناهماهنگی در محیط کار ، بی کفایتی مسکن ، بودجه ناکافی ، تامین اجتماعی ناکافی ، بی کفایتی خدمات مراقبت بهداشتی ، نامتناسب بودن وسایل نقلیه ، ناهماهنگی با مراقبین وابسته و غیر وابسته با خانواده و ... قرار دارند و اکثریت قابل توجهی از پسران مستقیماتحت تاثیر استرس هایی که سلامت وجودی پدر را تهدید میکند از جمله مسائل مربوط به دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی ، محیط اجتماعی ، حمایت اولیه و سایر مسائل روانی - اجتماعی قرار دارند .

نتایج بدست آمده از تست شخصیتی آیزنک در چهار مقیاس مورد بررسی نشان داد :

جدول ۲- میانگین و واریانس حاصل از اجرای پرسشنامه شخصیت آیزنک

معیار شاخص گروه	L		E		N		P	
	میانگین	واریانس	میانگین	واریانس	میانگین	واریانس	میانگین	واریانس
جانبازان	۱۴/۴	۱۱/۳	۱۰/۹	۹/۶	۱۷/۳	۱۲/۴	۱۵/۳	۷/۸
پسران	۱۲/۸	۸/۶	۱۱/۳	۵/۸	۱۵/۷	۱۰/۹	۱۷/۶	۹/۹

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود جمعیت مورد مطالعه با توجه به میانگین های بدست آمده در جمعیت عادی مردان  $\{ (L > 8), (E > 14), (N > 10) \}$  و  $(P > 12)$  به میزان قابل توجهی در معیارهای  $(N, L, P)$  بالاتر جمعیت عادی بودند. در واقع جانبازان و پسران ارشد آنان دارای خصوصیات تزلزل، عدم تعادل عاطفی، شکایت از درد، بدبینی، عدم لذت از دنیا، از دست دادن احساس ترحم و همدردی با دیگران هستند.

جدول ۳- نتایج مقایسه میزان معیار E پرسشنامه شخصیت آیزنک در نمونه ها

شاخص گروه	تعداد	میانگین	واریانس	ضریب همبستگی	درجه آزادی	T
جانبازان	۱۰۰	۱۰/۹	۹/۶	۰/۸۵	۹۹	۰/۴۴
پسران	۱۰۰	۱۱/۳	۵/۸			

جدول ۴- نتایج مقایسه میزان معیار L پرسشنامه شخصیت آیزنک در نمونه ها

شاخص گروه	تعداد	میانگین	واریانس	ضریب همبستگی	درجه آزادی	T
جانبازان	۱۰۰	۱۴/۴	۱۱/۳	۱/۳	۹۹	۱/۴۵
پسران	۱۰۰	۱۲/۸	۸/۶			

جدول ۵- نتایج مقایسه میزان معیار N پرسشنامه شخصیت آیزنک در نمونه ها

شاخص گروه	تعداد	میانگین	واریانس	ضریب همبستگی	درجه آزادی	T
جانبازان	۱۰۰	۱۷/۳	۱۲/۴	۰/۷۳	۹۹	۱/۲۲
پسران	۱۰۰	۱۵/۷	۱۰/۹			

جدول ۶- نتایج مقایسه میزان معیار P پرسشنامه شخصیت آیزنک در نمونه ها

شاخص گروه	تعداد	میانگین	واریانس	ضریب همبستگی	درجه آزادی	T
جانبازان	۱۰۰	۱۵/۳	۷/۸	۰/۵۶	۹۹	× ۲/۵۵
پسران	۱۰۰	۱۷/۶	۹/۹			

همانگونه که در جداول فوق مشاهده می شود مقایسه دو گروه جانباز و پسران نشان داد که بجز در معیار P تفاوت های معنی داری در سایر معیارها بین دو گروه مشاهده نشده است .

### بحث و نتیجه گیری :

تنیدگی همواره یکی از مهمترین جنبه های زندگی بوده است . مروری بر تعاریف مختلف (سلیه ۱۹۳۶ ، فیرز ۱۹۹۲ ، استراتن وهیز ۱۹۹۰ ، دادستان ، منصور و راد ۱۳۶۵ ) موید این مطلب است که اغلب تنیدگی را حالت یا پاسخ موجود زنده به یک موقعیت ناخوشایند- یادست کم ناخوشایند- ادراک شده دانسته اند. قرار گرفتن در معرض موقعیت های تنیدگی زا می تواند موجب واکنش اضطراب در فرد شود . اسپیلبرگر ( ۱۹۷۲ به نقل از آقاپوسفی) معتقد است که میزان تجربه اضطراب تا حدودی به ادراک شدت تنیدگی زایی محرک بستگی دارد و برخی افراد براساس آمادگی زیست شناختی و یا دلایل حساس سازی های اولیه نسبت به دیگران به احتمال بیشتری به رویدادهای تنیدگی زای زندگی پاسخ منفی می دهند و این مسئله در مورد جانبازان نیز می تواند صادق باشد و چرا که آنان با توجه به معلولیت و محدودیت های ایجاد شده نسبت به دیگران به احتمال زیاد اضطراب بیشتری نشان می دهند و در نتیجه اختلالات و مشکلات پیچیده ای در ابعاد مختلف مجموعه خانواده ایجاد می کنند . نتایج حاصله از پژوهش ها نشان می دهد که ورود جانباز به خانواده ، مسائل متعدد روانی - اجتماعی و فرهنگی را فراهم می آورد که به ویژه اگر ناگهانی و بدو ن آموزش های لازم به جانباز ، خانواده ، اجتماع و مسئولین ذیربط صورت گیرد ، عوارض آن برای فرد و اجتماع کمتر از پدیده جنگ نیست و در این مورد خانواده درمانی تاثیرات بسیار خوبی در بازسازی و هدایت خانواده جانباز به منظور تحکیم ارزش های اسلامی ( معنوی ، انقلابی ) که بخاطرش جانبازی کرده ، دارد .

همچنین با توجه به خصوصیات شخصیتی جانبازان و پسران ارشد آنان و توجه به فرآیند همانند سازی والگو پذیری ، آموزش مهارت های زندگی از جمله آموزش فنون مقابله می تواند آنان را در پذیرش سازگاران تر عوامل تنیدگی زا یاری دهد و از آنجائیکه توجه به نحوه پردازش اطلاعات و یادآوری خاطرات ناگوار جنگ در کنار معلولیت های جسمانی روانی می تواند به عبور سالم از مراحل پردازش اطلاعات کمک کند و تنیدگی کمتری را در هنگام به یادآوری خاطرات بر فرد وارد آورد، لذا استفاده از درمان های شناختی و مشاوره رفتاری-شناختی می تواند جانبازان و پسران ارشد آنان را در مقابل عوامل تنیدگی زا ، مصون بدارد .

همچنین وجود مشکلات مشابه شخصیتی در جانبازان و پسران ارشد آنان می تواند به دلیل فقدان یک محیط گرم حمایت کننده ، تقویت کننده و با نشاط خانوادگی باشد که در اثر

عدم توانایی جانباز در اداره کامل خانواده و ایفای نقش فعال پدر به عنوان سرپرست خانواده ، فقدان احساس کنترل جانباز بر محیط زندگی ، اشتغالات ذهنی افسرده وار جانباز و دارا بودن اسنادها و نسبت دادن های خاص بوجود آمده است . در نتیجه جانباز را دچار تزلزل و عدم تعادل عاطفی، بدبینی و عدم لذت از دنیا نموده است و چون پسران الگوی مردانگی خود را از پدر می گیرند و در واقع در فرآیند اجتماعی شدن با پدر همانند سازی می کنند ، آنان نیز این ویژگی ها را کسب نموده و از طریق یادگیری و اکتساب ، این ویژگی ها را در خود نهادینه می سازند . لذا خود آموزش دهی " میشن بام " می تواند به جانباز جهت خودبازبینی افکار و تصورات ، احساسات و رفتارهای ناسازگارانه برای دستیابی به ارزیابی های سازش یافته کمک نماید و میزان تنیدگی و عوامل موثر در تنیدگی را کاهش دهد.

لذا با توجه به اینکه در فضای پر تلاطم و تنیدگی زای زندگی بشری حذف عوامل تنیدگی را همیشه امکان پذیر نیست ، برای ادامه یک زندگی با نشاط بایستی به ابزارهای تدافعی مجهز شویم که ما را در مقابل این تنیدگی ها حفظ کند .

#### منابع :

- آقا یوسفی ، علیرضا (۱۳۷۸) . رواندرمانگری . شهریار . قم
- استورا ، لی (۱۹۹۱) . تنیدگی یا استرس . ترجمه دادستان ، پریخ . رشد . تهران
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۳) . طبقه بندی اختلالات روانی DSM-IV ترجمه پورافکاری ، نصرت الله . آزاده . تهران
- خلاصه مقالات (۱۳۷۰) . سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی - روانی ناشی از جنگ . دانشگاه تهران
- دادستان ، پریخ ، منصور ، محمود ، راد ، مینا (۱۳۶۵) . لغت نامه روانشناسی . ژرف
- شاملو ، سعید (۱۳۷۰) . آسیب شناسی روانی . رشد . تهران
- قشونی زاده ، سعید ، نورمحمدی ، بالابیک (۱۳۸۰) . بررسی ضایعات روانی همسران جانبازان با ضایعات نخاعی . خلاصه مقالات ششمین کنگره پژوهش های روانپزشکی و روانشناسی در ایران . تهران
- کاپلان ، هارولد ، سادوک ، بنیامین (۱۳۷۵) . واژه نامه جامع روانپزشکی و روانشناسی . ترجمه دهگانپور ، محمد ، بیگی ، خشایار ، فیروز بخت ، مهرداد . بدر . تهران
- کتیبایی ، ژیلا ، منصور ، محمود ، دلاور ، علی ، آزاد ، حسین (۱۳۷۹) . میزان اثر بخشی روش مقابله با تنیدگی در کاهش میزان افسردگی جانبازان . مجله روانشناسی ۱۳ . سال چهارم . شماره ۱

- کریمی ، یوسف . ( ۱۳۷۴ ) . روانشناسی شخصیت . ویرایش . تهران
- مولویان ، مهتری ( ۱۳۷۹ ) . کاربرد تست در مشاوره . جزوه دانشگاهی . تهران
- Cohen , R . & Ahearn , F .( 1980 ) . Handbook for mental health care of disaster victims . baltimore : Johns hopkins university press.
- Cop , J . Ivanovic , J & Matek , P . ( 1992 ) .psychic disorders in war casualties . Journal of Psychologische Beitrage.Vol . 34 (3- 4).
- Hovens , J.E ( 1994 ) . PTSD in male and female dutch resistance veterans of world war II in relationto trait anxiety and depression . Journal of psychological reports . Vol . 74 ( 1 ) .
- Sutker , P . B .& etal . ( 1993 ) . War – zone truma and stress – related symptoms in operation desert shield / storm ( o0ds ) returness . Journal of Social Issues . Vol . 94 ( 4 ) .

## مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین

دژکام . محمود، امین الرعایا. آزیتا  
پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

### چکیده

در این مطالعه با توجه به اینکه اختلالات روانی افراد بی تاثیر بر سایر اعضای خانواده بخصوص همسر نمی باشد و اینکه شرایط استرس و فشار روانی ناشی از جنگ و دوری شوهر از خانواده بر سایر اعضا بی تاثیر نبوده است. با توجه به اهمیت مساله به مقایسه سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان با همسران بیماران اعصاب و روان پرداختیم. در این بررسی تعداد ۳۲ نفر همسر جانباز اعصاب و روان مراجعه کننده به بیمارستان صدر و ۳۲ نفر همسر بیمار اعصاب و روان مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین را به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ - 28) که در آن چهار مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی وجود دارد مورد بررسی قرار گرفتند و از پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک نیز استفاده نمودیم. داده ها با استفاده از روش نسبتها برای دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بین دو گروه از نظر نشانه های جسمانی، افسردگی و عملکرد اجتماعی تفاوت معنی دار وجود نداشت، اما از نظر اضطراب بین دو گروه تفاوت معنی دار بود و به عبارت دیگر همسران جانبازان اعصاب و روان از همسران بیماران اعصاب و روان دارای اضطراب بیشتری بودند.

### مقدمه

برخلاف بسیاری از بیماریهای جسمی، هر چند عمده اختلالات روانی مستقیماً بر طول عمر فرد تاثیر معنی داری ندارند، اما علاوه بر کاهش کیفیت زندگی فرد یا به سختی درمان و کنترل شده و یا تا آخر عمر با وی خواهند بود.

## 3

اگرچه اختلالات روانی تنها قسمتی از مشکلات مردم جهان سوم که  $\frac{3}{4}$  جمعیت جهان را به خود اختصاص می‌دهند می‌باشد، ولی با توجه به میزان عدم قدرت کار و مشکلاتی که این بیماریها برای بیماران، خانواده آنها و اجتماع ایجاد می‌نمایند، باید به طور اختصاصی مورد توجه قرار گیرند (۱).

به نظر می‌رسد اختلالات روانی هم ماهیتاً و هم به سبب عوارض دارویی قادرند نه تنها بیمار را که سایر افرادی که به شکلی نزدیک با او سروکار داشته یا دست کم روابط عاطفی نزدیک دارند دستخوش تأثیر نمایند. برخی محققین حتی معتقدند که میان شدت بیماری، شدت پیوندهای عاطفی، مدت زمان ابتلا و موفقیت درمان با تأثیرات منفی بیماری فرد بر روی خانواده به خصوص همسر می‌تواند رابطه‌ای منطقی داشته باشد (۲). به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده به سبب استرسهای ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان فرد تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی همسر فرد بیمار همچنان ادامه می‌یابد.

در آمریکا ۴۲٪ از کل جمعیت کشور که شامل سربازان و همسران آنها هستند جمعیتی حدود ۹۰ میلیون نفر را تشکیل می‌دهند به طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر فشارهای ناشی از جنگ قرار دارند (۳) همچنین احتمال جدایی و طلاق در نظامیان آمریکایی در طول یک دوره بیست ساله از شروع خدمت در حدود ۵۰٪ است (۴). در یک تحقیق مشابه در ایران بر روی همسران جانبازان نشان داده شده است که افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی با مدت ازدواج و درصد جانبازی همسر ارتباط مستقیم دارد (۵).

به نظر می‌رسد علیرغم مطالعات در خصوص کمیت و کیفیت اثرات جنگ بر روی سلامت روانی رزمندگان تعداد تحقیقات پیرامون تأثیر بیماری ناشی از جنگ فرد رزمنده بر سلامت روانی همسر تناسبی با اهمیت موضوع نداشته باشد، حال با این فرض که حضور در جنگ منجر به بروز تغییرات منفی روانی در افراد مورد مطالعه شده است، در این پژوهش در پی آن هستیم تا ضمن بررسی تسری تغییرات مزبور از حیث رفتار و روان در همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر نسبت بروز مشکلات را با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین مقایسه نماییم تا ضمن ارائه اطلاعات مستند در این خصوص بررسی شود آیا تفاوت معنی داری در بیماری همسران به لحاظ سلامت روانی در دو گروه مورد مطالعه وجود دارد یا خیر؟

## روش تحقیق:

به لحاظ اینکه در این پژوهش نسبت بیماری در دو گروه همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان مورد مقایسه قرار می‌گیرند. از روش پس‌رویدادی استفاده شد (۶). لذا به نظر می‌رسد با توجه به نوع پژوهش این روش مناسب‌ترین روش تحقیق می‌باشد.

جامعه آماری مورد مطالعه شامل همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان می‌باشد که از تاریخ فروردین ماه تا شهریور ماه ۱۳۸۲ به مرکز روانپزشکی صدر و بیمارستان امام حسین به عنوان بیمار سرپایی مراجعه نمودند. نمونه آماری مورد نظر در این مطالعه همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان هستند که حداقل یکسال به عنوان همسر با هم زندگی می‌کنند. جامعه موردنظر پژوهش از نظر مولفه‌های سن، میزان تحصیلات در بیماران و میزان تحصیلات در همسران بیماران، طول مدت ازدواج، شغل، میزان درآمد ماهیانه و محل سکونت مورد بررسی قرار گرفتند.

## شرایط ورود به مطالعه:

- ۱- نداشتن بیماریهای روانی قبل از ازدواج.
- ۲- نداشتن سابقه از دست دادن عزیز و یا سابقه حوادث ضربه زنده در مدت یکسال گذشته. در این پژوهش برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری دردسترس و غیراحتمالی استفاده شد (۶). بدین صورت که پس از کسب مجوز لازم از مسئولین بیمارستانها، پژوهشگر در درمانگاههای مراکز روانپزشکی صدر و بیمارستان امام حسین حاضر شد، و پس از معاینه روانپزشک و تایید تشخیص اضطراب و افسردگی در بیمار، از وی تقاضا شد که در صورت داشتن رضایت خود و همسر به عنوان نمونه در پژوهش شرکت کنند. در این پژوهش ۵۵ نفر همسر جانباز اعصاب و روان و همچنین ۵۵ نفر هم همسر بیماران اعصاب و روان وارد مطالعه شدند که از این میان از هر گروه ۳۲ نفر در نهایت واجد شرایط شرکت در مطالعه بوده و طرح را به پایان رساندند. پژوهشگر با مراجعه به کلینیک‌های تخصصی مراکز اعصاب و روان بیمارستان روانپزشکی صدر (تحت پوشش سازمان امور جانبازان) و مرکز روانپزشکی بیمارستان امام حسین (تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) مواردی را که مایل به همکاری بودند،



انتخاب نمود.

ضمناً وضعیت گروه نمونه حاضر از لحاظ سن، تحصیلات همسر و تحصیلات بیماران طول مدت ازدواج، شغل، میزان درآمد ماهیانه و محل سکونت به شرح زیر است: میزان درآمد ماهیانه افراد در دو گروه از ۴۰ هزار تومان تا ۳۲۰ هزار تومان بود و تمام مراجعین ساکن تهران بودند.

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذیربط و مراجعه به بیمارستان صدر و همچنین بیمارستان امام حسین نمونه‌های مورد نظر را از میان همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر و همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین انتخاب نموده و با اجرای آزمون (GHQ) آزمون سلامت روانی (و پرسشنامه دموگرافیک در محل درمانگاه یا با هماهنگی قبلی و مراجعه به منازل افراد، سلامت روانی همسران بیماران مورد بررسی قرار گرفت.

در این پژوهش چون نمره‌های افراد پاسخ‌دهنده به پرسشنامه GHQ در چهار مقیاس اصلی آن (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی) با توجه به ملاک پرسشنامه به دو گروه افراد دارای اختلال و افرادی که اختلال ندارند تقسیم شده‌اند و هدف مقایسه نسبت اختلال در چهار جزء مقیاس GHQ در دو گروه است.

داده‌های حاصل از مراحل مختلف پژوهش با استفاده از روش مقایسه نسبتها برای دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از داده‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصد اختلالات نشانه‌های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی در همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان

وضعیت روانی گروه‌های مورد مطالعه	نشانه‌های جسمانی		اضطراب		عملکرد اجتماعی		افسردگی									
	دارد		دارد		دارد		دارد									
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد								
۳۲ همسر جانباز اعصاب و روان	۲۳	۷۱/۹	۹	۲۸/۱	۲۸	۸۷/۵	۴	۱۲/۵	۱۴	۴۳/۸	۱۸	۵۶/۳	۲۲	۶۸/۸	۱۰	۳۱/۳
۳۲ همسر بیمار اعصاب و روان	۱۸	۵۶/۲	۱۴	۴۳/۸	۱۸	۵۶/۲	۱۴	۴۳/۸	۱۰	۳۱/۳	۲۲	۶۸/۸	۱۸	۵۶/۲	۱۴	۴۳/۸
جمع کل - ۶۴	۴۱	۶۴/۱	۲۳	۳۵/۹	۴۶	۷۱/۹	۱۸	۲۸/۱	۲۴	۳۷/۵	۴۰	۶۲/۵	۴۰	۶۲/۵	۲۴	۳۷/۵

**بحث و نتیجه گیری:**

هدف پژوهش حاضر، مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین بود. به این منظور تعداد ۳۲ نفر جانباز اعصاب و روان و ۳۲ نفر همسر بیمار اعصاب و روان را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) به عنوان ابزار سلامت روان و همچنین پرسشنامه دموگرافیک بر روی آنها تکمیل گردید.

براساس این آزمون ۷۲٪ از همسران جانبازان اعصاب و روان دارای اختلال نشانه‌های جسمانی و ۵۶/۲٪ از همسران بیماران اعصاب و روان اختلال نشانه‌های جسمانی را دارا بودند. اختلال اضطراب در همسران جانبازان اعصاب و روان ۸۷/۵٪ و در همسران بیماران اعصاب و روان ۵۶/۲٪ بود.

اختلال عملکرد اجتماعی در همسران جانبازان اعصاب و روان ۴۳/۸٪ و در همسران بیماران اعصاب و روان ۳۲/۳٪ بود. و نهایتاً اختلال افسردگی در همسران جانبازان اعصاب و روان ۶۸/۸٪ و در همسران بیماران اعصاب و روان ۵۶/۲٪ بود.

از کل نمونه مورد مشاهده ( همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان) ۶۴/۱٪ دارای اختلال نشانه‌های جسمانی، ۷۱/۹٪ دارای اختلال اضطراب، ۳۷/۵٪ دارای اختلال عملکرد اجتماعی و ۶۲/۵٪ دارای اختلال افسردگی بودند (جدول ۱). در زمینه مقایسه اختلال نشانه‌های جسمانی در دو گروه همسران جانبازان و همسران بیماران اعصاب و روان، یافته‌های حاصل نشان دادند که بین دو گروه همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

- یافته‌های بدست آمده بیانگر این بود که سلامت روانی در هر دو گروه مورد مطالعه، در نتیجه زندگی مشترک یا فرد بیمار دچار اختلال شده بود.
- برای توجیه یافته‌های این تحقیق می‌توان به بیان ماتساکیز (۱۹۸۸) (استناد کرد: پیچیدگی چندگانه همسران قربانیان جنگ و فشارهای مضاعفی که به آنان در ایفای نقشها متحمل می‌شوند را توصیف کرده است. وی چنین نتیجه‌گیری کرده است که زنان در انجام نقشها، در چنین شرایطی، مقدار زیادی درد و رنج و عصبانیت، ترس و اختلال نشانه‌های جسمانی را در خود تجربه می‌کنند. (۳)
- همچنین نکته دیگری که می‌توان در اینجا مطرح نمود اینست که وجود یک فرد

بیمار در منزل صرف نظر از نوع بیماری یا اختلال باعث می‌شود که کل سیستم‌های خانواده و بخصوص همسر تحت تاثیر قرار گیرد و مشکلات و فشارهای روانی خاص به خانواده و خصوصا همسر تحمیل می‌گردد، خصوصاً از این جهت که معمولاً همسر در صورت وجود بیماری شوهر تکیه‌گاه اصلی خانواده محسوب می‌شود..

- نکته دیگری که می‌توان گفت اینست که مشکلات ناشی از اختلال روانی باعث می‌شود که به کلیه اعضای خانواده به خصوص همسر فرد بیمار فشارهای روانی زیادی تحمیل شود، به عنوان مثال مسئولیتهای متفاوت و نقشهای مختلفی را که فرد به علت بیماری همسر می‌پذیرد ممکن است باعث تحمیل کار اضافی‌تری بر فرد شده و فرصت رسیدگی به امور شخصی خود را پیدا نمی‌کند. و این امر باعث بروز مشکلات زیاد بخصوص نشانه‌های جسمانی در این افراد می‌شود که با توجه به مراجعات مکرر همسران جانبازان و بیماران اعصاب و روان جهت مشاوره و ویزیت توسط روانپزشک که اکثراً هم منجر به تجویز داروهای روانی مشابه آنچه که برای شوهرانشان تجویز شده است می‌توان چنین استنباط کرد که همسران هم به نوعی دارای اختلال روانپزشکی گشته‌اند و این به دلیل مشکلات خاصی است که در منزل بین اعضای خانواده پیش می‌آید و موجب می‌گردد که همسر فرد بیمار استقامت و توانایی خود را از دست داده و وی نیز تحت درمان قرار گیرد. در نتیجه مشکلات خاص بیماران و فشارهای روانی که در هر دو گروه همسران بیماران و همسران جانبازان مشترک است می‌تواند نشان دهنده عدم تفاوت دو گروه مورد مطالعه باشد.

\*\*\*\*\*

در زمینه مقایسه اختلال اضطراب در دو گروه همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان، داده‌های پژوهش نشانگر این بود که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد به عبارت دیگر می‌توان گفت که همسران جانبازان اعصاب و روان دارای اضطراب بیشتری نسبت به همسران بیماران اعصاب و روان بودند.

- برای توجیه یافته‌های تحقیق می‌توان به پژوهش شاب و همکاران (۱۹۹۵) استناد گزارش کرد: که وجود اضطراب را در میان خانواده‌های افراد مبتلا به اختلال PTSD نمودند (۳).

- همچنین تحقیق دیگر، گزارش AVA آمریکا (۱۹۸۰) که ۴۲٪ از کل جمعیت آمریکا (نزدیک به ۹۰ میلیون نفر) شامل سربازان زنده و همسران و فرزندان و خانواده‌های آنها به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تاثیر استرسهای ناشی از جنگ قرار

دارند، با پژوهش ما همخوانی دارد (۲).

• همچنین با توجه به اینکه نوع اختلال اضطرابی که در جانبازان وجود دارد PTSD می باشد، یعنی اینکه اکثر جانبازان علاوه بر اضطراب PTSD هم دارند و یکی از علائم مهم PTSD اضطراب است که باعث می شود سلامت روانی همسران جانبازان را بیشتر تحت تاثیر قرار دهد.

• نکته دیگر اینکه نسبت بالای اختلال اضطراب در همسران جانبازان می تواند احتمالات ناشی از این باشد که همسران جانبازان احساس عدم امنیت در زندگی با فرد جانباز را دارند یعنی اینکه چون به شرایط دائمی زندگی (مثل حق پرستاری گرفتن، حالت اشتغال جانباز (اطمینان ندارند، بنابراین می توانند اختلال اضطراب را بیشتر تجربه کنند.

• نکته دیگری که می توان گفت اینست که می توان به اثر طولانی مدت فشارهای روانی و استرس ناشی از جنگ و دوری همسر از خانواده در اضطراب این همسران نیز اشاره کرد که شاید این مسئله بر بیشتر بودن اضطراب همسران جانبازان دلالت داشته باشد.

\*\*\*\*\*

در زمینه مقایسه اختلال عملکرد اجتماعی در دو گروه همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان، یافته ها نشان دهنده اینست که بین دو گروه تفاوت معنی داری دیده نمی شود.

تحقیقات مبین اینست که وجود عملکرد اجتماعی صحیح می تواند دلیل بر سلامت روانی افراد جامعه باشد.

• بطور کلی باید گفت که وجود یک فرد دارای اختلال روانی به کار عادی و اقتصاد و جامعه و خانواده لطمه شدیدی وارد می کند و از لحاظ روابط اجتماعی سایر افراد خانواده را در وضع ناراحت کننده ای قرار می دهد و همچنین مراقبت و نگهداری از فرد دچار اختلال روانی، نشاط و رفاه فردی را از اعضای خانواده و بخصوص همسر سلب می کند. بنابراین معنی دار نبودن اختلاف بین دو گروه فوق دور از ذهن نمی باشد.

• نکته قابل توجه دیگر اینکه بیکاری و در منزل ماندن جانباز و بیمار اعصاب و روان باعث آشفتگی در برنامه های عادی خانواده و بالا رفتن تنش در بین اعضای خانواده می شود. در این میان فشارهای روانی بخصوص برای همسر بیمار بسیار زیادتر است. ضمن اینکه بیکاری و سطح پایین درآمد و وضعیت بد اقتصادی و عدم رسیدگی لازم در مورد هر دو گروه مورد مطالعه باعث شده است که بطور کلی از اجتماع دوری گزیده و در نتیجه عملکرد اجتماعی فرد بیمار و خانواده را تحت تاثیر قرار دهد و احتمالاً این موارد

می‌توانند دلیل بر عدم وجود تفاوت اختلال در عملکرد اجتماعی دو گروه باشد. در زمینه مقایسه اختلال افسردگی در دو گروه همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان، یافته‌ها نشانگر اینست که تفاوت معنی‌داری از نظر نسبت افسردگی در دو گروه نیست. در حالیکه نسبت اختلال افسردگی در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر از گروه دیگر بود که احتمالا ممکن است به این دلیل باشد که جانبازان اعصاب و روان علاوه بر دارا بودن اختلال افسردگی به بیماری PTSD هم مبتلا هستند که یکی از علائم مهم PTSD افسردگی می‌باشد، بنابراین جانبازان دارای نسبت بالاتری از اختلال افسردگی می‌باشند.

\*\*\*\*\*

با توجه به این موارد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که افرادی که در جنگها دچار مشکلات روانی ناشی از جنگ می‌شوند و همچنین افرادی که دارای اختلال روانی می‌باشند، علاوه بر اختلالات و علائم روانپزشکی که در آنها دیده می‌شود، اعضا خانواده آنها نیز در امان نبوده و تحت تاثیر فرد بیمار قرار گرفته و مشکلاتی نیز برای آنها بوجود می‌آید و این نشانگر این واقعیت است که اگر یکی از اعضای خانواده دچار ناراحتی روانی شود، سایر اعضا نیز به گونه‌ای تحت تاثیر قرار می‌گیرند. این افراد می‌توانند مسائلی را در ارتباط با فرزندان، همسران، روابط زناشویی و همچنین مشکلاتی در ارتباط با عملکرد نامناسب خانواده ایجاد نمایند.

بطور کلی با توجه به تحقیقات انجام شده و پژوهش حاضر می‌توان گفت علت ابتلا افراد به اختلالات روانی چه ناشی از علل مختلف روانی، جسمانی، ارثی و فیزیولوژیکی باشد و یا ناشی از جنگ ایجاد گردد، باز هم ما در آنها شاهد اختلالات روانپزشکی خواهیم بود و چنین می‌توان استنباط نمود که گذشت زمان و طولانی شدن مشکلات روانی در آنها بر تشدید و بروز مشکلات روانی همسران موثر می‌باشد و شاید همسران در ابتدا و اوائل زندگی مشترک بتوانند در مقابل بروز و تشدید اختلالات ناشی از بیماری روانی مقاومت کنند، اما طولانی شدن مشکلات این بیماران، روان آنها را نیز متاثر می‌سازد. همچنین هر دو گروه بیماران و جانبازان اعصاب و روان به علت دارا بودن اختلالات روانی پس از مدتی شغل خود را از دست می‌دهند، احتمالا از دست دادن شغل و نداشتن درآمد می‌تواند باعث محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی‌شان گردد و نتیجتا عامل شدت اختلال یا بیماری روانی در این افراد می‌گردد از طرفی به علت داشتن مشکلات مالی و سطح پایین درآمد قادر به اداره زندگی و رسیدگی به امور خانوادگی نمی‌باشند به همین دلیل روابط با همسر و اطرافیان تحت تاثیر این مشکلات قرار گرفته و در نتیجه برای همسران این بیماران فشارهای روانی ناشی از این عوامل بوجود

آمده و به نوعی آنها نیز تحت تاثیر بیماری قرار می‌گیرند و نهایتاً آنکه پیامد آن تاثیر بر سلامت روانی اجتماع و خانواده می‌باشد.

### محدودیت‌های پژوهش:

- ۱- پژوهش حاضر مطالعه‌ای بالینی با شرایط خاص خود و ظرافتهای کار نزدیک با عوامل انسانی و بیماران شناخته شده روانی بوده و از این نظر مانند تمامی تحقیقات مشابه محدودیتهای مشابهی داشته است و مقایسه آن با مطالعاتی که از طریق گردآوری نمونه درمکانهای عمومی و اردوها صورت می‌گیرد بلاموضوع است.
- ۲- عدم همکاری بعضی از افراد که شرایط ورود به مطالعه را داشتند ولی قبول همکاری را به دلایل شخصی نپذیرفتند.

### پیشنهادات:

پیشنهاد می‌شود که:

- ۱- به منظور بررسی اثرات ناشی از عامل جنگ، مطالعه‌ای مشابه بر روی همسران جانبازان شیمیایی و قطع عضو و مقایسه سلامت روانی آنها با همسران گروههای غیرجانباز جامعه صورت گیرد.
- ۲- به منظور حذف عوامل مداخله‌گر ناشی از آزمون آزمونهای دیگر GHQ، مطالعه‌ای مشابه با صورت پذیرد.
- ۳- همچنین یک تیم بهداشت روانی شامل روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی در دسترس بیماران و همسران آنها قرار گیرد تا در مواقع لزوم بتوانند ارتباط لازم را داشته باشند و از فشار روانی آنها کاسته شود.
- ۴- همچنین برنامه‌های کنترل استرس برای بیماران و جانبازان اعصاب و روان و خانواده‌های آنها ایجاد گردد.
- ۵- جلسات گروهی برای خانواده‌ها و بخصوص همسران جانبازان اعصاب و روان و همسران بیماران اعصاب و روان گذاشته شود.

**منابع :**

- ۱- حسینی، سیدابوالقاسم: طرح بهداشت روانی کشوری و روش پیاده کردن آن در شهر وروستا. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۳۷۸.
- ۲- ساراسون، ایروین جی، ساراسون، باربارا آر.(۱۳۷۵). روانشناسی مرضی. نجاریان، اصغری مقدم، محسن دهقانی. جلد اول. تهران: رشد
- 3- Administrator of veteran affairs, Annual report, Washington D.C, 1980.
- 4- The military, Nofault divorce and USFSPA, Divorces ourece. com.
- ۵- انیسی، جعفر (۱۳۷۷). بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با وضعیت روانی همسران جانبازان غیراعصاب و روان. دانشگاه علامه. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- ۶- دلاور، علی. (۱۳۷۶). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.

## بررسی نقش آموزش بهداشت روانی به فرزندان جانباز ۷۰٪ شهرستان مشهد (۸۱-۷۹)

امین رحمانی

### چکیده

هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش آموزش بهداشت روانی به فرزندان جانباز ۷۰٪ به بالاست. این دانش آموزان در مدارس با مشکلاتی مواجه هستند که معلمان بیشتر آنها را درک می کنند. به همین منظور ما یک نمونه ۴۷ نفری را در مقطع راهنمایی طی سه سال (۷۹، ۸۰، ۸۱ - ۲۰ نفر - ۸۱، ۱۱ نفر) مورد مطالعه قرار دادیم. این نمونه ها از افراد در دسترس انتخاب شدند. در ابتدا حالات روان شناختی این دانش آموزان با توجه به آزمون CDS مورد سنجش قرار گرفتند سپس در طول سال تحصیلی بصورت انفرادی با این دانش آموزان هفته ای نیم ساعت پیرامون تفکرات سالم و منطقی و اصول بهداشت روانی با توجه به مسائل علمی و فرهنگ غنی خودمان به بحث و گفتگو پرداختیم. آنگاه در پایان سال تحصیلی دوباره آزمون CDS مورد سنجش قرار گرفت. نتایج مطالعه حاضر بیانگر تفاوت معناداری بین حالات روان شناختی این دانش آموزان بوده است بطوریکه می توان نتیجه گرفت که آموزش بهداشت روانی به دانش آموزان سبب می شود، (۱) پاسخهای عاطفی منطقی تر و سالم تری دربرخورد با موقعیتهای از خودشان نشان دهند. (۲) مشکلات اجتماعی و تحصیلی آنها کاهش یافت (۳) میزان عزت نفس آنها بالا رفت. (۴) تمایل به بیماری و مرگ در آنها کاهش یافت. (۵) میزان احساس گناه در آنها کاهش یافت (۶) نشانگان افسردگی در آنها کاهش یافت (۷) میزان لذات و شادابی در زندگی آنها افزایش یافت. این تحقیق با محدودیتهای مواجهه بوده است که باید به آن توجه شود.

### مقدمه :

بهداشت روانی در فرهنگ لاروس به نقل از گنجی (۷۶) چنین تعریف شده است : «استعداد یا توانایی روان برای هماهنگی، خوشایند بودن و موثر کار کردن، برای موقعیتهای دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن».



سازمان جهانی بهداشت آن را چنین تعریف می کند: « توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی ، روانی ، جسمی، بهداشت تنها نبود بیماری نیست ». ( گنجی ۷۶ ). در سالهای اخیرانجمن کانادایی بهداشت روانی ، بهداشت روانی را به سه قسمت تقسیم می کند و کار بر روی این سه قسمت متمرکز شده است که عبارتست از: تغییر نگرشهای مربوط به خود ، دیگران و زندگی . که با تغییر نگرشها می توان راحت تر و مثبت تر به زندگی نگریم، به عبارت دیگر فرد باید بتواند توانایی تسلط بر هیجانهای خود ، شناخت از نقاط مثبت و منفی فرد ، ایجاد علاقه به دیگران و احساس مسئولیت درقبال دیگران را یاد بگیرد. و این امر نیازمند به آموزش است . تا اندیشه و تفکر مثبت در فرد رشد کندوبه قول مولانا ؛

ای برادر تو همه اندیشه ای مابقی خود استخوان ریشه‌ای

گر گل است اندیشه تو گلشنی و ر بود خاری توهیمه گلخنی

جهت دار کردن اندیشه ها بخصوص درنسل نوجوان بالاخص در خانواده های که جانبازی وجود دارد یک وظیفه ملی - مذهبی است تا از ارزشهای دینی و ملی خود پاسداری نمائیم .

اقتضای جان چو ای دل آگهی است هر که آگه تر بود جانش قوی است

هر چقدر فکر سالمتر ، منطقی تر باشد دفاع از ارزشهای مستحکمر و اصولی تر خواهد بود.

از یک اندیشه که آید در درون صد جهان گردد بیکدم سرنگون

و به عبارت دیگری منظور را چنین بیان می کنیم .

فکر آن باشد که بگشاید رهی راه آن است که پیش آید شهی

جانبازان ما امتحان خود را خوب داده اند از هستی و کالبد جسمانی خود گذشتند مسئولان و دست اندرکاران جامعه اسلامی ما بایستی هم به جانبازان از نظر بهداشت روانی وهم به اعضاء خانواده های آنها از این لحاظ توجه و یژه ای را مدنظر داشته باشند . تا ارزشهای برای همیشه حفظ گردد. و به آنها به دیده تحسین نگریمته شود . و این جز از طریق ایجاد سلامت فکر در آنها و اعضاء خانواده آنها میسر نمی گردد.

هنگامی که بعنوان یک معلم در کلاس درس مشغول تدریس می باشیم . با فرزندان جانباز ارتباط داریم و مشکل را در آنجا بهتر لمس می کنیم مشکلات مسائل تحصیلی - مسائل اجتماعی ، حالات افسرده گونه ، عدم عزت نفس ، حالات احساس گناه، ناراحتیهای جسمانی و همگی در بروز رفتارهای نامناسب تاثیر دارند.

بیماریهایی مانند سردرد ، زخم معده ، سرطان ، بیماریهای قلبی ، فشار خون و حالات روان شناختی از قبیل میزان امیدوار بودن به زندگی و مشکلات تحصیلی و اجتماعی ، خود بیمار پنداری ، افسردگی ، احساس گناه ، همگی با بهداشت روانی افراد همبستگی معنا

داری وجود دارد. (بریک، هابمن ۲۰۰۱). افرادی که از سلامت فکر در سطوح بالاتری برخوردارند از حالات روان شناختی و حالات جسمانی مطلوبتری برخوردارند (فوستر ۲۰۰۲). پس جهت بهبود حالات روان شناختی فرزندان جانباز یکی از راهکارهایی که بایستی توجه شود آموزش بهداشت روانی است. در تحقیقی که محقق بعمل آورده تفاوت معناداری را مشاهده کرد بین فرزندان جانبازان ۷۰٪ با فرزندان عادی در یکی از مدارس شاهد ناحیه ۲ مشهد. و این سبب شده که کاری بایستی برای این مهم انجام داد تا آسیبی را که این فرزندان عزیز دیدند به حداقل ممکن برسانیم و این عاملی بود که محقق طی سه سال دنبال آن بود و نتایج مطلوبی در این زمینه حاصل گردید هر چند که نیازمند به پژوهش های زیادی در این امر مهم می باشیم، باشد که با ایجاد سلامت فکر در فرزندان این عزیزان الگوی مناسبی از ارزشهای را به نسل نوجوان و جوان برای سالهای آتی فراهم کنیم. و باشد که دفاع از دین، میهن و ارزشها را برای همیشه زنده نگه داریم و فرهنگ ایثار و از خود گذشتگی را در نسل نو زنده نگه داریم و از حالات خود محوری و خودخواهی پرهیز کنیم.

در این پژوهش فرضیه ها تحقیق عبارت است از اینکه با آموزش بهداشت روانی به فرزندان جانباز، سبب ایجاد سلامت فکر و حالات مثبت روان شناختی در آنها می گردد و نهایتاً مشکلات اجتماعی و تحصیلی آنها کمتر می گردد، پاسخهای عاطفی مثبت در آنها تقویت میگردد. احساس گناه در آنها کاهش پیدا می کند حالات خود بیماری پنداری در آنها کاهش می یابد، و احساس لذت به زندگی و زنده ماندن در آنها تقویت میگردد. و احساس عزت نفس در آنها تقویت می گردد.

## روش

### آزمودنی ها

برای آزمودن فرضیه های فوق تعداد ۴۷ دانش آموز طرح پراکنده شاهد در مقطع راهنمایی طی سه سال که پدر جانباز ۷۰٪ داشتند مورد مطالعه قرار گرفته (در سال ۷۹ نمونه مورد مطالعه ۱۶ نفر، و در سال ۸۰ نمونه مورد ۲۰ نفر، در سال ۸۱ نمونه مورد ۱۱ نفر بودند) این نمونه ها آماری مورد تحقیق از افراد در دسترس انتخاب شدند.

## ابزار

ابزار تحقیق شامل یک آزمون عینی برای دانش آموزان CDS بوده است البته این آزمون در جامعه ایران با تغییراتی همراه بوده است ولی روایی و اعتبار این آزمون توسط آقای

دکتر محمود گلزاری هنجار یابی گردیده است و تحقیقات زیادی با این آزمون صورت گرفته است و ما هم به استناد این موارد از آن استفاده کردیم.

### روش اجرا

برای بررسی فرضیه پژوهشی، کار بدین ترتیب شروع شد که در ابتدا سال تحصیلی، دانش آموزان جانباز ۷۰٪ به بالا از طریق مدارس مختلف معرفی می شدند و پس از چند جلسه آشنایی با آنها و ایجاد ارتباط مطلوب از آنها بصورت انفرادی خواسته شد که به آزمون CDS پاسخ دهند. نتایج آزمون از طریق ثبت روی کاغذ انجام می گرفت سپس طی سال تحصیلی جلسات انفرادی البته بصورت غیر مستقیم در ارتباط با اصول منطقی تفکر و بهداشت روانی و راهکارهای جهت ایجاد تفکر سالم در ارتباط با خود، با دیگران و در ارتباط با زندگی ارائه می شد که این جلسات هر هفته در حد ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بیشتر طول نمی کشید. این مطالب متناسب با مقتضیات زمان و رخدادهای خانه یا مدرسه یا دوستان ارائه می گردید. آنگاه قبل از پایان سال تحصیلی دوباره آزمون CDS به دانش آموزان داده شد و نتایج آن ثبت گردید. و طرح تحقیق در این پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه می باشد بعبارت ساده تر در ذیل آورده شده است.

T1.....X.....T2

پس آزمون                      متغیر مستقل                      پیش آزمون

اما بایستی در نظر داشت که این طرح تحقیق قادر به کنترل چندین متغیر مزاحم نسبت و از آنجمله می توان رخدادهای تاریخی همزمان با اجرای تحقیق، بلوغ، افت آزمودنیها، بازگشتهای ناشی از ابزار آماری و چندین متغیر دیگر را نام برد.

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش آزمون t برای گروههای همبسته یا وابسته بوده است بدین ترتیب عمل اندازه گیری (بهداشت روانی) یک بار قبل از اجرای متغیر مستقل و بار دوم پس از اجرای متغیر مستقل صورت گرفته است.

### نتایج

در این تحقیق نتایج بدست آمده در  $t_1, t_2$  در آزمون CDS نسبت گردیده است و نتایج آماری بنابر حالات روان شناختی موجود در آزمون بصورت تفکیکی ارائه شده است جهت اختصار فقط به ارقام نهایی آن با توجه به فرمول مورد استفاده در این آزمون بسنده می کنیم که به قرار زیر است.

جدول نتایج نهائی آزمون CDS به تفکیک زیر مجموعه های آن و t م

CDS	D	D2	Tم
AR	۲۳۹	۲۰۳۷	۸/۲۴
SP	۱۹۸	۱۲۴۶	۹/۶۵
SE	۱۹۰	۱۱۵۸	۹/۵۲
SD	۱۲۴	۵۸۶	۷/۶۲
GL	۱۷۴	۱۰۹۴	۸/۱۱
PE	-۲۳۱	۱۶۶۸	-۹/۹
MD	۲۷۲	۲۱۶۹	۱۱/۰۳
MP	-۲۸۱	۲۳۹۷	-۱۰/۳۸

از آنجائیکه t جدول در سطح  $0/01$  ( $a = 0/01$ ) با درجات آزادی  $df = 47 = 46$  مساوی (۲/۷) (آزمون یک دامنه) است. چون نسبت t محاسبه شده در تمامی زیر مجموعه از t جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد میشود و نتیجه می گیریم که اختلاف بین میانگینهای معنا دار است و متغیر مستقل که آموزش بهداشت روانی است تاثیر خاصی بر حالات روان شناختی دانش آموزان داشته است. و این هشدار است بر جامعه ما که بایستی پیرامون این مهم کارهای مهمتری انجام دهیم.

نتایج حاصل از آموزش بهداشت روانی به فرزندان جانباز بر تفکرات و اندیشه های آنها در ابعاد روان شناختی که بیان خواهیم کرد تاثیر گذاشت و تفاوت بین میانگین نمرات را معنا دار نمود که در موارد ذیل به اطلاع می رسد.

۱) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در بعد پاسخهای عاطفی دیده شد.

۲) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در بعد مشکلات است اجتماعی تحصیلی مشاهده شد.

۳) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در زمینه عزت نفس دیده شد.

۴) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در بعد خود بیمار پنداری و تمایل به مرگ مشاهده شد.

۵) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در بعد لذت و خوشی یا شادابی از خویش دیده شد.

۶) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در بعد افسردگی و مشکلات اجتماعی دیده شد.

۷) تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در پیش آزمون و پس آزمون در بعد لذات متفرقه از زندگی خود و دیگران مشاهده گردید.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهشی حاضر نشان داد که آموزش بهداشت روانی سبب ایجاد سلامت فکر در دانش آموزان می گردد. بطوریکه ملاحظه شد این دانش آموزان در مقایسه با مراحل اولیه آزمون از سلامت فکری بالاتری برخوردار گردیدند و شادابی و لذات زندگی را بهتر و مناسبتر درک می کنند. با نگاهی مختصر به نمرات حاصل در می یابیم که بالا بودن نمرات در این آزمون دلیل بر مشکل داشتن آنهاست بجز در ابعاد PE,MP که شادابی و رضایت و لذات از زندگی را بیان می کند. و برعکس هر چقدر PE,MP بالاتر باشد فرد از افسردگی کمتری برخوردار است و از بهداشت روانی سالمتری برخوردار می باشد.

پس بایستی زمینه فراهم شود که شادابی و خوشحالی و لذات را برای دانش آموزان ایجاد کنند و زمینه های افسردگی را در آنها کاهش دهد و این از طریق کارکردن روی افکار و اندیشه صورت می گیرد تا اندیشه های و خیالات و تفکرات معیوب اصلاح گردند و به گفته مولانا

آدمی را فربهی هست از خیال	گر خیالاتش بود صاحب جمال
ور خیالاتش نماید ناخوشی	می گدازد همچو موم از آتشی
در میان مار و کژدم گر ترا	با خیالات خوشان دارد خدا
مار و کژدم مرتو را مونس شود	کان خیالت کیمیای مس شود

**منابع :**

- توماس آر ، کراتو چویل ، ریچارد جی ، موريس . روان شناسی بالینی کودک ، مترجم محمد رضا نائینان و همکاران ، تهران - رشد ۱۳۷۸
- جعفری ، محمد تقی . مولوی وجهان بینی ها ، تهران - انتشارات بعثت ۱۳۷۰
- دلاور ، علی ، احتمالات و آمار کاربردی ، تهران ، رشد - ۱۳۷۵
- دلاور، علی روشهای تحقیق در علوم تربیتی . تهران - پیام نور ۱۳۷۴
- گنجی ، حمزه ، بهداشت روانی ، تهران ، نشر ارسباران ۱۳۷۶
- مولوی ، جلال الدین محمد ، مثنوی معنوی ، به تصحیح و مقابله محمد رمضانی ، چاپ کلاله خاور ، تهران ، ۱۳۱۴ - ۱۳۱۵
- Andreski,p (1991) Migraine, psychiatric, and suicide attempts.psychiatric Re search.37, 11-23
  - Beck, A , T.Rush , A, M. , shaw , B, F.,emery ,G.(1979) cognitive therapy of Depression. New york : Guil ford press.
  - Folkins, S, C.H, X sime , W.E., (1981) physical fitness training and mental health . American psychologist.36 , 373 – 389.
  - Forster, S,L.( 1990) Adolescence friendships and peer acceptance. Implication for skills trains . clinical psychology Review 10 , 425 – 439
  - Readdic , C, A ., (1995 ) young childrens symbol making tools: international journal of early years Educations ; 3 (1) ,93 - 100
  - Tisher , M, X long , M , (1983) . the children’s Depressions scale (CDS) :
- Revieco and farther development . in D.P . cantwell X G.A . carlson (Eds ) Affective dis orders in chils hood and adolescence. New york spectrum.
- Winstead , B , A., (1992 ) friendship , social in teraction and coping with stress. Communication Research , 19 ( 2) , 193 –211.

## نقش حرفه مددکاری اجتماعی در حمایت از جانبازان و خانواده های آنان

قجاوند . کاظم

### چکیده:

مددکاری اجتماعی حرفه ای است مبتنی بر دانش ، شناخت ، مهارت ، استعداد و هنر که با استفاده از تکنیکهای مختلف جهت کمک به افراد برای حل مشکلاتشان به کار می رود. کار با جانبازان و خانواده های آنان به عنوان یکی از وظایف اصلی مددکارانی است که در مجموعه مراقبت از سلامت جامعه فعالیت می کنند. مددکاری اجتماعی حرفه ای است علمی که در کار با جانبازان و خانواده به آنان کمک می کند تا از منابع خود و جامعه برای حل مشکلات استفاده نمایند. مددکاران اجتماعی در این راه نقشهای مختلفی دارند نظیر :

۱- نقش محقق

۱- نقش مشاور

۱- نقش آموزش دهنده

۱- نقش توانبخشی

۱- نقش برنامه ریز

۱- نقش حمایتی

هدف حرفه مددکاری اجتماعی در کار با جانبازان پیشگیری و درمان ناهنجاریها و مشکلات ارتباطی است که بین آنها و دیگر افراد و نیز خانواده آنان و یا با سایر جوامع و سیستمها وجود دارد .

این حرفه به جانبازان کمک می کند تا بتوانند مشکلات خود را در زندگی تشخیص و نسبت به حل آنها ، اقدام نمایند.

این مقاله درصدد است تا موارد زیر را شرح نماید :

تعریف حرفه مددکاری ، اهداف این حرفه در کار با جانبازان و بیان نقشها و خدمات متعدد مددکاران در مواجهه با جانبازان و خانواده های آنان.

کلید واژه ها : جانباز/خانواده/مددکاری اجتماعی

**مقدمه:**

در خصوص ارزش والای جانبازان و جایگاه رفیع آنان در جامعه ما جای بحث و تردید وجود ندارد و همگان رشادت‌ها و دلاوریهای جوانان این مرز و بوم را به دلیل دفاع از ماهیت و هویت جامعه ایران می‌ستایند.

این ستایش خاص کشور ما نیست و در تمام جوامع، مردم از افرادی که با خلوص نیت از حیثیت جامعه خود در برابر تجاوز دشمنان دفاع می‌کنند، حمایت کرده و ارزشی بسیار زیاد برای این گروه قائلند. با مطالعه تاریخچه جنگ‌ها، به این نکته دست می‌یابیم که همواره دولتمردان موظف بوده‌اند تا هم در حین جنگ و هم پس از پایان آن نسبت به رفع مشکلات افرادی که در جنگ دچار حادثه شده‌اند، همت گمارند. جنگ تحمیلی ۸ ساله کشور ما در برابر عراق نیز بیش از ۴۷۲۰۰۰ جانباز به همراه داشته است. این جانبازان به دلیل شرایط خاص خود نیازمند بهره مند شدن از خدمات پزشکی، روانپزشکی و پیراپزشکی هستند. یکی از حرفه‌های مؤثر و تأثیرگذار که می‌تواند هم به جانبازان و هم به خانواده‌های آنان به اشکال مختلف و به شیوه‌های علمی خدمت نماید، حرفه مددکاری اجتماعی می‌باشد. مک کلام، مارگولین ولیب (۱۹۸۷) در کتاب خود با عنوان مددکاری اجتماعی و قربانیان جنگ، ضمن تأکید و تأیید بر نقش مددکاران اجتماعی در مواجهه با قربانیان، معلولان و خانواده‌های سانحه دیده ناشی از جنگ به تشریح مهارت‌های مورد نیاز مددکاران در کار با این گروه می‌پردازد. این محققان اعتقاد دارند که بدون حضور مددکاران در امر رسیدگی به خانواده‌های قربانیان ناشی از جنگ (victim's of war)، خلا جدی احساس میشود. آنان از حرفه مددکاری اجتماعی به عنوان حلقه کامل کننده تیم خدمت رسانی به قربانیان یاد می‌کنند. [۱]

**اهداف:**

هدف از نگارش این مقاله بررسی نقش‌هایی است که یک مددکار در راه ارایه خدمت به جانبازان و خانواده‌های آنان می‌تواند عهده‌دار شود. در این مقاله سعی خواهد شد تا با استفاده از نتایج تحقیقات پژوهشگران ایرانی و خارجی به بررسی حمایت‌هایی بپردازیم که مددکاران در کار با معلولان ناشی از جنگ به قربانیان آن ارایه می‌دهند.



**روش:**

این مقاله به شیوه مروری بوده و برای جمع آوری اطلاعات آن از طریق مطالعات کتابخانه‌ای بویژه با اخذ چکیده‌های پژوهشهای محققان و ترجمه آنان که در سایت‌های اینترنتی موجود استفاده نموده‌ایم.

**بحث:**

مددکاران اجتماعی برای ارایه خدمات حرفه‌ای خود از روش‌ها و الگوهای نظم یافته، قاعده مند و علمی استفاده می‌کنند. (لوی، ۱۹۹۵) [۲]

لوی همچنان معتقد است که مددکاران دارای نقشهای متعددی هستند که در کار حرفه‌ای خود برای بازگرداندن سلامت و مراقبت از مددجویان از آنها بهره می‌گیرند. [۳]  
 گره‌ها و بروکس (۱۹۹۳) نقشهای مختلفی که مددکاران در کار با قربانیان ناشی از جنگ می‌توانند ایفا نمایند را به شکل زیر معرفی می‌نمایند. [۴]

- ۱- نقش محقق (Reasercher role)
- ۱- نقش حمایتگر (Supporting role)
- ۱- نقش مشاور (Counselor role)
- ۱- نقش آموزش دهنده (Educator role)
- ۱- نقش کارشناس توانبخشی (Rehabilitation role)
- ۱- نقش برنامه ریز (Planing role)

اگر چه مطالعه متون دیگر نشان می‌دهد که علاوه بر نقشهای ذکر شده توسط گره‌ها و بروکس، مددکاران نقشهای دیگری را نیز در کار با جانبازان و خانواده‌های آنان می‌توانند عهده‌دار شوند. در ادامه مقاله به شرح هر یک از نقشهای فوق می‌پردازیم:

**نقش محقق:**

در این نقش، مددکار به عنوان یک پژوهشگر و محقق در صدد بررسی علمی مشکلات و موانع موجود بر سر راه زندگی جانبازان و خانواده‌های آنان دارد. طبیعتاً شناخت معضلات و مشکلات به معنای نیمی از درمان آن می‌باشد. لذا در قدم اول مددکاران حرفه‌ای سعی می‌کنند تا از طریق بکارگیری توان علمی و متدولوژی آموخته، موانع را به سبک و شیوه‌ای علمی مورد بازبینی و بازنگری قرار دهند.

در این نقش مددکاران در جایگاه حل مشکلات قرار ندارند اما بسترها و زمینه‌های کمک رسانی به جانبازان را فراهم می‌آورند. متأسفانه مددکاران در کشور ما در خصوص انجام



مختلف از مطرح کردن جانبازی خود یا تشکیل پرونده در بنیاد جانبازان برای دریافت کمکهای مالی امتناع می‌کنند. مددکاران می‌توانند از طریق انجام بازدیدهای منظم و برقراری رابطه با خانواده‌های جانبازان ضمن شناسایی مشکلات مالی جانباز، همسر و فرزندان وی و ارایه و انعکاس دقیق گزارش این مشکلات مالی به مسئولین تصمیم گیرنده، آنها را در امر برنامه ریزی هر چه بهتر به این عزیزان یاری دهند. در واقع به تعبیر فرانک مددکاران به عنوان بازوان اجرایی مطرح هستند. امروزه بدلیل مشکلات جابجایی در شهرهای بزرگ و تأکید سیستمها و رویکردهای نوین توانبخشی مبنی بر عدم نگهداری جانبازان در مراکز شبانه روزی توانبخشی و اولییتی که به نگهداری از آنان در خانه و در میان اعضای خانواده شده است، استفاده از رویکرد مراقبت در منزل جانبازان مورد توجه مددکاران قرار گرفته است

به اعتقاد بنتلی (۱۹۹۰) مهمترین اهدافی را که مددکاران در ارایه خدمت خود در منزل به قربانیان جنگ و خانواده‌های آنان دنبال می‌نمایند عبارتند از: [۸]

- ۰- ارتقاء سیستم‌های حمایتی مؤثر و کافی در منزل و تشویق به استفاده از منابع موجود برای جانباز و خانواده وی.
  - ۱- ارتقاء سطح آگاهی جانباز و اعضای خانواده وی از نحوه مراقبت‌ها و درمانها در منزل.
  - ۱- ارتقاء و بهبود وضعیت بهداشتی خانواده.
  - ۱- افزایش اعتماد اعضای خانواده به یکدیگر ناشی از داشتن یک هدف مشترک.
  - ۴- افزایش ضریب اعتماد جانباز و خانواده وی به مددکاران و سیستم‌های مسئولین رسیدگی به جانبازان.
  - ۵- کاهش تردد و جابجایی جانباز و خانواده‌های آنان به مؤسسه که گاهی اوقات این مراجعه با سختی‌ها و مشکلات زیاد روبرو است.
- همچنین بنتلی (۱۹۹۰) در کتاب خود تحت عنوان مدیریت خدمات در منزل ضمن برشماری مراحل بازدید منزل و شیوه‌های فنی آن برای مددکاران، وظائف آنها را در کار با خانواده‌های جانبازان در محیط خانه موارد زیر می‌داند. [۹]
- ۱۳- شناسایی وضعیت اقتصادی جانباز و خانواده وی جهت طرح ریزی برنامه‌های حمایتی
  - ۱۴- برقراری ارتباط مؤثر و حرفه‌ای با جانباز و خانواده وی
  - ۱- ارزیابی نحوه ارتباطات بین جانباز و اعضای خانواده وی
  - ۱- ارزیابی وضعیت فرهنگی جانباز و خانواده وی
  - ۱- کمک به ایجاد سازگاری و انطباق جانباز و خانواده با وضعیت وی

- ۱- بررسی مشکلات و موانعی که به واسطه مسأله جانبازی در خانواده ایجاد شده است
- ۱- آموزش جانباز و خانواده وی جهت انجام مراقبت‌های لازم
- ۱- تهیه گزارش و درج در پرونده جانباز جهت اطلاع سایر اعضای تیم درمان
- ۱- کمک به ارتقای رفتارهای سازشی و بازتوانی و توانبخشی جانباز
- تحقیقات نسبتاً زیادی در خارج از کشور در مورد میزان اثر بخشی ارایه خدمات مددکاری در منزل به قربانیان ناشی از جنگ و خانواده‌های آنان صورت پذیرفته است. بعنوان مثال پریش (۱۹۹۳) اهمیت مراقبت‌های مددکاری در منزل در کار با خانواده‌های قربانیان از جنگ را در موارد زیر عنوان نموده است:
- ۱- مشارکت بهتر جانباز و خانواده وی در فرایند درمان و توانبخشی.
- ۱- از نظر اقتصادی این گونه خدمات مقرون به صرفه است.
- ۳- کیفیت درمان در جانبازان و خانواده‌های آنان رشد می‌یابد.
- ۱- جلوگیری از اتلاف وقت جانباز یا خانواده وی در عرصه درمان و توانبخشی.
- ۱- افزایش اعتماد خانواده جانباز به مددکار و سیستم درمان.
- ۱- افزایش سطح حمایت عاطفی خانواده از جانباز
- اگر چه در مورد اثر بخشی و کیفیت ارایه خدمات مددکاری به جانبازان در منزل هنوز تردیدهای جدی وجود دارد اما برخی صاحب‌نظران نظیر ترک و مسالوی (۱۹۹۲) معتقدند که با رعایت اصول صحیح مراقبت در منزل می‌توان کیفیت و اثر بخشی این رویکرد را در مقایسه با سایر رویکردها افزایش داد و صحیح نیست که ما این رویکرد را علی‌رغم همه مزایایی که دارد رها سازیم.
- حمایت‌های روانی مددکاران از جانبازان و خانواده‌های آنان دارای ابعاد مختلف می‌باشد. هنریکز این ابعاد را در ۶ دسته طبقه بندی نموده است. (هنریکز، ۱۹۹۳)
- ۱- بعد شناختی ۲- بعد عاطفی ۳- بعد رفتاری ۴- بعد ضمنی ۵- بعد زمانی ۶- بعد زمینه‌ای
- اول: بعد شناختی
- در بعد شناختی مددکار به جانباز و خانواده وی کمک می‌نماید تا:
- الف) امکانات، منابع و توانمندیهای خود (درونی) را بشناسند.
- ب) امکانات، منابع و توانمندیهای بیرونی و اطرافیان خود را بشناسند.
- ج) مددکار به معرفی مراکز و مؤسسات حمایتی مرتبط با جانبازان و فرزندان می‌پردازد.

د) مددکار به جانباز و خانواده وی کمک می‌نماید تا با موانع، محدودیت‌ها و کمبودهای موجود بیشتر آشنا شده تا در مواقع مقتضی منطقی و واقع بینانه تصمیم‌گیری نمایند.

حمایت در بعد شناختی مددکار بیشتر از طریق نقش مشاور و اطلاع‌رسانی وی میسر خواهد بود. (رودین ۱۹۹۸) اگر چه برخی از صاحب‌نظران معتقدند که نقش مشاوره‌ای و آموزش دهنده‌ای مددکار، در تمام ابعاد ۶ گانه مورد بحث قابل اجرا است. (برای اطلاع بیشتر مراجعه کنید به نتایج تحقیق گرولینک ۱۹۹۸، دیسی و همکاران ۱۹۹۷، ریان و همکاران ۱۹۹۷ و غیره)

دوم: بعد عاطفی

در این بعد مددکار به همدلی با جانباز و خانواده وی می‌پردازد. مددکار خود را در نگرانیها و مشکلات جانباز سهیم می‌پندارد و سعی می‌کند احساسات و هیجانات جانباز را به خوبی درک نماید.

در این نقش، مددکار به عنوان مشاور مجرب و آگاه سعی می‌کند زمینه و بستر لازم را برای مطرح شدن مشکلات جانباز و خانواده آنان فراهم آورد. مددکار در این نقش اصلاً در حدود قضاوت یا محکوم کردن یا تأیید نمودن ارزشها و هنجارهای جانبازان و خانواده‌های آنان بر نمی‌آید بلکه فرصتی را به آنان می‌دهد تا افکار و عقاید خود را آزادانه مطرح نمایند. (هنریکز ۱۹۹۳) [۱۱]

سوم: بعد رفتاری

در بعد رفتاری مددکار تأکید خود را بر بازتوانی و قادر سازی جانباز و خانواده وی معطوف می‌دارد. در این بعد مددکار سعی می‌کند روش حل مساله و نوع نگاه و بینش جانباز را نسبت به مشکلات تغییر دهد. کمک به اخذ تصمیم‌های منطقی و معقول در جانباز و آموزش روش تفکر منطقی به خانواده از جمله وظایف مددکار در این رابطه به شمار می‌رود.

در این مرحله جانبازان یا اعضای خانواده ممکن است واکنشهای دفاعی و مقاومت از خود در برابر هرگونه تغییر نشان دهند. وظیفه مددکار اینست که به علل واقعی نگرانی و مقاومت آنان پی برده و سعی کند به طریقی منطقی و عقلانی با مشارکت جانباز و اعضای خانواده وی آن را حل نماید.

چهارم: بعد ضمنی

در این مرحله تأکید مددکار بر استقلال جانباز و اعضای خانواده وی و عدم وابستگی آنان می‌باشد. مراقبت از فرزندان جانبازان در پیشگیری از گسترش آنها به سمت آسیبهای

اجتماعی و حفظ استقلال شخصی و هویت خانوادگی از جمله وظائف مددکار در این مرحله است.

در این مرحله مطابق آنچه که هاردی و کولمن (۱۹۹۹) مطرح نموده اند مددکار بر حضور خانواده و اطرافیان نزد جانباز و عدم طرد وی یا رفتارهای ناشی از بی اعتنایی به جانباز را به اعضای خانواده یادآور می‌شود. [۱۲]

تشویق و حمایت از حضور خانواده در مشارکت فرایند درمان و توانبخشی و تلاش برای افزایش ارتباطات سازنده جانباز با محیط پیرامون خود مدنظر مددکار در این مرحله قرار دارد.

پنجم: بعد زمانی

در این مرحله مددکار به یادآوری موفقیت‌ها و تجارب مثبت گذشته جانباز و خانواده وی می‌پردازد. معنادار کردن زندگی گذشته و فعلی جانباز و ارتباط دادن آن با زمان آینده مورد تاکید مددکار در این مرحله است. کمک به افزایش اعتماد به نفس و اتکالی نفس جانباز و خانواده وی از سوی مددکار دنبال می‌شود.

ششم: بعد زمینه‌ای

در این مرحله، مددکار به ارزیابی برنامه‌های مراقبتی و حمایتی خود از جانباز و خانواده وی می‌پردازد. ارزیابی نیازهای برآورده شده و برآورده نشده و بررسی موانع موجود برای رسیدن به آنها مورد عنایت مددکار می‌باشد.

در این مرحله ممکن است مددکار به اتفاق جانباز و خانواده وی یکبار دیگر مراحل حل مشکل را مورد بررسی قرار دهند. مددکاران برای این کار عمدتاً از روش‌های زیر استفاده می‌کنند. (دوچارتی و همکاران ۱۹۹۸) [۱۳]

۱- مشاوره فردی

۲- مشاوره گروهی با حضور تعدادی از جانبازان یا همسران یا فرزندان آنها برای بررسی مشکلات

۳- مشاوره خانواده با حضور جانباز و خانواده وی

۴- مشاوره تحصیلی برای بررسی وضعیت ادامه تحصیل جانباز یا همسر وی و اعضای خانواده به منظور شناسایی مشکلات موجود در سر راه تحصیل آنان و رفع موانع

۵- مشاوره شغلی به منظور ارزیابی مهارت‌ها و استعداد‌های جانباز و معرفی مراکز آموزش دهنده و نهایتاً انطباق شغل مورد نیاز و مناسب با مهارت‌های آموخته شده توسط جانباز

### نقش مشاور

در این نقش همانگونه که اشاره گردید مددکار از مهارت‌های مشاوره‌ای به منظور برقراری ارتباط مطلوب با جانباز و خانواده وی به منظور فراهم آوردن فرصتی برای طرح مسایل و مشکلات آنان استفاده می‌کند. گرولینک (۱۹۹۸) معتقد است که مددکاران نباید تمام وقت خود را صرف مطرح شدن مشکلات قربانیان ناشی از جنگ بپردازند بلکه با یک قدم پیشروی می‌توانند نظر آنان را نسبت به آینده جویا شوند. مددکاران از خانواده‌های قربانی جنگ خواهند خواست تا احساس و عقیده خود را نسبت به موضوع معلولیت سرپرست خود مطرح نمایند.

### نقش آموزش دهنده

در این نقش مددکار با به کارگیری روش‌های مددکاری جامعه‌ای نظیر برنامه ریزی اجتماعی، اقدام اجتماعی و توسعه محلی سعی می‌کند تا اطلاعات و آگاهی جامعه و اطرافیان جانباز را در مورد ارزش‌های جانبازان، نیازهای آنان، مشکلات گریبانگیر آنان، توانمندی‌های آنان و موضوعاتی از این قبیل افزایش دهند.

بدون شک رفتار صحیح و بدور از ترحم مردم با جانبازان ناشی از شناخت و آگاهی آنان از مقوله جانبازی و معلولیت است. بسیاری از مشکلات فعلی جانبازان و خانواده‌های آنان ناشی از عدم شناخت مردم از این جامعه است. (نگاه کنید به تحقیق انجام شده توسط نگارنده پیرامون میزان شناخت جامعه از نیازها و توانمندی‌های جانبازان، ۱۳۷۹)

### نقش توانبخشی

زعم کوهن، کارنپتر و هنریکز (۱۹۹۵) مددکاری اجتماعی حرفه‌ای است میان رشته‌ای که می‌تواند در امور مربوط به توانبخشی گروه‌های خاص فعالیت نماید.

مددکار در تیم توانبخشی یکی از اعضای اصلی و کلیدی است که می‌تواند در درمان و توانبخشی جانباز نقش مؤثری را ایفا نماید. [۱۴]

در این نقش مددکار رابط بین جانباز، خانواده، مؤسسه توانبخشی و اعضای تیم درمان است و می‌تواند اطلاعات مورد نیاز اعضای تیم درمان و نیز پیگیری‌های ضروری را انجام دهد.

مددکاران می‌توانند در زمینه‌های کاربردی و اشتغال جانبازان با توجه به ارزیابی‌های بعمل آمده توانایی‌های فعلی جانباز و انطباق شغل مورد نیاز آنان گام‌های اساسی بردارند.

### نقش برنامه ریز

این نقش مددکار بیشتر با روش مددکاری جامعه‌ای همخوانی دارد. در این نقش مددکار به عنوان کارشناس ستادی ناظر بر تصمیم‌گیری‌ها در برنامه‌ریزی‌هایی است که توسط محافل، انجمن‌ها، مؤسسات و نهادهای قانونگذار در ارتباط با جانبازان و خانواده‌های آنان وضع نمایند، می‌باشد. متأسفانه در حال حاضر در کشور ما قوانین واضح و مناسبی برای حمایت از جانبازان و خانواده‌های آنان وجود ندارد و یا ضمانت اجرایی لازم را ندارد. مددکاران می‌توانند با ایجاد احساس ضرورت و نیاز مسئولان به لزوم توجه بیشتر به جامعه جانبازان در این راستا نقش آفرین باشند.

### نتیجه‌گیری:

ضرورت ارائه خدمات مددکاری اجتماعی به جانبازان مورد قبول جامعه جانبازان، مسئولان و دولتمردان واقع شده است. مددکاران می‌توانند به سبب موضوعی مشکلات زیادی را از جانبازان و خانواده‌های آنان رفع نمایند. مددکاران اجتماعی برای انجام این رسالت، معتقدند که باید جایگاه واقعی آنان به مردم شناسانده شود. متأسفانه در حال حاضر تعداد مددکاران شاغل در مراکز مراقبت و توانبخشی جانبازان محدود می‌باشد. امید است تا با عنایت بیشتر مسئولان این حرفه بتواند بیش از پیش خدمات خود را به اقشار مختلف مردم بویژه جانبازان و خانواده‌های محترم آنان ارائه دهد.



## منابع و ماخذ:

- 1-McCollum,A,Margolin,C,Lieb.J.(1987 ),Consultation on psychoactive and social work with victim's of war 72 p,
- 2-Levy ,R (1995 ), Facilitating patient compliance and medical program , journal of social work in health care vol14 187p
- ۳- همان منبع قبلی
- 4-Gerhart (1990 )Caring for the chronic mentally ill , social work practitioner and anty-psy chotic medicattion, S.W journal 19 ,112-114
- 5-Campbell, Enhancing medication compliance for victim's of war , journal of Nervous mental illness,187-53-55
- 6-Davidson,M, Jamison, P (1993) Forms of atypical depression and their responds to antideressant druges,Psychiatry Research,17,87-95
- 7-Hepworth,D.H,roony,R.H,Larsen,J.A.(1997)Direct social work practice: Theory and skills (5<sup>th</sup>.ed.)Brooks/Cole pub.
- 8-Bentely,K.J ,(1990 ) Integrating psychopharmacology into social work curriculum. Journal of Theaching in social work,6,41-48
- ۹- همان منبع قبلی
- 10-Parish,J,(1993)Involuntary use of intervention:Pros, Innovations and Research,2,15-17
- ۱۱- همان منبع قبلی
- 12-Hatfield , A, B,(1998) colman ,T, Self –help groups in victim's of war,social work ,j ournal , Vol,17
- 13-Docherty,E, and all, social work and self-sacirificeion, Journal of rehabilitation,Vol,19
- 14-Cohen,D,and all, (1995) ,social work and psy chotropic druge tretments. Social Service Reviev, Vol 62,567-569.

## نقش مشاور در خانواده های جانبازان

مهدی عراقی. مریم

### خلاصه

جنگ همواره یک موضوع جدی و مختل کننده بهداشت عمومی جامعه است. از میان عوامل استرس زا شاید هیچ کدام به این اندازه شدید و وسیع نباشد. یکی از عوارض آن، ضایعات جسمی و روانی بر افراد جامعه است. از آنجا که هرفرد درون پایگاهی بنام خانواده زندگی می کند، این امر بر خانواده تأثیر بسزایی دارد. هرچه سطح بهداشت روانی خانواده بالاتر باشد، روابط اعضای آن به طور مثبت تری خواهد بود. اینجا، این سؤال مطرح می گردد که آیا وجود یک عضو معلول، آنهم در نقش نان آور و سرپرست خانواده، تأثیری بر روی اعضای خانواده بخصوص همسر و فرزندان دارد؟

یکی از موقعیت هایی که می تواند فشار فزاینده ای را بر افراد وارد آورد، موقعیتی است که طی آن یکی از افراد خانواده دچار نوعی بیماری یا اختلال می شود. در چنین شرایطی نه تنها فرد بیمار دچار مشکل شده بلکه اعضای خانواده او نیز به درجات متفاوت گرفتار بحران می شوند. بحران روانی جانباز، از آغاز ورود او به صحنه نبرد شروع شده و تا زمان حیات وی ادامه خواهد یافت. نتایج مشاهدات موجود نشان می دهد، در عموم جانبازان آسیب دیده، علی رغم گذشت سالها از بحران اولیه، اختلالات روانشناختی هنوز ادامه دارد. انتقال عوارض بحرانهای حل نشده به فرزندان جانبازان و ادامه آن تا نسلهای بعد می تواند زنگ خطر بزرگی محسوب شود. با ارائه خدمات مشاوره ای می توان جانباز و خانواده اش را برای مقابله با انواع بحرانها آماده نمود. وظیفه مشاور است که با کمک به جانباز و خانواده اش در بوجود آوردن تعادل میان استرس به وجود آمده و مکانیزم های سازگاری تلاش نماید. ترتیب دادن جلسات مشاوره برای بیمار به منظور ابراز احساس و عواطف، فراهم نمودن موقعیت برای آموزش دادن به خانواده جانباز به منظور پذیرش بیمارشان و جلب همکاری اعضای خانواده در مراقبت از وی از جمله اقدامات مناسب هستند.

برگزاری جلسات مشاوره ای خانواده در مانی با جانباز و خانواده اش دارای اهمیت و تأثیر بسزایی است. این خانواده ها اغلب به علت حضور یک عضو معلول که در انجام وظایف دچار مشکل شده، در انجام وظایف پایه مشکل دارند. اعضای این خانواده ها تصویر ضعیفی از خود دارند، بخصوص فرد معلول. در این صورت مشاور باید انگیزش افراد خانواده را در جهت برقراری رابطه صحیح با خود و با فرد معلول افزایش دهد تا بتوانند مسئولیتهای بیشتری را در رابطه با فرد معلول بپذیرند. اشاره ضمنی مثبت به انگیزه های اعضای خانواده در رابطه با مسئولیت تک تک آنها در قبال فرد جانباز (معلول) می تواند در دست یابی به این امر مفید باشد.

بیشتر فعالیتهای مشاوره ای باید در ارتباط با خانواده جانباز باشد. زیاد در یک خانواده سالم است که فرد می تواند روحیه و روان آسیب دیده خود را ترمیم نماید.

### مقدمه:

پدیده های اجتماعی همچون حلقه های یک زنجیر در ارتباطی تنگاتنگ و متأثر از هم هستند، و وقوع تحولات و دگرگونی یک حلقه، سایر حلقه ها را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. عوامل مختلفی وقوع این تغییرات و دگرگونی ها را در مانی می زند. یکی از این عوامل، جنگ و فشارهای ناشی از آن است.

جنگ، همواره یک موضوع جدی و مختل کننده بهداشت عمومی جامعه است. از میان عوامل استرس زا، شاید هیچ کدام به این اندازه شدید و وسیع نباشد. یکی از عوارض آن، ضایعات جسمی و روانی بر افراد جامعه است. تأثیری که تغییرات فیزیکی در روابط اجتماعی، اقتصادی، روانی و خانوادگی فرد باقی می گذارد مسئله قابل اهمیتی می باشد. از آنجایی که هر فرد درون پایگاهی به نام خانواده زندگی می کند، این امر بر خانواده تأثیر بسزایی دارد (بلوچی، ۱۳۷۵).

امروزه، مشاوران و روانشناسانی که در ارتباط با بهداشت روانی خانواده فعالیت دارند، به خانواده بعنوان پایگاهی مهم در حفظ و تداوم بهداشت روانی نگریسته، و اعتقاد دارند برای بهبود رفتار فرد ضروری است که ابتدا روابط او با خانواده مورد بررسی قرار گیرد. به صراحت می توان گفت که هر چه سطح بهداشت روانی خانواده بالاتر باشد، روابط اعضای آن به طور مثبت تری خواهد بود (خیاط جدیدی، ۱۳۷۹). حال این سؤال مطرح می گردد که آیا وجود یک عضو معلول آنهم در نقش نان آور و سرپرست خانواده، تأثیری بر روی اعضا، خانواده بخصوص همسر و فرزندان دارد؟

اگر چه معلولین جنگ مابا معلولین جنگی دیگر کشورها از بسیاری جهات من جمله اعتقادات مذهبی، روحیه شهادت طلبی و ارزش بودن جانبازی تفاوت دارند، ولیکن نباید تأثیرات ناخواسته مشکلات روانی جانبازان را بر روی خانواده هایشان بخصوص همسر و فرزندانشان نادیده گرفت. جانبازانی که به علت مجروحیت ناشی از جنگ تحمیلی دچار اختلالات روانی گشته اند، تأثیرات زینباری را بر اعضا خانواده خود خواهند داشت. فرشید فر (۱۳۶۸) با انجام پژوهشی بر روی خانواده های جانبازان مطرح نمود که، چون بیشتر استرسها بر خانواده جانباز وارد شده است، در نتیجه اختلالات و مشکلات پیچیده ای در ابعاد مختلف مجموعه خانواده ایجاد کرده است. نتایج حاصله نشان می دهد که خانواده درمانی تأثیرات بسیار مطلوبی در بازسازی و هدایت خانواده جانباز به منظور تحکیم خانواده دارد.

در باب تأثیر فرد جانباز و بر خانواده، باید خاطر نشان کرد که تغییرات تحولی در فرد، خانواده را متأثر می سازد. تأثیر عضوی از خانواده بر روی اعضا دیگر خانواده بدیهی و روشن است. بطوریکه امکان ندارد در یک خانواده شخص دچار مشکل شود و این مشکل بر دیگر اعضای خانواده تأثیر نداشته باشد. همه اعضای خانواده به این طریق به یکدیگر وابسته اند. مشکلاتی که به علت حوادث غیر منتظره از جمله بیماری و معلولیت بروز می کند، به عنوان بخشی از این رابطه ظاهر می شوند. ریشه مشکل هرچه باشد، به منظور رویارویی و پرداختن به آن لازم است که برخی تغییرات در خانواده صورت پذیرد (تبریزی. علوی نیا، ۱۳۸۲).

مشاورمی تواند اعضای خانواده را برای مواجهه با این تغییرات آماده کند، و یاینکه الگوهای ارتباطی و مراوده ای اعضا را بهبود بخشد تا خانواده بتواند با حضور فرد معلول نیز همچنان با موفقیت به حیات خود ادامه دهد.

بنابراین، بعلا اینکه خانواده های جانبازان در معرض استرس فراوان هستند، ضروری است بارائه خدمات مشاوره ای برای رویارویی با مشکلات ناشی از معلولیت به این خانواده ها که بطور مستقیم در معرض تبعات جنگ قرار گرفته اند، ادای دین نمود.

### خانواده و فرد جانباز (معلول)

معلولیت در بسیاری موارد کل خانواده را متأثر می سازد، و بر افراد خانواده که تشکیل دهنده آن هستند مؤثر واقع می شود. این امر می تواند بر انسجام خانواده اثر سوء داشته باشد. تغییر شکل جسمی فرد، ناتوانی جنسی و بطور کلی ناتوانی های جسمی می تواند تأثیرات منفی در خانواده بجانهد. بعضی اوقات موجب بروز ابهام و تضاد در ایفای نقش هادر خانواده می گردد، تا آنجا که ممکن است مرد خانه نشین و همسرش نان آور خانه شود، یا فرزند خود معلول ازاینکه

پدرش یارای بازی با او و یا رفتن به تفریح و ورزش را همانند سابق ندارد، احساس ناراحتی کرده و آنرا اظهار نماید و بدینگونه در رابطه ولی - فرزندی تأثیر گذارد. از طرف دیگر اطفال ممکن است از طریق همکلاسان یا دوستان خود متوجه حالت غیر طبیعی والد معلول خود شوند، و احساس ترحم همکلاسان و دوستان لطمه ای به عزت نفس و رابطه آنها با عضو معلول خانواده وارد آورد. از طرف دیگر، نقش خانواده معلول و اطرافیان وی در پیشگیری و یا کاهش تنشهای روانی وی انکار ناپذیر است. از طرف تلقی اعضای در مورد عدم توانایی فیزیکی او بسیار مهم است. جانباز زمانی که در بحران بسر می برد، بشدت نیازمند مراقبت و همدلی اطرافیان است. حمایت اعضای خانواده کمکی به وی برای سازگاری با بحران می باشد.

مشاور به اعضای خانواده کمک می کند تا رابطه ای صمیمانه و محبت آمیز با عضو جانباز برقرار کنند. ایجاد اعتماد و اطمینان بین معلول و اعضای خانواده اش که مراقبین وی هستند از جمله وظایف مشاور می باشد، که موجب تأمین آرامش روانی بیمار می شود. برقراری ارتباط اعضای خانواده با معلول، گوش دادن به صحبت های او و فراهم آوردن موقعیتی برای ابراز احساساتش، از جمله اقدامات مشاوره ای در باب حمایت از جانباز و خانواده اش می باشند، زیرا وقتی که جانباز می داند خانواده برای او ارزش قائل است و در هنگام بحران به کمک او می شتابد، بهتر و راحت تر می تواند بر حل مشکل توفیق یابد (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

باتشکل جلسات مشاوره خانواده، اعضای خانواده با کمک مشاور محیط پویایی رادر خانه برای جانباز فراهم می کنند. در این محیط همگان برای او ارزش خاصی قائل هستند، او را دوست دارند، بی ریا درصدد حل مشکلات برمی آیند، و جانباز را با تمام معایب خود مورد پذیرش قرار می دهند (اسلامی نسب، ۱۳۷۲).

اما اقدام دیگری که مشاور باید در زمینه ارتباط اعضای خانواده با فرد معلول انجام دهد، اصلاح برخی باورهای نادرستی است که ممکن است در خانواده وجود داشته باشد. من جمله:

- اگر مراقبت از شخصی را که برای مدت مدیدی بیمار یا معلول است به عهده گرفته اید، باید این کار را با مسرت و رضایت انجام دهید و هیچ هیجان ناخوشایندی را تجربه نکنید.
- هرگاه فردی که مدتهاست بیمار یا معلول است، به بیان احساسات یا افکار منفی بپردازد بدین دلیل است که شرایطش را نپذیرفته است.
- مسبب احساسات منفی در یک عضو خانواده، همیشه عضو دیگر خانواده است (تبریزی، علوی نیا، ۱۳۸۲).

مشاور در باره این باورهای غلط نمی خواهد در جلسه درمان به خانواده بفهماند که آنها راه اشتباهی را می روند ، بیشتر بلکه هدفش روشن کردن تدریجی نقطه نظر خانواده نسبت به مشکل است ، و سپس طرح سؤالاتی که اعضای خانواده را متوجه غیر منطقی بودن افکارشان نماید . در اینگونه موارد خانواده در واقع به کسی نیاز دارد تا اعمالش رابه وی نشان دهد. وقتی مشاور این کار را انجام داد، تفکر منطقی جایگزین تفکرات غیر منطقی خانواده می گردد .

### بحران در خانواده جانباز :

تعادل و موازنه میان استرس و مکانیزم های تطبیقی و سازگاری تلاش زیادی را می طلبد، یعنی انسان همواره درصدد حل مشکلاتش است . افراد بشردر طول زندگی زمانهایی دچار بحران می شوند و علت اساسی آن عدم تعادل بین میزان استرس ( تنشها ) و روشهای مقابله و مقاومت در مقابل آن است ( اسلامی نسب ، ۱۳۷۲ ) .

بحران زمانی به وقوع می پیوندد که مسئله یا موقعیتی که برای شخص بحران زده از اهمیت بالایی برخوردار است به یک عامل تهدید کننده تبدیل شود، و باروشهای معمول نتوان از آن رهایی جست، در نتیجه هیجان و تنش افزایش یافته ، قدرت تشخیص کاهش می یابد ، و رفتار دچار بی نظمی می شود. در این حالت شخص حتی درراه یابی برای حل مسئله وجود آمده خود را ناتوان می بیند ( اسلامی نسب ، ۱۳۷۳). از آنجا که افراد خانواده به خاطر تعاملاتی که باهم دارند برهم تأثیر گذارند، وقوع بحران برای یک عضو خانواده ، بر بقیه اعضا نیز تأثیر گذار است. از این رو علاوه بر اینکه مشکلاتی چون اضطراب ، افسردگی ، ترس ، احساس گناه ، و ناامیدی برای فرد بحران زده پیش می آید ، افراد خانواده هم درگیر این مشکلات می شوند.

بحرانهای خانوادگی ، مهارتهای بقاء یک خانواده را مورد آزمایش قرار می دهد. هنگامی که یکی از افراد خانواده بیمار می شود بحرانهای خانوادگی به وقوع می پیوندد. در آن هنگام که فشارهای روانی در خانواده موجود باشد ، احتمال بیشتری برای بیماری افراد وجود دارد . از طرف دیگر ، خانواده مهمترین منبع حمایت عاطفی در مواقع وقوع فشارهای روانی می باشد . یکی از موقعیتهایی که می تواند فشار فزاینده ای را بر افراد وارد آورد ، موقعیتی است که طی آن یکی از افراد خانواده دچار نوعی بیماری یا اختلال می شود. در چنین شرایطی نه تنها فرد بیمار دچار مشکل شده ، بلکه اعضای خانواده او نیز به در جات متفاوت و از جهات مختلف گرفتار بحران می شوند ( بلوچی ، ۱۳۷۵ ) .

بدون تردید ، بحران روانی جانباز از آغاز ورود او به صحنه نبرد شروع شده و تا زمان حیات وی ادامه خواهد یافت . نتایج مشاهدات موجود نشان می دهد ، عموم جانبازان آسیب دیده

بدرجات متوسط و بالا دچار اختلالات شدید روانشناختی هستند که علی‌رغم گذشت سالها از بحران اولیه هنوز هم ادامه دارد، و انتظاری رود با روندی که سیستم‌های خدماتی و حمایتی جامعه در پیش دارد نه تنها بهتر نشود بلکه آسیب‌های جدی هم متوجه وی و خانواده اش گردد. انتقال عوارض بحرانهای حل نشده به فرزندان جانبازان و ادامه آن تا نسلهای بعد می‌تواند زنگ خطر بزرگی محسوب گردد (اسلامی نسب، ۱۳۷۲).

بارائه خدمات مشاوره و مددکاری می‌توان فرد جانباز را برای مقابله بانواع بحرانهای آماده نمود. در این باب مشاور می‌تواند استعداد فرد را برای ابتلاء به بیماری روانی با توجه به زمینه‌های شخصیتی، خانوادگی و فرهنگی وی بسنجد و باین کار، او و خانواده اش را برای رویارویی با بحران آماده سازد. با توجه به اینکه بحران «اختلالی است در فرد که بدنبال حوادث تنش‌زایا به دنبال عوامل تهیه‌کننده انسجام روانی پیش می‌آید» (شفر، ۱۹۸۲)، وظیفه مشاور است که با کمک به جانباز و خانواده اش در به وجود آوردن تعادل و موازنه میان استرس واردآمده و مکانیزم‌های سازگاری تلاش نماید، و بآوردن آموزش در زمینه روشهای مقابله و مقاومت در برابر استرس به یاری جانباز و خانواده اش بشتابد. با مشاوره می‌توان هیجان و تنش اعضای خانواده را که بر اثر رویارویی با استرس افزایش یافته کاهش داد، و بآوردن آرامش قوه تشخیص افراد را بالابد.

ضربه عاطفی و روحی می‌تواند تعهدات افراد خانواده را در مقابل مسئولیت‌هایی که دارند کاهش دهد. بلا تکلیفی و پریشان‌خاطری حادث می‌شود و احتمالاً رهبری و ابتکار از بین می‌رود. افراد خانواده عموماً پریشان می‌شوند و هر یک به گوشه‌ای می‌روند و به کنجی پناه می‌برند، عزلت و انزوا جویی مانعی است که مشاور به خانواده کمک می‌کند تا از آن بگذرد. تدابیر در مانی شامل مبارزه بانزوای خانواده و کاهش بی‌ثباتی عاطفی و احساسی آنان و برقراری ارتباط مؤثر با خانواده می‌باشد. مشاور باید شهامت را در خانواده اعتلا بخشد و به آنها یاری دهد تا احساسات خود را در ک کنند (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

مشاور باید به این نکته توجه داشته باشد که، درمان بحران در خانواده شامل تمامی افراد خانواده می‌شود. خانواده که در آن اعضایش در یکدیگر تأثیر دارند به صورت یک نظام در نظر گرفته می‌شود. بحران ایجاد شده در خانواده در حقیقت بحرانی است که، برای یک یا تعداد معدودی از اعضایش آمده است ولی برتوازن خانواده مؤثر می‌باشد.

مشاور می‌تواند برای کمک به حل بحران فعالیتهای ذیل را انجام دهد:

- ۱- کمک به جانباز و خانواده اش تا درک واقع بینانه‌ای از واقعه پیش آمده داشته باشند. اگر اعضای خانواده دید واقع بینانه‌ای از حادثه داشته باشند، رابطه بین آنها و اضطراب درک

خواهد شد، و حل مشکل به گونه ای مناسب به سمت کاهش تنش و حل موفقیت آمیز آن انجام خواهد شد.

۱۹- سعی در همدل و همراه نمودن خانواده جانباز با وی، که سبب می گردد فرد جانباز احساس تنهایی نداشته باشد، زیرا که این احساس خود، موجب آسیب پذیری بیشتر فرد در برابر بحران می شود.

۱۹- بهبود بخشی مکانیزم های سازگاری جانباز و خانواده اش. مکانیزم سازگاری موجب کاهش یافتن اضطراب و کنار آمدن با مسئله پیش آمده می شود. این مکانیزم ها می توانند از نوع ادراکی، احساسی یا روحی - روانی باشند. مکانیزم های سازگاری در حفظ ثبات روحی- روانی و احساسی فرد مؤثر بوده، و می تواند تبدیل به جزئی از برنامه زندگی افراد خانواده گردد تا در برخورد با مسائل ناشی از معلولیت یک عضو راحت تر با عوامل تنش زا برخورد نمایند. وظیفه درمانگر در زمان بحران جانباز، مداخله در بحرانها با کمک به وی منظور ارضای نیازهایش است (اسلامی نسب، ۱۳۷۳).

ترتیب دادن جلسات مشاوره برای بیمار به منظور ابراز احساس و عواطف، فراهم نمودن موقعیت برای آموزش دادن به خانواده جانباز به منظور پذیرش بیمارشان، و جلب همکاری اعضای خانواده در مراقبت از وی، از جمله اقدامات مناسب هستند.

### استرس خانواده جانباز:

فردی که با حادثه ای ناگهانی دچار تغییرات فیزیکی می شود، بخصوص چنانچه این تغییر برای باقی عمر در اوباقی بماند دچار استرس می شود، و در اثر استرس ناشی از این تغییر ساختار فیزیولوژیک و روانی او از هم پاشیده شده و تحت فشار قرار خواهد گرفت. لازاروس، ۱۹۹۰، بیان نمود: «استرس تنها زمانی بروز می کند که افراد بر این باور باشند که یک موقعیت معین تقاضاهایی از آنها دارد که از توان آنها و منابع موجود آنها خارج است» (به نقل از تبریزی، ۱۳۸۲). استرس معادل وقوع حادثه و یا شرایط پیرامون آن حادثه نیست، و نیز چیزی نیست که درون فرد جای داشته باشد. استرس نتیجه تعامل بین فرد با خانواده با شرایطی است که آنها خود را در آن می یابند، بنابراین استرس زمینه ای است (تبریزی، علوی نیا، ۱۳۸۲).

اعضای خانواده باید در طول زمان، با فشارهای که منبع آنها استرس های قابل پیش بینی و استرسهای غیر قابل پیش بینی مانند: مرگ، بیماری، تصادف یا معلولیت یک عضو است، به مقابله برخیزند. هنگامی که استرس هابه وجود می آیند، اضطرابها به شدت در سیستم خانواده افزایش می یابد و ممکن است موجب اختلال در عملکرد سیستم شود.



استرس خانواده جانباز با سایر انواع استرس ها متفاوت است ، و دلیل آنرا باید در روابط متقابل افراد خانواده با یکدیگر جستجو نمود. در سیستم خانواده هریک از اعضا از هم تأثیر می پذیرند و برهم اثر می گذارند ، و بدیهی است در صورتی که فرد جانباز که معمولاً نقش اول خانواده را داراست دچار فشار روانی و استرس گردد تاچه حد سیستم خانواده را مختل می کند . برای بر خورد صحیح خانواده با وی ، لازم است که همه اعضای خانواده روشهای برخورد صحیح و سازگار شدن با موقعیت رادر جلسه مشاوره بیاموزند.

دردرون خانواده ، شیوه ارزیابی افراد گوناگون از استرس متفاوت است . این اختلاف خود نیز استرس آوراست . اگر استرس باقی بماند و تلاشهای مکرر برای مقابله با آن با شکست مواجه شود ، بر سلامت و سعادت خانواده تأثیر منفی خواهدداشت ، و توانایی های آنها برای مقابله با استرس های دیگر به شدت کاهش خواهدداد . برعکس اگر برخورد با یک موقعیت استرس آور موفقیت آمیز باشد ، می تواند باعث توانمندی و شادمانی خانواده شود ( تبریزی ، علوی نیا ، ۱۳۸۲ ). مشاور به خانواده جانباز کمک می کند تا به خوبی با یک موقعیت استرس آور مواجه شود. وظیفه مشاور اینست که در جلسه مشاوره با اعضای خانواده ، در وهله اول مشخص نماید که خانواده در برخورد با موقعیت استرس آور عضو معلول خویش چگونه می اندیشد و چه می کند. سپس افکار و رفتار اعضای خانواده رادر جهت سازگاری با استرس سوق دهد . سازگاری یا مقابله فعال ، دو عملکرد عمده دارد؛ تنظیم و یا کاهش هیجانات استرس آور، و تغییر وضعیت مشکل آفرین به وسیله رفتارهایی که تغییراتی ایجادکنند.

در رابطه با مقابله با استرس ، مشاور می تواند براهمیت احساس سعادت‌مندی و یا انعطاف پذیری در رابطه با شیوه خانواده برای ارزیابی یک حادثه تأکید نماید . این ارزیابی بدین منظور صورت می گیرد که آنها برای القای یک معانی محافظه کارانه براین حادثه به یکدیگر کمک نمایند، و سرانجام آن را ضمیمه سیستم ادراکی خود کنند (تبریزی ، ۱۳۸۲).

اگر بخواهیم به یکی از بازتابهای روانی استرس در افراد جانباز و معلول اشاره کنیم ، افسردگی فرد می باشد که بازتاب منطقی صدمات جسمی و روحی است که بروی وارد شده است، و انعکاس افکار و اندیشه هایی است که در مغز او وجود دارد . هنگامی که فرد جانباز ( معلول) واقعیت را پذیرفت و قبول کرد که چه بر سر او رفته است ، به فاز افسردگی گام می نهد . از این پس دو گام برای هر فرد در پیش روست ؛ یافرد معلول قادر خواهدبود خود را با واقعیت وفق داده و ناتواناییهای خود را بپذیرد ، یا قادر به این کار نبوده و در افسردگی باقی می ماند و افسردگی و اکنشی حاصل شده ، به بیماری افسردگی که یک مشکل روانی است تبدیل خواهدشد (خیاط جدیدی، ۱۳۷۹).

اساساً می توان گفت پیشگیری از افسردگی در معلولان و جانبازان ، مستلزم تنظیم برنامه هایی است که فرد رادر مبارزه با استرس های روزانه زندگی توانایی و مقاومت بیشتری بخشد . در این میان ، انجام مشاوره با خود جانباز و ترتیب دادن جلسات مشاوره خانواده درمانی باوی و اعضاء خانواده اش بسیار مثمر ثمر خواهد بود. در ابتدا با انجام مشاوره فردی با خود جانباز می توان انگیزه های گذشته رادر وی تقویت نمود. به او اعتماد به نفس داد. کمک کرد تا بتواند عزت نفس و امید خویش را بازیابد تا با برنامه ریزی در زمینه های زندگی خانوادگی ، شغلی و اجتماعی ، مهارت های جدیدی را کسب کند.

### خانواده درمانی خانواده جانباز :

برگزاری جلسات مشاوره ای خانواده در مانی با خود جانباز و خانواده وی ، دارای اهمیت و تأثیر بسزایی است . خانواده و مشاور به یکدیگر مشارکتی را پی ریزی می کنند که هدف مشترک آن کما بیش تعیین و تنظیم شده است ؛ یعنی رها نیدن فرد معلول از استرس ، کاهش تعارض و فشارروانی بین کلیه اعضای خانواده ، و آموختن راه های جدید از عهده برآیی (بهاری، سیا ، ۱۳۸۱).

در این گونه خانواده ها ، معمولاً بعلت درگیر شدن اعضای خانواده با معلولیت یک عضو ، تعاملات اعضای خانواده به طریقی که برای اعضا ارضا کننده و عملی نیست مبادله می شود . هدف مشاور خانواده اینست که خانواده رادر کشف اطلاعاتی که به تشکیل عقاید ، احساسات ، رفتارها و یا تعاملات جدید کمک می کند یاری دهد . یک تغییر کوچک در جایی از سیستم خانواده می تواند به تغییر قابل ملاحظه ای در میان اعضای خانواده منجر شود (تبریزی ، ۱۳۸۲) . وقتی مشکلات خانواده مشخص شدند ، ضرورت دارد که در مانگر و خانواده توافق کنند که نقش های اعضای خانواده برای حل مشکلات به چه نحو باید تغییر کنند. در این زمینه می بایست اعضای خانواده رابه این نکته واقف کرد که ، آنچه بیش از همه باعث رنج جانباز یا معلول می شود آنست که نمی تواند از عهده وظایف پایه ای خویش در خانواده برآید . مخصوصاً در نقش پدر خانواده ، و بهمین دلیل احساس ضعف و ناتوانی دارد . در وهله اول ، درمانگر می تواند اعضای خانواده را متوجه سه گونه وظایف در درون خانواده نماید ؛ وظایف پایه ، وظایف تحولی ، و وظایف بحرانی. روشن است که هر عضوی از افراد خانواده دارای یکسری وظایف مخصوص به خود می باشد که به آنها وظایف پایه گفته می شود . گاه با تغییر افراد یا موقعیت خانواده ، وظایف هم تغییر می کند که از آنها به عنوان وظایف تحولی یاد می شود. اما گاه خانواده با یکسری بحرانها روبرو می شود، مانند مرگ یکی از اعضا ، بیماری یا معلولیت یک عضو . در این صورت وظایف

اعضاء فرق می کند که به آنها وظایف بحرانی گفته می شود. وظایف پایه، تحولی، و بحرانی سلسله مراتبی دارد. اگر وظایف پایه به خوبی انجام نگیرد ممکن نیست که دیگر وظایف تحولی و بحرانی به نحو مطلوب صورت پذیرد (دهقانی، دهقانی، ۱۳۷۵). در درمان مشکلات انجام وظیفه که خانواده های دارای عضو جانباز یا معلول با آن روبرو هستند می توان از شیوه های مستقیم درمانی در جلسه مشاوره بهره برد. در برخورد با این خانواده ها، قدم نخست در جلسه مشاوره، برقراری رابطه حسنه و جلب اعتماد خانواده نسبت به درمانگر است. این خانواده ها اغلب به علت حضور یک عضو معلول که در انجام وظایفش دچار مشکل شده، در انجام وظایف پایه مشکل دارند. اعضای این خانواده ها تصویر ضعیفی از خود دارند، بخصوص فرد معلول که مدام احساس می کند از طرف سایر اعضای خانواده مورد انتقاد است (اسلامی نسب، ۱۳۷۳). در اینصورت باید انگیزش افراد خانواده را در جهت برقراری رابطه صحیح با خود و با فرد معلول افزایش داد، تا بتوانند مسئولیتهای بیشتری را در رابطه با فرد معلول یا جانباز بپذیرند، و در رابطه با وی از انعطاف بیشتری برخوردار شوند. همچنین قدرت اوراد درون خانواده به رسمیت بپذیرند. اشاره ضمنی مثبت به انگیزه های اعضای خانواده در رابطه با مسئولیت تک تک آنها در قبال فرد جانباز یا معلول می تواند در دست یابی به این امر مفید باشد.

#### نقش پیشگیرانه مشاور :

نقش دیگری که مشاور می تواند در ارتباط با افراد جانباز داشته باشد نقش پیشگیرانه است. پیشگیری محور روانی یک معلول را بخوبی می تواند سامان دهد یا دست کم پس از معلولیت، از پیشرفت آن یابانه زبانی دیگر از معلولیت ثانویه جلوگیری کند. محور روانی فرد معلول در بیشتر موارد می تواند به دو گونه بروز کند؛ یکی در حول خلق و خوی خوش بینانه یا باشاش، و دیگری پیرامون خلق و خوی بدبینانه و حقارت آمیز.

پیشگیری، معلول را سریعتر با خانواده و جامعه تطبیق می دهد، همچنین می تواند مسیر تحول شخصیت معلول را هموار تر نماید، به همین منظور رنج مضاعف یک معلول هنگامی که پیشگیری به فریادش برسد کاهش می یابد. پیشگیری از آنجا که ریشه نقص عضو را می خشکاند، انتظار بیهوده عوام را از فرد معلول کمتر می کند، زیرا در چنین شرایطی فرد معلول دیگر لازم نیست هم خود را قانع کند و هم اطرافیانش را، پیشگیری در این زمینه انتظار خانواده را نیز از او کاهش می دهد، و به جایی می رسد که دوبار رنج بردن معلول را به یک بار کاهش می دهد (یوسف زاده دوانی، ۱۳۷۶).

این پیشگیری باید بر دو موضوع متمرکز باشد؛ اول، عوامل خطر آفرین که احتمال شروع شدت و مدت اختلالهای رفتاری و روانی این افراد را افزایش می دهد. دوم، عوامل بازدارند که شامل شرایط و عواملی است که ایستادگی و مقاومت فرد را در برابر خطر اتفاق افتادن آن مشکل رفتاری دو چندان می کند (دهقانی، دهقانی، ۱۳۷۵).

اگر عوامل خطر آفرین وجود داشته باشد و عوامل حمایتی برای افزایش مقاومت فرد وجود نداشته باشد، فرد به اختلال رفتاری مبتلا می شود. اگر فرد جانباز احساس شکست کند و هویت توفیق نداشته باشد و از زندگی احساس رضایت ننماید، در معرض مشکلات رفتاری قرار می گیرد.

عوامل خطر آفرین برای این افراد عبارتند از:

- ۱- نداشتن رابطه ای بازو صمیمی در خانواده
  - ۲- احساس نارضایتی شغلی
  - ۳- نداشتن برنامه برای اوقات فراغت
  - ۴- مشکلات اقتصادی
  - ۵- اردست دادن سیستم ارزشی خود
  - ۶- بی مسئولیتی و احساس شکست
- (دهقانی، دهقانی، ۱۳۷۵).

یک برنامه پیشگیرانه مشاوره ای ابتدا باید به عوامل خطر آفرین توجه کند، ضمن ارائه راه حلها و اقدامات مؤثر مشاوره ای از عوامل خطر آفرین جلوگیری نماید. برنامه موفق پیشگیری برای جانبازان و معلولین و خانواده های آنها می تواند شامل این فعالیتها باشد:

- ۱- کمک به رشد مهارتهای سازگاران
- ۲- رشد عزت نفس
- ۳- ایجاد گروههایی حمایتی
- ۴- تشکیل جلسات خانواده درمانی
- ۵- آموزش مهارتهای زندگی
- ۶- آموزش مهارتهای حل مسأله
- ۷- مشاوره فردی
- ۸- مشاوره گروهی

#### نتیجه:

همانطور که در متن مقاله اشاره گردید؛ معلولیت جسمی جانبازان بر روح و روان آنان تأثیر گذار بوده و ممکن است آنان را دچار اختلالات روانی و رفتاری نماید، در نتیجه عملکرد آنان در جامعه دچار اختلال می شود. مشکلات روانی جانبازان اثرات زیانباری را بر اعضای خانواده شان بخصوص همسر و فرزندان شان می گذارد. ممکن است بهداشت روانی اعضای خانواده جانباز با مشکلات خاصی مواجه شود. در این رابطه مسئولین و متولیان امور جانبازان، می توانند با ارائه خدمات مشاوره ای و مددکاری فرد جانباز و خانواده اش را برای مقابله با انواع بحرانهای ناشی از معلولیت آماده نمایند.

در این باب، مشاور می تواند استعداد فرد را برای ابتلا به بیماری روانی با توجه به زمینه های شخصیتی، خانوادگی و فرهنگی بسنجد، و باین کار او و خانواده اش را برای رویارویی با بحران های پیش بینی نشده آماده سازد. کمک به فرد جانباز و خانواده اش برای درک واقع بینانه ای از مشکل پیش آمده، همراه و همدل نمودن خانواده جانباز با وی، کمک به رشد مهارت های سازگاران، رشد عزت نفس، و آموزش مهارت های زندگی، از جمله اقدامات حمایتی مشاور از خانواده جانباز می باشد. در پایان باید خاطر نشان نمود که برای کمک به فرد جانباز هیچ پایگاهی بهتر از خانواده وجود ندارد، زیرا در یک خانواده سالم است که فرد می تواند روحیه و روان آسیب دیده خود را ترمیم نماید.

#### منابع:

- اسلامی نسب، علی. «روانشناسی سازگاری» چاپ و نشر بنیاد. چاپ اول، (۱۳۷۳).
- اسلامی نسب، علی «روانشناسی جانبازی و معلولیت» انتشارات صفی علیشاه. چاپ اول، (۱۳۷۲).
- بلوچی، پروین. «فشار روانی» شفر، مارتین. انتشارات پاژنگ، (۱۳۷۵).
- بهاری، فرشاد. سیا، فرح. «فنون خانواده درمانی» مینوچین، سالواد. فیشمن، اچ چارلز انتشارات رشد. چاپ اول، (۱۳۸۱).
- تبریزی، مصطفی. علوی نیا، علی. «مشاوره خانواده» استرلیت، ادی. انتشارات فراروان. چاپ پنجم، (۱۳۸۲).
- خیاط جدیدی، حبیبه. «پایان نامه بررسی اختلالات روانی جانبازان اعصاب و روان با وضعیت روانی همسرانشان» دانشگاه تربیت معلم، (۱۳۷۹).
- دهقانی، محسن. دهقانی، زهره. «خانواده درمانی پایه» بارکر، فلیپ انتشارات رشد. چاپ اول، (۱۳۷۵).
- فرشید فر. «بررسی استرس های ناشی از جنگ بر روی جانبازان و تأثیر خانواده درمانی» خلاصه مقالات سمپوزیوم. (۱۳۷۶)
- یوسف زاده دوانی، منصور. «روانشناسی معلولین» انتشارات سرور. چاپ اول، (۱۳۷۱).

## نقش تجهیزات حرکتی در کیفیت زندگی خانواده معلولین جسمی - حرکتی

علامی. مصطفی

گروه پژوهشی تجهیزات پزشکی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

### چکیده

هدف مقاله حاضر، بررسی تأثیر معلولیت در کیفیت زندگی خانواده معلولین و ارائه راه کارهایی در جهت بهبود کیفیت زندگی خانواده آنان است. خانواده نزدیک ترین واحد حیات به انسان است و اکثریت قریب به اتفاق انسانها در خانواده به دنیا می آیند و باز، خود نیز خانواده ای بنا می کنند و تمامی عمر را در آن به سر می آورند. بروز معلولیت در هر یک از اعضای خانواده، پیامدهای خانوادگی خاص خود را نیز به دنبال خواهد داشت که موجب کاهش سطح کیفیت زندگی معلول و خانواده او خواهد گردید. جهت ارائه راه کارهایی در راستای بهبود کیفیت زندگی خانواده معلولین از رویکرد توانبخشی استفاده می کنیم و بطور خاص تأثیر تکنولوژی های نوین در وسایل کمکی حرکتی را در کیفیت زندگی خانواده معلولین حرکتی بررسی می نماییم.

### مقدمه

رویکردهای نوین توانبخشی، مشکل معلولیت را از یک تراژدی فردی به یک مسأله اجتماعی تغییر داده است. در این نگرش، معلولیت، محدودیتی است از طرف جامعه که مانع مشارکت این افراد در زندگی اجتماعی می شود. اهداف در توانبخشی امروز، از دست یابی معلولین به نهایت توانایی فردی فراتر رفته، زندگی اجتماعی و الحاق آنان را به جامعه مد نظر قرار داده است. هدف، ارائه خدماتی است که باعث ارتقای کیفیت زندگی معلول و خانواده او شود و همگام با توسعه اجتماعی، فرصت های مساوی را برای معلولان و خانواده آنها فراهم نماید.

### تعاریف و مفاهیم

خانواده ، کیفیت زندگی و معلولیت از جمله مفاهیمی هستند که دانشمندان تعاریف متعدد و گوناگونی برای آنها ارائه نموده اند.

خانواده گروهی است اجتماعی و متشکل از افرادی که دارای روابط سببی (زن و شوهر) ، احیاناً نسبی (در صورت وجود فرزندان) و گاه فرزند پذیری با یکدیگرند. ویژگی اساسی خانواده، تداوم زمانی و مشروعیت اجتماعی آن است. خانواده، واحدی چند ساحتی است، بدین معنی که از ابعاد اقتصادی، روانی ، جامعه شناختی و ... برخوردار است.

کیفیت زندگی عبارت از ارزیابی ذهنی هر فرد از میزان خوشبختی خود با توجه به معیارها و ارزشهای فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خویش و محیط پیرامون می باشد. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را چنین تعریف می کند: درک فرد از موقعیت زندگی خویش ، تحت تأثیر سیستم فرهنگی و ارزشی است که در آن زندگی می کند. براساس همین تأثیر ، اهداف ، انتظارات ، استانداردها و خواسته های فرد، به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی ، میزان استقلال ، روابط اجتماعی و اعتقادات فرد است.

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است و مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد، با توجه به شرایط سنی، جنسی ، اجتماعی و فرهنگی، نرمال و طبیعی تلقی می گردد. به عبارت دیگر معلولیت عبارت است از فقدان یا کاهش فرصتها برای سهمیم شدن در زندگی اجتماعی ، در سطحی برابر با دیگران .

### کیفیت زندگی و پیامدهای خانوادگی معلولیت

امروزه کیفیت زندگی یکی از شاخصهای ارزیابی خدمات توانبخشی و برنامه های بهداشتی و رفاهی محسوب می شود. صرفاً فقدان بیماری و عارضه خاص ، تعریف سلامتی تلقی نمی شود و با گسترده تر شدن تعریف سلامتی و لحاظ شدن وضعیت مطلوب جسمی ، روانی ، اجتماعی و توجه همه جانبه به فرد در این تعریف ، دیگر، شاخصهای اقتصادی نمی توانند گواه آسایش و رفاه باشند در حالیکه شاخص کیفیت زندگی پاسخگوی تمام این شرایط و معیاری برای ارزیابی تمام آنهاست.

عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در ابعاد عینی شامل سن، جنس، جایگاه اجتماعی و اقتصادی ، ارتباط اجتماعی، درآمد ، مسکن ، اشتغال ، قابلیت های رفتاری، مهارتهای

اجتماعی، تواناییهای عملکردی و بیولوژیکی وضعیت سلامتی و روحی افراد می باشد. این عوامل در ابعاد ذهنی در برگیرنده درک انسان از کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، استقلال و ویژگی درون گرایی یا برون گرایی فرد است. در ارزیابی کیفیت زندگی، انسان محور بودن، اساس و پایه سنجش قرار می گیرد. در این رابطه معیارهای کاملاً مشخصی برای کیفیت زندگی در نظر گرفته نشده، اما نیازهای اساسی، ثانویه و ثالثیه می توانند به عنوان معیار مورد توجه قرار گیرند. نیازهای اساسی مانند غذا، لباس و سرپناه بعنوان شرایط حداقل و ابتدایی ترین ضرورت زندگی مورد پذیرش واقع شده اند. نیازهای ثانویه در برگیرنده ضرورت‌های زندگی اجتماعی هستند مانند آموزش، اشتغال، امنیت جسمانی، روانی و اجتماعی و نیازهای ثالثیه، آزادی، عدالت، ایجاد فرصتهای مساوی، احساس انجام کار و آرامش را مطرح می کند.

قابل ذکر است مسأله کیفیت زندگی ارتباط زیادی با مسایل فرهنگی دارد. افکار، تصورات، ارزشها، آرمانها و اولویتهای انسان درباره یک جامعه مطلوب، تحت تأثیر مسایل فرهنگی شکل می گیرد. اگرچه پاره ای از مسایل فرهنگی قابل تعمیم به جوامع مختلف است اما یک استاندارد مشخص از کیفیت زندگی برای تمام فرهنگها وجود ندارد. احساس محرومیت نسبی است، پیشرفت و امیدواری، نقش مهمی در شکل دادن درک مردم از کیفیت زندگی دارد. معلولیت، پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی را به دنبال دارد. باتوجه به اینکه خانواده انسانی گذشته از وظیفه کودک زایی و کودک پروری، کارهای دیگری مانند تولید اقتصادی، پرورش و آموزش را نیز بر دوش دارد و از سویی دیگر محل بازتاب احساسات است، معلولیت در اکثر موارد غالب کارکردهای خانواده را متأثر میسازد و برافراد خانواده که تشکیل دهنده آن هستند، مؤثر واقع می شود. این امر میتواند بر انسجام خانواده اثر سوء داشته باشد و موجب بروز ابهام و تضاد در ایفای نقشها، فشار اقتصادی، شکاف در روابط خانوادگی و تشنج در خانواده گردد.

توانایی خانواده برای مراقبت و حمایت از یک عضو ناتوان و وابسته، بستگی به سه

عامل دارد:

وضعیت اقتصادی اجتماعی، سیستم تأمین اجتماعی حامی از خانواده و ماهیت واحد خانواده. رابطه بین معلولیت و فقر کاملاً محرز شده است. در حالیکه خطر اختلال برای اقشار، فقر زده خیلی بیشتر است، عکس این مطلب نیز صحیح است. وقوع معلولیت در هر یک از اعضای خانواده، غالباً بخش عمده ای از منابع مالی و غیر مالی خانواده را به خود اختصاص می دهد و روحیه افراد خانواده را تضعیف می کند و بدین طریق آنان را بیش از پیش در فقر و تنگدستی غوطه ور می سازد. برای خانواده های تهیدست، ناتوانی تحت شرایط فقر می تواند



باعث آسیب پذیری دایم و فراهم آوردن یک زندگی عاری از حتی ابتدائی ترین شئون انسانی باشد. محرومیت اقتصادی، انتخابهای اجتماعی را نیز محدود میکند و منجر به احساس بی کفایتی و ناتوانی در اثر گذاری بر جهان خارج می شود.

از سویی دیگر، میزان فشاری که خانواده باید تحمل کند، بسته به سیستم تأمین اجتماعی جامعه ای که خانواده در آن زندگی می کند به میزان قابل توجهی تغییر می کند. وابسته بودن، خواه وابستگی مالی یا وابستگی به خدمات و مراقبتهای بهداشتی، در جامعه ای که فاقد قوانین رفاه اجتماعی است، فشار بیشتری را بر خانواده فراهم می آورد.

ماهیت واحد خانواده نیز تأثیر بسزایی در میزان حمایت خانواده از معلولین دارد. در گذشته، بویژه در جاهایی که هیچ منبع حمایتی دیگری وجود نداشته، این خانواده بوده است که به طور سنتی برآورنده نیازهای اعضای ناتوانش بوده است. با تغییر در ساختار اجتماعی و انتقال از خانواده های گسترده به خانواده های هسته ای باعث به وجود آمدن مشکلاتی شده است و توانایی خانواده ها را در ارائه حمایتهای لازم تضعیف نموده است.

### بهبود کیفیت زندگی خانواده معلولین، استراتژیها و تدابیر

در استراتژیهای مراقبت از افراد ناتوان، خانواده نقش حیاتی دارد. نقش خانواده نه تنها در استراتژیهای ارائه شده از سوی گروه ها و کشورها، بلکه در خط مشی های «برنامه جهانی واکنش» و سازمانهایی از قبیل UNICEF و WHO نیز اهمیت روزافزونی می یابد. با این وجود، مقصود از این تاکید و اهمیت، آن نمی باشد که خانواده به حال خود رها شود تا به تنهایی مسئولیت مراقبت و حمایت از افراد ناتوان را به عهده بگیرد بلکه خانواده معلولین نیز می بایست مورد حمایت قرار گیرند. در بند ۱۷ «برنامه اقدام جهانی برای معلولین» آمده است: در خانواده ها و جوامع معلولین، منابع مهمی برای توانبخشی آنان وجود دارد. بنابراین هر اقدامی که برای بهبود وضع معلولین صورت می گیرد باید به گونه ای باشد که آنانرا از خانواده هایشان جدا نکند و امکان دهد که در جامعه و اجتماع خود زندگی کنند و خانواده ها و انجمنهایی را که با این هدف مشغول به کارند مورد حمایت و پشتیبانی قرار دهد. ضروری است در تهیه و تدوین برنامه های توانبخشی و پشتیبانی آنها، آداب و رسوم و ساختار خانواده و جامعه در نظر گرفته شود و تواناییهای آنها در پاسخگویی به نیازهای معلولین افزایش یابد.

بهترین شیوه حمایت و بهبود کیفیت زندگی معلولین می تواند در قالب خدمات تأمین اجتماعی مناسب و براساس اصول توانبخشی صورت پذیرد تا معلول و خانواده او بتوانند از خدمات توانبخشی پزشکی، حرفه ای، آموزش و اجتماعی بهره کافی ببرند.

### کاربرد وسایل کمک حرکتی در بهبود کیفیت زندگی معلول و خانواده او

معلولیت‌های حرکتی شامل انواع معلولیت‌های دستگاه حرکتی و اعصاب است، بالاترین میزان شیوع در معلولیت‌های پایدار را داراست. میزان شیوع معلولیت حرکتی در جمعیت سال ۱۳۷۹ در ایران، در اثر عامل جنگ  $0/7 \pm 6/7$  و در کل  $2/2 \pm 68/2$  در ۱۰،۰۰۰ نفر برآورد شده است.

نقص حرکتی، محدودیتی فیزیکی است که بر توانایی ایستادن، راه رفتن و جابجایی انسان اثر می‌گذارد و با توجه به محل، وسعت و شدت آن موجب شکل‌گیری ناتوانی‌های متعددی در فرد می‌شود. در اثر این نقص فعالیت‌های روزمره، حرفه‌ای و اجتماعی فرد، دچار اختلال شده، استقلال فردی او کاسته می‌شود و در موارد شدید مانند کوادری پلژی، فرد ناتوان، حتی برای برآورده ساختن نیازهای فیزیولوژیک خود مانند غذا خوردن به دیگران وابسته می‌شود.

نتایج زیر در تحقیق انجام شده بر معلولین ضایعه نخاعی امریکا در سال ۱۹۹۶ حاصل شده است:

- ۱- بیش از نیمی از افراد کل نمونه (۵۶ درصد) اظهار داشته‌اند که در فعالیت‌های روزمره به کمک نیاز دارند.
- ۲- در هشت نوع فعالیت روزمره مورد سؤال، بیشترین احتمال نیاز به کمک در فعالیت دسترسی به اشیاء (۵۳ درصد از کل نمونه) و پس از آن به ترتیب وارد و خارج شدن از وان حمام یا از زیر دوش (۴۴/۸ درصد)، استحمام (۴۲/۸ درصد) موارد و پیاده شدن از صندلی یا ویلچر (۴۱/۸ درصد)، وارد و خارج شدن از بستر (۴۰/۸ درصد) وارد و خارج شدن از توالت (۳۸/۲ درصد)، جابجایی در خارج از خانه یا آپارتمان (۳۲ درصد) و جابجایی در خانه یا آپارتمان (۱۲/۴ درصد) اظهار شد.
- ۳- کمی بیشتر از دو سوم افرادی که به کمک نیاز داشته‌اند اظهار داشتند که از اعضای اصلی خانواده اینگونه کمک‌ها را دریافت می‌نمایند که در این میان همسر فرد (۳۵ درصد) یا والدین (۲۵ درصد) بیشترین عمومیت را داشته‌اند. بهره‌گیری از وسایل کمکی در فعالیت‌های روزانه معلولین، موجب افزایش استقلال فرد در بسیاری از فعالیت‌ها گردیده، رضایتمندی و افزایش کیفیت زندگی فرد و خانواده او را به دنبال دارد. برخی از این سیستمها عبارتند از:

- ۱- سیستمهای ایستایی و ویلچرهای الکترونیک که محدوده دسترسی معلولین حرکتی را افزایش داده، علاوه بر منافع درمانی، مشارکت فرد ناتوان را در انجام امور روزانه همچون کارهای منزل میسر می سازد. از قبیل این وسایل می توان به Walking aid و electronic wheelchair اشاره نمود.
- ۵- وسایل و ویلچرهای استحمام که استقلال معلول را به هنگام استحمام افزایش می دهد و انجام فعالیتهای فوق را برای همیار وی تسهیل می نماید.
- ۵- بالابرهاى متحرک و سقفی که جابجایی معلول را بین دو سطح غیر پیوسته برای وی و نیز خانواده او بسیار آسان می کند.
- ۵- اصلاحات وسایل نقلیه که جابجایی فرد از ویلچر به وسیله نقلیه و بالعکس و نیز بارگیری ویلچر او را ممکن ساخته، از آمدن فشارهای غیر متناسب برای اعضای خانواده ناشی از وزن معلول و ویلچر او پیشگیری می نماید.
- ۵- دوچرخه ها ، سه چرخه ها و ویلچرهای تفریحی و ورزشی و سیستمهای کمک رانش ویلچرهای مکانیکی که امکان تفریح و ورزش را برای معلولین حتی همراه با خانواده میسر می سازد.

### نتیجه

بروز معلولیت در یک خانواده ، موجب پیامدهای روانی ،اجتماعی و اقتصادی در خانواده گردیده، در صورت عدم حمایت کافی ، کیفیت زندگی خانواده کاسته می شود و در موارد حاد می تواند موجب از هم پاشیدگی بنیان خانواده گردد. حمایت از خانواده معلولین می بایست بر پایه فرهنگ خانواده و براساس اصول علمی توانبخشی و وضع قوانین و حمایتهای تأمین اجتماعی صورت پذیرد.

وسایل کمکی حرکتی می توانند با افزایش استقلال فردی فرد و کاستن از نقش خانواده خصوصاً در انجام فعالیتهایی که عوارض جسمانی در بردارد، و نیز امکان مشارکت بیشتر معلولین در فعالیتهای ورزشی و تفریحی و فعالیتهای روزانه همراه با خانواده ،تأثیر بسزایی در افزایش کیفیت زندگی معلولین و خانواده آنها داشته باشند.

**منابع**

- ۰- مبانی توانبخشی ، سید مجید میرخانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
  - ۲- برنامه اقدام جهانی برای معلولین ، ترجمه مهدی بابائی اهری ،انتشارات سازمان مشاور فنی مهندسی شهر تهران
  - ۰- ناتوانی : وضعیت ، استراتژی ها و تدابیر، ترجمه جواد صالحی، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
  - ۰- روانشناسی جانبازی و معلولیت ، علی اسدی نسب ، انتشارات صفی علিশاه
  - ۵- مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده ،باقر ساروخانی ، انتشارات سروش
  - ۰- زمینه جامعه شناسی - ا.ح. آریان پور - شرکت سهامی کتابهای جیبی
- 0- Wheelchair Selection and Configuration, Rory A. Cooper
  - 0- Direct and Indirect costs of spinal cord injury
  - 0- Internet searches

## نقش تجهیزات پزشکی در کیفیت زندگی جانبازان

پور آقایی . مریم

### مقدمه:

به طور کلی به کلیه کسانی که در راه انقلاب و حفظ دستاوردهای آن دچار آسیب جسمانی، روحی و روانی شده و مورد تأیید مراجع ذیصلاح قرار گیرند جانباز تلقی می‌شوند. کشور ایران پس از انقلاب اسلامی و در دوران دفاع مقدس آماج انواع حملات و تهاجمات دشمنان بوده و قریب سیصد هزار نفر از مردان و زنان و کودکان این سرزمین، سلامت جسمی و روحی و روانی خود را در راه دفاع از کشورمان فدا نموده‌اند. جانبازان از نظر عضویت دو گروه می‌باشند:

۹- رزمندگان سلحشور و پرسنل یگانهای رزمی که در زمان جنگ به جبهه‌ها اعزام شدند .  
۲- نیروهای مردمی که در اثر حملات هوایی و یا در حال خدمت رسانی به جبهه‌ها مجروح شده‌اند و با ارائه صورت سانحه و گواهی مجروحیت جانباز تلقی می‌شوند.

فرد جانباز مصداق آیه « یؤثرون الحیوه الدنیا عن الاخره » است یعنی کسی که زندگی دنیوی خویش را در راه رضای خدا و بدست آوردن سعادت و خوشبختی اخروی ایثار کرده است و از نظر قرآن « ایثار بسی نیکوتر و پسندیده تر از انفاق است » و ایثار جان بسی والاتر و برتر از ایثار مال است و برترین درجه ایثار شهادت در راه خداست.

یکی از اثرات جبران ناپذیر جنگ تحمیلی بر کشور ایران، علاوه بر شهادت نیروهای فعال و جوان و مسئول و متعهد، بر جا ماندن تعداد زیادی شهید زنده یا جانباز در سراسر کشور می باشد. اداره کل جانبازان وابسته به سازمان امور جانبازان با معاونت‌های بهداشت و درمان، تعاون، و امور اجتماعی، تأمین مسکن، اداری و مالی و فرهنگی و ورزشی، مدیریت برنامه و بودجه و مراکز توانبخشی خدمات لازم به هر جانباز را بر اساس درصد جانبازی ایشان ارائه می‌دهد.

**روش تحقیق:**

در این تحقیق جهت تکمیل اطلاعات از روش مصاحبه، تهیه پرسش نامه و مشاهده استفاده گردیده است. و بیشتر با خانواده‌های جانبازان مصاحبه شده است تا نقش کیفیت و تجهیزات پزشکی در زندگی جانبازان بررسی شود.

جامعه آماری: جانبازان استان یزد

در استان یزد بیش از ۹۰۰۰ نفر جانباز وجود دارد که اداره کل امور جانبازان استان خدمات مختلفی را با توجه به درصد جانبازی هر کدام ارائه می دهد.

از این تعداد ۲۵۲۶ نفر بالای ۲۵٪ جانباز و بقیه زیر ۲۵٪ می باشند.

در تقسیم بندی دیگر به طور کل در استان یزد ۲۴ جانباز قطع نخاع، بیش از دویست نفر جانباز اعصاب و روان و حدود ۸۰۰ نفر جانباز شیمیایی و در حدود ۲۲۰ نفر جانباز قطع عضو و از تعداد کل جانبازان ۴ جانباز زن در استان وجود دارد.

خدمات معاونت بهداشت و درمان استان

این خدمات بر اساس ضوابط و آئین نامه‌های صادره از بنیاد مرکز و در پاره‌ای از موارد صرفاً به گروههای خاصی از جانبازان تعلق می گیرد.

- ۰- بیمه همگانی و بیمه تکمیلی شامل بستری، خدمات پاراکلینیکی، سی تی اسکن، سونوگرافی، آزمایشگاه، اکوکاردیوگرافی، اندوسکوپی و ...
- ۲- پرداخت حق ویزیت پزشکی و هزینه‌های دارویی .
- ۰- خدمات بستری و دارویی در مورد ناباروری.
- ۰- خدمات ارتوپدی فنی و توانبخشی و ارتز و پروتز.
- ۵- تهیه و تدارک تجهیزات پزشکی و لوازم درمانی و توانبخشی و مصرفی درمانی و مصرفی بهداشتی درمانی و تحویل آن به گروههای خاصی از جانبازان.
- ۰- تهیه و تحویل وسایل کمک درمانی ویژه جانبازان خاص .
- ۷- پرداخت هزینه‌های بیماریهای صعب العلاج و بیماریهای خاص.
- ۰- تهیه واکسن و واکسیناسیون گروههایی از جانبازان.
- ۰- نگهداری اسناد و مدارک پزشکی و تشکیل پرونده درمانی جانبازان.
- ۱۰- ویزیت‌های دوره‌ای جانبازان اعصاب و روان، شیمیایی و قطع نخاع و گروههای ویژه.
- ۰- ویزیت پزشک در منزل جانبازان ۷۰٪ - ۵۰٪ و همچنین گروههای خاصی از جانبازان.

- ۱۲- اعزام درمانی جانبازان به خارج از استان و مراکز درمانی مربوطه.
- ۱۳- برگزاری اردوهای درمانی ویژه جانبازان اعصاب و روان و قطع نخاع و شیمیایی .
- ۱۴- معرفی جانبازان با شرایط خاص به ستاد جذب جهت اعزام درمانی به خارج از کشور .
- ۱۵- هماهنگی در خصوص برقراری حق پرستاری .
- ۱۶- تأیید استراحت پزشکی جانبازان.
- ۱۷- هماهنگی با معاونت تعاون و امور اجتماعی در رابطه با برگزاری کمیسیونهای ماده ۳ و حالت اشتغال.
- ۱۸- تشکیل کمیسیونهای پزشکی جهت تعیین درصد، حالت اشتغال و اعتراضی.
- ۱۹- نظارت بر مراکز درمانی طرف قرارداد.
- ۲۰- هماهنگی در رابطه با تشکیل کمیته‌های تخصصی ویلچر - فک و دهان .

### « نقش تجهیزات پزشکی در کیفیت زندگی جانبازان »

فرد جانباز که در جبهه یا در اثر حمله‌های هوایی دشمن دچار قطع عضو، یا نقص عضو، یا در اثر حملات شیمیایی دشمن، شیمیایی شده است قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود در زندگی همانند افراد سالم نمی باشد.

جانبازان نابینا، یا جانبازان قطع نخاع، یا جانباز شیمیایی و اعصاب و روان، و به طور کلی هر فرد ایثارگر و جانبازی که در این جامعه زندگی می کند توانمندیهای لازم برای ادامه حیات را مانند زمان قبل از جانبازی ندارد. پس نیاز به یاری و خدمات و امکانات ویژه ای دارد تا بتواند با مشکل نقص عضو خود کنار آمده یا اندکی از درد و تألمات روحی وی کاسته شود. آنچه مسلم است جانبازان قطع نخاع و شیمیایی و قطع عضو با مشکلات بیشتری جهت ادامه حیات مواجه هستند تا بقیه گروههای جانبازان.

جانبازان قطع نخاع علاوه بر خدمات و تجهیزات پزشکی نیازمند یک پرستار تمام وقت هستند که ایشان را بیشتر در امور زندگی یاری و کمک نمایند و خانواده‌های این جانبازان با مشکلات فراوان تری جهت مراقبت و نگهداری و درمان جانباز روبرو هستند.

### « انواع تجهیزات پزشکی و توانبخشی و لوازم مصرفی و درمانی »

به طور کلی تجهیزات پزشکی که به جانبازان ارائه می شود به دو دسته تجهیزات مصرفی درمانی و تجهیزات توانبخشی تقسیم می شوند.

۱- تجهیزات مصرفی درمانی: شامل سوند، کاندوم، چسب ضد حساسیت، دستکش، جوراب، کیسه ادرار، سرنگ انسولین، کیسه اورسنومی، قطره اشک مصنوعی و ... می باشد.

۲- تجهیزات توانبخشی و کمک درمانی: شامل انواع ویلچر ( ویلچر حمام، ویلچر فعال، ویلچر برانکاردی، ویلچر ایستا)، تخت الکترونیکی، انواع تشک (تشک آلفا، تشک نیمبوس، توشک تمپر، توشک روتختی)، دستگاه تغلیظ کننده اکسیژن، دستگاه نبولایزر و ... می باشد.

با توجه به آمار ارائه شده از سوی معاونت بهداشت و درمان و مطالعه آمار مشخص گردید که در ۳ سال اخیر تجهیزات پزشکی و توانبخشی ارائه شده به جانبازان افزایش یافته در مقایسه آمار سال ۱۳۸۰ با سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ مشخص گردید که بعضی از وسایل قبلاً در اختیار جانبازان نبوده، از قبیل دستگاه نبولایزر و تشک نیمبوس و تخت الکترونیکی که اکنون توسط معاونت بهداشت و درمان تهیه و در اختیار جانبازان قرار گرفته است.

با تحقیقات انجام شده مشخص شد که بعضی از وسایل پزشکی که در کشور تولید نمی شوند از خارج کشور خریداری و در اختیار جانبازان قرار گرفته است .

کلیه خدمات پزشکی برای رفاه حال جانبازان و ارتقاء سلامت ایشان میباید و بر اساس درصدهای تعیین شده جانباز از سوی معاونت بهداشت و درمان در اختیار ایشان قرار می گیرد.

#### « مشکلات و موانع خدمات پزشکی »

۱- یکی از مشکلاتی که جانبازان با آن رو به رو هستند کمبود دارو می باشد. به خصوص جانبازانی که به داروهای خاص نیاز دارند و این داروها باید از خارج از کشور تهیه شود. تهیه این داروها برای خانواده جانباز بسیار دشوار می باشد برای تهیه دارو چندین مرتبه باید به مراکز هلال احمر مراجعه نمایند و همچنین برای تهیه دارو تأییدیه پزشک معتمد، و تأمین اجتماعی و ادارت دیگر لازم است که خانواده جانباز باید به مراکز درمانی مراجعات پی در پی داشته باشند.

یکی دیگر از موانع در تهیه دارو، تهیه داروهایی است که جدید وارد بازار شده اند و اسامی آن در لیست دارویی بنیاد موجود نمی باشد.

۲- در بسیاری از بخشنامه ها منع استفاده از داروهای خارجی اعمال شده است و تأکید فراوانی بر تجویز داروهای داخلی و تولید کشور شده است. در مورد بعضی از بیماری های خاص اثر بخشی بعضی از داروهای خارجی به مراتب بهتر از داروهای ایرانی است مانند کپسول تئوفیلین جی مخصوص جانبازان شیمیایی ولی در بعضی موارد داروهای خارجی و ایرانی اثر



مشابهی دارند. لازم است در زمینه بعضی از بیماریهای خاص و اثر درمانی داروها بیشتر تحقیق شود و این منع ها و محدودیتها برداشته شود.

مسلماً هزینه داروهای خارجی از نظر ارزی به مراتب بیشتر از داروهای ایرانی است و از نظر اقتصادی برای دولت مقرون به صرفه نمی باشد و هزینه مالی سنگینی را در بر دارد. تحقیق در مورد داروهای خاص و اثر درمانی بر روی جانبازان، داشتن گروه گواه و شاهد و مقایسه اثر درمانی داروهای خارجی و ایرانی، پزشکان و متخصصان امر را در زمینه درمان جانبازان یاری بیشتری خواهد کرد، لذا لازم است در این موارد تحقیقات بیشتری به عمل آید.

۳- مشکل دیگر اعزام جانبازان به خارج از کشور می باشد که جانبازان باید ماهها و یا سالها در نوبت باشند تا برای معالجه به خارج اعزام شوند و یا اینکه پس از مدتها انتظار و امیدواری با بیماری دیگری از قبیل سرطان استخوان و غیره مواجه می شوند و کمیسیون پزشکی اعزام ایشان به خارج را تأیید نمی نماید یا در این مدت بیماری فرد شدت می یابد یا به شهادت فرد منجر می شود.

البته با توجه به آمار ارائه شده از طرف معاونت بهداشت و درمان جانبازان، تعداد جانبازان اعزام شده به خارج از سال ۷۶ از ۲۱ نفر به حدود ۱۸۰ نفر در سال ۸۱ افزایش یافته که روند رو به رشدی داشته است.

۴- تراکم جمعیت در شهرهای بزرگ، طولانی شدن زمان نوبت عمل و ... مشکلات دیگری هستند که جانبازان با آن رو به رو هستند.

۵- یکی دیگر از موانع در ارائه خدمات پزشکی و درمانی به جانباز محدودیت سقفهای تعیین شده ( بر حسب ریال) هزینههای پزشکی و درمانی می باشد که طبق مقررات و بخشنامه از سوی معاونت بهداشت و درمان مرکز به مراکز استانها ارسال می گردد. در مورد بعضی از بیماریها بنیاد هزینههای دارویی را پرداخت نمی نماید یا سقف تعیین شده جهت درمان بیماری بسیار کمتر از هزینه واقعی درمان می باشد که لازم است تجدیدنظری در بعضی از سقفهای تعیین شده به عمل آید.

۶- دربررسی دیگر مشخص گردید که وسایل مصرفی و درمانی و تجهیزات توانبخشی و پزشکی طبق بخشنامه دارای سقف تعیین شده می باشند در مورد بعضی از وسایل سقف تعیین شده مثبت وارزنده بود ولی در مورد بعضی از وسایل لازم به ذکر است که وسیله ممکن است زودتر از حد مقرر تخریب شود یا در اثر عدم کیفیت کارآئی چندانی نداشته باشد به طور مثال: عصای مخصوص جانبازان قطع عضو زودتر از سقف تعیین شده تخریب شود یا جوراب روی استمپ که سقف آن سالیانه ده عدد در سال می باشد که رقم خیلی محدودی است \* در مورد

بعضی از بیماریها یا اصلاً هزینه ای پرداخت نمی‌شود یا تنها به محدودی از جانبازان آن هزینه‌ها تعلق می‌گیرد از قبیل خدمات دندانپزشکی و ارتودنس که با استثناء جراحی فک محدود می‌شود. ۷- مشکل دیگری که بعضی از جانبازان با آن رو به رو هستند اینست که فرد جانباز در زمان مجروحیت یا حملات شیمیائی به دلائل خاصی به مراکز پزشکی و بیمارستانی مراجعه نکرده و گواهی پزشکی لازم در مورد مجروحیت خود را ندارد یا صورت سانحه مجروحیت را در دسترس ندارند، این افراد به دلیل نداشتن گواهی پزشکی و صورت سانحه مجروحیت از نظر بنیاد جانباز محسوب نمی‌شوند حال آنکه بعضی از بیماریها در همان لحظات اولیه علائم خاصی را نشان نمی‌دهند و گذشت زمان باعث پیدایش و بروز علائم شدید بیماری می‌شود، از قبیل جانبازان شیمیائی برای این افراد هیچگونه امکانات پزشکی و رفاهی در نظر گرفته نشده است.

جانبازان شیمیائی که با مشکلات تنفسی روبرو هستند هر لحظه با خطر حملات تنفسی رو به رو هستند. ضمناً باید در منزل دستگاه تغلیظ کننده اکسیژن یا کپسول اکسیژن داشته باشند در شهرهایی که آلودگی هوا بیشتر است مشکلات این عزیزان بیشتر است، بعد مسافت بیمارستان، ترافیک مشکلی مزید بر علت است تا فرد به اورژانس و بیمارستان منتقل شود و از خدمات پزشکی لازم بهره مند شود خانواده این عزیزان باید نگران وخامت حال ایشان باشند.

۸- دیگر از بیماریهای جانبازان بیماریهای اعصاب و روان می‌باشد. این عزیزان در ظاهر و از نظر جسمانی سالم به نظر می‌رسند ولی با مشکلات روحی و روانی بسیاری رو به رو هستند. بیماریهای عصبی در صورت عدم درمان در طول زمان به صورت حاد خود را نشان می‌دهند و ممکن است بیماریهای شدید افسردگی و ... را به دنبال داشته باشند یا درمان آن چندین سال طول بکشد.

پس از مصاحبه با مسئول بنیاد جانبازان و چند جانباز اعصاب و روان این عزیزان اظهار داشتند که باید حتماً داروهای اعصاب و روان مصرفی نمایند و حتی گاهی دچار حملات عصبی شدید و تشنج و صرع می‌شوند که نیاز به درمان خاص دارند و حتماً باید به متخصصین مغز و اعصاب مراجعه نمایند.

۱- یکی دیگر از مشکلات جانبازان عدم پرداخت هزینه‌های داروهای که خارج از لیست فارماکوپه کشور می‌باشند و هزینه داروهای گیاهی می‌باشد. جانبازانی که بیماریهای اعصاب و روان مبتلا هستند اظهار داشتند هنگامی که از داروهای گیاهی اعصاب و روان استفاده می‌کنند اثربخشی دارو به مراتب بیشتر از داروهای شیمیائی مشابه می‌باشد. بعضی از داروهای گیاهی جدید نسبت به داروهای شیمیائی مشابه هزینه خیلی بالا دارند و جانباز برای

تهیه دارو باید تحمل هزینه سنگینی شوند که از طرف بنیاد پرداخت نمی شود. بنابراین جانبازان اعصاب و روان نیازمند توجه خاصی می باشند.

### « بهداشت روانی »

#### تعریف بهداشت روانی

بهداشت روانی سازگاری فرد با محیط خود و استفاده مناسب از تواناییها و قابلیت‌های خویش است. سلامت روانی هر انسانی در سه بعد جسمی، روانی، اجتماعی تحقق می یابد و اگر فرد در یک بعد با مشکل مواجه شود بقیه ابعاد نیز تحت الشعاع قرار می گیرند. بر همین اساس بهداشت روانی خانواده، کمک به همه افراد خانواده در جهت رشد و تکامل و بهره گیری از استعدادها و قابلیت‌های هر فرد و موفقیت سازگاری، و شادابی و سازندگی بیشتر است. انسانها موجوداتی اجتماعی هستند که به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می گذارند. خانواده مهمترین و مداوم ترین واحد اجتماعی است و بیشترین تأثیر را بر فرد می گذارد.

ما انسانها در آغاز زندگی خانوادگی نیازمند آگاهی از عواملی چون تلاش برای حفظ سلامت خود و خانواده، برنامه ریزی مقابله صحیح با مشکلات و تلاش برای بهبود شرایط زمان حال و آینده تقویت مبانی اخلاقی و اعتقادی هستیم تا بتوانیم خانواده خویش را رشد و اعتلا بخشیم. بهداشت روانی دارای اصول مهمی است که یکی از آنها سلامت جسمانی می باشد، حفظ و نگهداری سلامت جسمانی از اصول بهداشت روانی است و شامل توجه لازم و کافی به بهداشت، تغذیه، خواب، استراحت و صرف اوقات فراغت و تمرین‌های بدنی مناسب با هر سطح سنی است. چنانکه گفته اند: عقل سالم در بدن سالم است.

فرد جانباز از لحاظ جسمانی دارای مشکلات فراوانی می باشد عدم سلامت جسمانی یا روحی جانباز در سلامت روحی خود و خانواده اش نیز اثر می گذارد.

شاید فرد از وضعیت جسمانی خویش و از اینکه نتواند فعالیت‌های خود را به تنهایی انجام دهد احساس ناراضی‌نماید و سایر خانواده در خصوص مراقبت و نگهداری جانباز احساس خستگی و ناتوانی نمایند ولی آنچه مسلم است حضور جانباز در بین اعضای خانواده احساس آرامش و امنیت خاطر بیشتری را به فرد می دهد. همسران جانباز باید به این نکته مهم توجه داشته باشند که محیط خانه در سلامت روحی و روانی فرد نقش مؤثرتری دارد و حتی الامکان سعی کنند از فرد جانباز در جمع خانواده و خانه مراقبت نمایند و ایشان را به آسایشگاه منتقل نمایند.

خانواده جانباز باید با وی احساس همدلی و هم حسی نمایند. بدین معنا که فرد خود را به جای همسرش بگذارد و مسائل را از دید او بنگرد تا بهتر او را درک نماید، مسلماً بین همه

اعضای خانواده‌ها در خصوص بعضی از خصوصیات اخلاقی، روحی، رفتاری تفاوتها و تضادهایی وجود دارد که گاهی ممکن است در زندگی خانوادگی منجر به بروز جنگ و ستیز بشود.

خانواده جانبازان با بحرانهایی نظیر فوت جانباز، حاد شدن بیماری، ابتلا به بیماریهای خاص در زمینه جانبازی و حوادث نامطبوع بیشتری دست به گریبانند. گاهی اوقات فرزندان و همسر جانباز با مشکلات اجتماعی و روانی و اخلاقی زیادی روبرو هستند که باید در جهت رفع یا کاهش آن بکوشند.

مسلماً در خانواده‌ای که پدر خانواده جانباز است بیشتر مسئولیتهای پدر بر عهده فرزندان و همسر جانباز است و مسئولیت همسر جانباز در این موارد سنگین تر است و زن باید علاوه بر نقش مادری، نقش پدر را هم در خانواده ایفا نماید.

فرزندان ممکن است از نظر روحی و عاطفی دچار بحرانهای شدیدی باشند. در این موارد مشاوره با افراد متخصص و افراد با صلاحیت می‌تواند تا حد زیادی از مشکلات خانوادگی را کاهش دهد.

خانواده جانبازان نیازمند مشاوره و راهنماییهای خاص در مورد چگونگی رفتار با فرد جانباز هستند. خانواده‌ها باید حتی الامکان نهایت سعی خویش را در برآورده ساختن خواسته‌های جانباز رعایت کنند تا فرد در زندگی احساس رضایت خاطر بیشتری نماید، محیط خانه را شاد و بانشاط سازند در صورت امکان جهت تنوع و تغییر روحیه جانباز ایشان را به خارج از منزل و گردش و تفریح ببرند و یا از افراد دیگر جهت همصحبتی با ایشان، تبادل عقاید و نظرات دعوت بعمل آورند سعی کنند که جانبازان را که دارای مشکلات فراوانتری نسبت به افراد عادی هستند در سازگاری بیشتر با محیط یاری سازند و از نظر روحی ایشان را بیشتر تقویت نمایند در این زمینه می‌توانند از نظر روانشناس، یا روانپزشک یا مشاورین در امور مختلف بهره‌ کافی را ببرند.

بنابراین جانبازی در زندگی خانوادگی احساس رضایت و امنیت خاطر بیشتری می‌یابد که دریابد خانواده اش به بهتریتن وجه او را درک می‌نمایند و در این زمینه اعضای خانواده باید هر چه بیشتر خود را با شرایط جانبازی فرد سازگار سازند.

ازدواج تضمین کننده سلامت روانی و روحی فرد است و فرد در محیط خانه و در کنار همسر و فرزندان آرامش بیشتری می‌یابد خانواده های جانبازان اسطوره های صبر و مقاومت هستند و باید هر چه بیشتر از خود صبر و تحمل نشان دهند تا به یاری خدا بتوانند بر مشکلات فراوان زندگی خویش تسلط یابند.

متاسفانه در استان یزد جانبازانی هستند که هنوز ازدواج نکرده و تشکیل خانواده نداده اند یا به دلایلی فردی را به همسری خویش برگزیده اند که از سلامت کامل جسمانی برخوردار نبوده و قادر به خدمت رسانی به همسرش جانبازش نمی باشد. در زمینه ازدواج جانبازان و همسرانشان حتماً باید مشاوره و راهنمایی شوند تا زندگی خانوادگی موفق تری را داشته باشند.

مهمتر از سلامت جسمانی هر فرد سلامت روحی روانی فرد می باشد و بهتر از سلامت جسمانی جانبازان توجه به سلامت و بهداشت روانی این عزیزان و خانواده های محترمشان می باشد.

توجه به بهداشت روانی و سلامت و اعصاب روان از امور مهمی است که شاید کمتر مورد توجه واقع شده است. داشتن روح و روانی سلام بهداشت جسمانی فرد را هم به دنبال می رود. سلامت جسمانی و روانی با یکدیگر رابطه متقابلی دارند و هر دو از هم تأثیر می پذیرند. فرد جانباز که دچار قطع عضو، یا نقص عضو شده است و از سلامت جسمانی کامل برخوردار نیست لازم است که از نظر روحی و روانی مورد توجه بیشتری واقع شود.

جانبازان چشم و چراغ این ملت هستند، پس باید قدر این عزیزان را بدانیم، باید از نظر روحی جانبازان را تقویت کنیم که او هنوز هم مانند قبل از مجروحیت، قادر و توانا است و می تواند مراتب درجات عالی علمی، ورزشی و هنری را کسب نماید و از توانمندیهایش بهترین استفاده را ببرد.

تنها یک روز و یک هفته از سال را به این عزیزان اختصاص ندهیم، جانباز و خانواده اش باید این احساس را داشته باشند که در جامعه از ارزش و احترام و جایگاه خاصی برخوردار هستند و همه مردم آرامش و امنیت امروز خود در زندگی را مدیون دلاوریهای و رشادتهای این عزیزان هستند نه اینکه احساس نمایند پس از گذشت بیست و اندی سال از زمان جنگ ارزشها و آرمانهای دفاع مقدس کمرنگ شده یا خدای نا کرده دیگر کسی به فکر جانباز و ایثارگریهایش نیست.

بنابراین باید با ارائه خدمات پزشکی و تجهیزات پزشکی متناسب با فن آوریهای جدید آرامش و امنیت و رضایت خاطر این عزیزان را فراهم آوریم.

#### « خدمات بیمه همگانی و بیمه تکمیلی جانبازان »

لازم به ذکر است به منظور تأمین بیمه درمانی جانبازان از سال ۱۳۷۴ جهت جانبازان و عائله تحت تکفل آنها، طرح بیمه همگانی اجرا گردیده است که اقدام بسیار مؤثری در جهت سلامت جانبازان و خانواده هایشان بوده است.

همچنین از سال ۱۳۷۹ به بعد کلیه جانبازان ۲۴٪ - ۵٪ و جانبازان ۲۵٪ و بالاتر و خانواده هایشان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گرفته اند که تا حد زیادی از مشکلات و پرداخت هزینه های هنگفت پزشکی و دارویی جانبازان کاسته شده است.

در استان یزد خوشبختانه تمامی جانبازان تحت پوشش بیمه همگانی قرار داشته و جهت رفاه حال جانبازان از طرف معاونت بهداشت و درمان استان بر اساس سهمیه سالانه و با رعایت اولویت های ذکر شده در بخشنامه برای جانبازان و خانواده هایشان کارت بیمه تکمیلی صادر می شود و در اختیار این عزیزان قرار می گیرد.

افراد بیمه شده و دارای کارت بیمه تکمیلی می توانند در مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ایران با ارائه دفترچه بیمه، کارت بیمه تکمیلی و یا معرفی نامه بیمه ایران و همچنین دستور پزشک معالج تا سقف مورد تعهد بیمه از خدمات درمانی بیمه تکمیلی بدون پرداخت وجه استفاده نمایند و یا اگر از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه ایران استفاده می نمایند هزینه های پرداختی را در قالب خدمات تحت شمول بیمه ایران استفاده نمایند.

البته لازم به ذکر است که بیمه همگانی و بیمه تکمیلی تا سقف معینی خدمات درمانی را به جانبازان و افراد تحت تکفل ایشان ارائه می دهد و گاهی اوقات هزینه های پزشکی بسیار فراتر از سقف های تعیین شده در بخشنامه ها و قراردادهای مزبور می باشد که صندوق اعتباری تحت عنوان صندوق ذخیره فنی و بیمه تکمیلی پیش بینی شده است تا هزینه های مازاد بر سقف قرارداد بیمه تکمیلی، به جانبازان پرداخت گردد.

ولی در موارد خاص و بعضی از بیماریها هزینه درمان بیماری بسی فراتر از سقف قراردادی تعیین شده توسط بیمه تکمیلی یا صندوق ذخیره فنی می باشد که جانباز و خانواده اش جهت درمان باید متحمل هزینه های سنگینی جهت درمان شوند و یا در بعضی از موارد خدماتی از طریق بیمه تکمیلی در مورد بعضی از بیماریها ارائه نمی شود نظیر هزینه های دندانپزشکی که سقف محدودی دارد یا هزینه ترک اعتیاد.

البته سقف های تعیین شده در بخشنامه ها و قراردادها تا حدود زیادی ارائه خدمات پزشکی را محدود می کند و در بعضی از موارد خانواده جانباز جهت دریافت هزینه درمان مجبور است چندین مرتبه به معاونت بهداشت و درمان مراجعه تا مبلغ پرداخت شده را دریافت نماید. به طور مثال هزینه ترک اعتیاد و سم زدایی که در حدود -/۵۰۰۰/۰۰۰ ریال می باشد که تنها مبلغ -/۵۰۰/۰۰۰ ریال آن از طرف معاونت بهداشت و درمان طبق موازین و بخشنامه به خانواده فرد پرداخت می گردد که مبلغ بسیار اندکی می باشد.

جانبازان زیر ۲۵٪ جهت درمان خویش و پرداخت هزینه‌ها نسبت به جانبازانی که درصد بالاتری دارند با مشکلات فراوان تری روبرو هستند .  
که در این زمینه از مسئولین محترم بنیاد جانبازان و دولت خدمتگزار تشکر و قدردانی می‌شود که پیگیر مسائل و مشکلات جانبازان هستند و در رفع آن می‌کوشند.

### « پرستاری دوران نقاهت »

یکی دیگر از خدمات قابل ستایش بنیاد به جانباز و خانواده هایشان پرداخت هزینه ای تحت عنوان پرستاری دوران نقاهت می باشد که به پرستار جانباز که معمولاً همسر جانباز می باشد پرداخت می گردد .

به منظور ارج نهادن به خدمات همسران جانبازان و همچنین سایر افرادی که وظیفه مراقبت و پرستاری از جانباز را برعهده دارند و به منظور تشویق و ترغیب هر چه بیشتر جانبازان در محیط خانواده و اجتماع ، و جهت دلگرمی و بهبود وضعیت اقتصادی خانواده جانباز ، و همچنین تشویق و ایجاد انگیزه برای خانواده جهت تقویت در زمینه های نگهداری بیشتر جانبازان در منزل و عدم انتقال آنها به آسایشگاهها بر اساس مصوبه مجلس شورای اسلامی از سال ۱۳۷۸ به جانبازان و خانواده هایشان هزینه ای ( تحت عنوان پرستاری دوران نقاهت ) پرداخت می گردد که خدمت قابل ستایش و پسندیده ای بوده و باعث دلگرمی هر چه بیشتر جانباز و خانواده اش می باشد و در رفع مشکلات اقتصادی بسیار نافع و سودمند است .

مبلغ حق پرستاری براساس ضریب  $k$  تعیین می گردد که معادل یک روز حقوق کارگران در هر سال می باشد و متناسب با حقوق کارگران میزان  $K$  افزایش می یابد .

معاونت بهداشت و درمان هراسان ، لیست جانبازان واجد شرایط را در قالب فرم مخصوص حق پرستاری به کمیسیون پزشکی ارسال می نماید و پس از تأیید با هماهنگی معاونت برنامه ریزی و بودجه ماهیانه مبلغ حق پرستاری به فیش حقوقی جانباز واریز می گردد .

### « واکسیناسیون و ایمن سازی جانبازان »

واکسیناسیون و ایمن سازی جانبازان از اقدامات بسیار مؤثری بوده است که با کوشش معاونت بهداشت و درمان و سازمان امور جانبازان و با مشارکت مراکز بهداشتی درمانی در سراسر کشور انجام گرفته است در چند سال اخیر جانبازان سراسر کشور و خانواده هایشان علیه بیماریهای هپاتیت ، آنفلوآنزا ، پنوموکوک واکسینه شده اند در استان یزد نیز جانبازان علیه این بیماریهای واگیردار واکسینه شده اند .

بیماری هپاتیت انواع مختلفی از قبیل هپاتیت A, B, C دارد بیماری هپاتیت در کشور ما به سرعت در حال شیوع است و ممکن از فرد جانباز به خانواده و همسرش منتقل شود و در مراحل پیشرفته و خطرناک باعث ناراحتیهای کبدی و حتی سرطان کبد شود . بیماری آنفلوآنزا بیماری ویروسی است که در فصل زمستان بسیار شایع است واکسیناسیون آنفلوآنزا اقدام مؤثری در عدم ابتلا به این بیماری به خصوص نوع حاد و مزمن آن می باشد .



واکسیناسیون پنوموکوک معمولاً در مورد افرادی انجام می‌گیرد که بنا به دلایلی طحال خود را از دست داده اند و بدن قادر به ساختن گلبولهای سفید نمی‌باشد و سیستم دفاعی و ایمن سازی و پادتن سازی بدن تضعیف شده است .

لازم است به منظور ارتقاء آگاهی جانبازان و خانواده ایشان در مورد بیماریهای واگیردار و چگونگی انتقال بیماری ، پیشگیری و درمان اطلاعات لازم در مورد این بیماریها از طریق چاپ کتابچه ، چاپ در نشریه ویژه جانبازان ، برنامه‌های صدا و سیما در اختیار ایشان گذاشته شود . بسیاری از بیماریهای واگیردار از طریق تزریق خونهای آلوده به فرد سالم منتقل می‌شود، قبل از تزریق خون به بیمار لازم است مراکز درمانی و پزشکی از سلامت کامل خون تزریقی اطلاع حاصل نمایند .

از جمله مراکز دیگری که باید حتماً از بهداشتی بودن وسایل و امکانات آن اطمینان حاصل نمود مراکز دندانپزشکی می‌باشد با توجه به اینکه آمار مبتلایان به ایدز در جهان رو به افزایش است و مراکز دندانپزشکی غیر بهداشتی عامل مؤثری در شیوع این بیماری می‌باشند جانبازان و خانواده هایشان قبل از مراجعه به این مراکز از سلامت بهداشتی این مکانها اطمینان کامل حاصل نمایند .

#### پیشنهادات:

۰- پیشنهاد می شود به منظور بهبود زندگی و رفاه حال جانبازان، تجهیزات پزشکی از قبیل ویلچر، کیسه ادرار، عصا، جوراب مخصوص جانبازان قطع پا و ... با کیفیت بهتر و خوبتری به ایشان عرضه شود تا هنگام استفاده از این وسایل در بیرون از خانه و در سفر با آرامش خاطر بیشتری سفر نماید و نگرانی و اضطراب در مورد تخریب این وسایل داشته باشد.

۰- فرهنگ صحیح استفاده از وسایل و امکانات پزشکی به جانبازان و خانواده هایشان آموزش داده شود زیرا ارائه یک وسیله تنها کافی نیست بلکه باید خانواده ها به اطلاعات جدید علمی وفنی در زمینه های خاص مجهز شوند.

۳- حتی الامکان سعی شود در هر استان یا شهرستان مراکز پزشکی مخصوص جانبازان، با پزشکان متخصص تأسیس شود و بیمارستانهای مرکز استان به دستگاههای جدید پزشکی که در استانها یا شهرستانهای بزرگ دیگر موجود می باشد مجهز شوند تا یک جانباز در شهر یا استان خود معالجه و درمان شود و برای تهیه عکس رنگی MRI و آزمایشهای خاص متحمل سفر به استانهای دیگر و رفت و آمدهای مکرر نشود.

۴- برای رفاه حال جانبازان و افزایش سطح معلومات خانواده هایشان، کلاسهای کمکهای اولیه و آموزش خانواده برای خود جانباز و فرزندان و همسران برگزار شود تا آگاهیهای لازم را در مورد بیماریهای واگیردار، خدمات پزشکی لازم در مواقع ضروری به آنها آموزش داده شود.

۵- از قبیل تزریقات، پانسمان، زخم بندی و غیره تا خانواده جانباز بتوانند به راحتی خدمات پزشکی لازم را در خانه انجام دهند و نیاز به مراجعه مکرر به بیمارستان را نداشته باشند

۶- بعضی از بیماریهای واگیردار از قبیل هیپاتیت به سرعت شیوع پیدا می کند و حتی در بعضی از مواقع منجر به مرگ افراد می شود. لازم است اطلاعات لازم در زمینه این بیماریها چگونگی انتقال بیماری روشهای پیشگیری و درمان و غیره به جانبازان و خانواده هایشان داده شود. در این زمینه میتوان جانبازان و خانواده هایشان را علیه این بیماریها واکسینه نمود یا از طریق رسانه های گروهی ( رادیو و تلویزیون) چاپ کتابچه، روزنامه و ...

اطلاعات لازم را در اختیار خانواده ها قرار داد. زیرا به فرموده پیامبر اسلام P « پیشگیری بهتر از درمان است. » و هزینه های پیشگیری و واکسیناسیون خیلی کمتر از هزینه های درمانی است.

۷- در برنامه های اصولی معاونت بهداشت و درمان سعی بر این شود که مراکز پزشکی و بیمارستانهایی که اخیراً جهت درمان جانبازان ساخته می شود بر طبق اصول ساخت و ساز و فن آوریهای کشورهای پیشرفته جهان باشد و ساختمانها مستحکم و مقاوم باشند تا در اثر حوادث طبیعی مانند زلزله و سیل و غیره تخریب نشوند و سلامت جانبازان تهدید نشود.

۸- حتی الامکان سعی شود مراکز مختلف پزشکی و بیمارستانها ویژه جانبازان در مناطق خوش آب و هوای کشور و شهرها ساخته شود یا مناطقی که از نظر آلودگی هوا و ترافیک و غیره مشکلات کمتری داشته باشند بطور مثال بیمارستان ساسان که ویژه جانبازان شیمیائی است در آلوده ترین منطقه تهران قرار دارد.

۹- به منظور رفاه حال جانبازان هزینه داروهای گیاهی همانند داروهای شیمیایی از طرف بنیاد به جانبازان و خانواده هایشان پرداخت شود.

۱۰- برگزاری اردوهای درمانی و پزشکی برای جانبازان همراه با خانواده هایشان اقدام مؤثری در جهت سلامت بهداشت روانی جانباز و خانواده اش می باشد. سعی شود تعداد اردوهای ویژه جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان و قطع نخاع در سال افزایش یابد تا پزشکان متخصص آگاهیهای بیشتری را در زمینه درمان جانبازان کسب نمایند.

اگر در زمان اردو کلاسهای آموزشی نیز برای خانواده ها برگزار شود و از روانشناسان و متخصصین پزشکی و مشاورین در زمینه های مختلف دعوت به عمل آید تا خانواده ها را در

زمینه مسائل خانوادگی، پزشکی و بهداشتی راهنمایی و مشاوره فرمایند مسلماً اردوها نتایج بهتری را در بر خواهند داشت و دستیابی به اهداف اردو سهل الوصول تر خواهد بود.

۱- همراه با ارائه خدمات و امکانات پزشکی مفید و مناسب امکانات رفاهی دیگر نیز به جانبازان و خانواده هایشان ارائه شود از قبیل مسکن، اتومبیل، امکان ادامه تحصیل در دانشگاه و کلاسهای ورزشی و درسی و اردوهای تفریحی و زیارتی تا آرامش روحی و روانی جانبازان و خانواده هایشان فراهم شود و در زندگی احساس کمبود و ناراحتی ننمایند.

### نقش آموزش در استفاده صحیح از امکانات و تجهیزات پزشکی

جانبازو خانواده اش هنگامی می‌توانند از تجهیزات پزشکی و خدمات ارائه شده بنحو احسن بهره ببرند که طریقه مصرف، روش استفاده، چگونگی نگهداری وسایل و همچنین از عوارض جانبی بعضی از داروها، اثربخشی بیشتر داروها در زمان معین، عدم استفاده از بعضی داروها توأمآ آگاهی کامل داشته باشند.

فرهنگ استفاده صحیح از وسایل را بدانند، چه بسا در اثر فقر فرهنگی خانواده یا بی سوادی جانباز یا همسرش و عدم اطلاعات کافی در مورد بعضی از بیماریها "عدم اطلاعات صحیح در مورد نکات بهداشتی و چگونگی انتقال بیماریها نتوانند از خدماتی که به آنها ارائه شده است استفاده کافی و مهم را ببرند و استفاده بهینه از تجهیزات را ندانند.

به طور مثال دستگاه نبولایزر که در اختیار بعضی از جانبازان قطع نخاع قرار می‌گیرد چنانچه فرد چگونگی استفاده صحیح از دستگاه را نداند ممکن است دچار شکستگی استخوان شود در حالیکه هدف اصلی استفاده از این وسیله تقویت عضلات با ورزش و جلوگیری از پوکی استخوان می‌باشد که در اثر عدم آشنایی با طرز کار وسیله ممکن است این هدف برآورده نشود یا مشکلات جدیدی را برای فرد بوجود آورد. یا اسپری تنفسی که جانبازان شیمیایی از آن استفاده می‌کنند و اگر درست استفاده نشود چندان مؤثر نخواهد بود. جانباز و خانواده‌اش باید فرهنگ صحیح استفاده از وسایل و امکانات پزشکی را بدانند، چه بسا وسیله‌ای از طرف معاونت بهداشت و درمان با هزینه هنگفتی تهیه می‌شود و در اختیار جانباز قرار می‌گیرد ولی این وسیله را در گوشه‌ای از منزل گذاشته و به نحو احسن از آن استفاده نمی‌کنند.

یا جانباز و خانواده‌اش در حفظ و نگهداری آن وسیله کوشا نبوده و عمر مفید وسیله کاهش یافته یا در اثر بی توجهی سریع تخریب شده و از بین رفته است. (مثال: سوختن تشک نیمبوس با آتش سیگار)

جانباز و خانواده‌اش باید به این نکته مهم توجه داشته باشند که تهیه بسیاری از وسایل برای دولت و بنیاد جانبازان و معاونت بهداشت و درمان علاوه بر صرف وقت جهت تهیه و خرید، هزینه زیادی را در بر داشته است، لذا می‌بایست نهایت مراقبت و تلاش خویش را در حفظ این وسایل بکار برند تا هدف معاونت بهداشت و درمان که ارتقا سلامت جانباز و بهبود کیفیت زندگی ایشان می‌باشد با استفاده از این وسایل برآورده شود.

واقعیت تلخ دیگری که در این تحقیق به آن پی بردم این بود که بسیاری از وسایلی که با هزینه‌های هنگفت از طرف دولت تهیه و در اختیار جانباز و خانواده‌اش قرار می‌گیرد در بازار بسیار ارزانتر از قیمت تمام شده برای دولت و معاونت بهداشت و درمان می‌باشد. و این نشانگر آنست جهت جلوگیری از این اقدام هنگام تحویل وسایل نو و جدید به جانباز ( ویلچر ) طبق بخشنامه از که این وسایل به جانبازان تحویل داده شده و فرد بدلیل فقر مالی یا مشکلات معیشتی و اقتصادی یا ( اعتیاد) آنرا به قیمت بسیار نازلی در بازار آزاد به فروش رسانده است. که این وسایل به جانبازان تحویل داده شده و فرد بدلیل فقر مالی یا مشکلات معیشتی و اقتصادی یا ( اعتیاد) آنرا به قیمت بسیار نازلی در بازار آزاد به فروش رسانده است.

ایشان تعهد نامه کتبی دریافت می‌شود که هنگام دریافت وسایل، وسیله مستعمل را به معاونت بهداشت و درمان تحویل نمایند. لازم است در اینگونه موارد خاص یگانهای مربوطه پیگیری بیشتری داشته باشند و جانبازان و خانواده هایشان از نظر شرعی راهنمایی شوند که عدم استفاده از این وسایل یا فروش در بازار آزاد برای فرد مسئولیت شرعی دارد. اگر از امکانات و وسایل صحیح استفاده نشود نه تنها اثری در بهبود سلامی نخواهند داشت بلکه حتی در مواردی سبب بروز خطرات و عوارض دیگری نیز می‌شود.

لازم است اطلاعات کافی در مورد هر دارو، طریقه مصرف، چگونگی استفاده از وسایل توانبخشی به جانباز و خانواده اش توسط کارشناسان و متخصصین داده شود تا نتایج بهتری عاید فرد شود و امکانات ارائه شده حداکثر کارآمدی خود را داشته باشد.

### نتیجه گیری

آنچه مسلم است ارائه تجهیزات و خدمات پزشکی متناسب با نقص عضو جانباز نقش بسیار مؤثری در بهبود کیفیت زندگی جانبازان داشته و باعث سلامت جسمانی و روانی جانباز و خانواده اش می‌شود، به شرط اینکه از امکانات و وسایل حداکثر بهره‌وری و استفاده را بنمایند و اگر از امکانات و وسایل پزشکی صحیح استفاده نشود نه تنها اثری در بهبود سلامتی فرد ندارد، بلکه حتی در مواردی سبب بروز خطرات و عوارض دیگری نیز می‌شود.

سلامت روحی و روانی جانباز نقش مؤثری در پیشرفت تحصیلی فرزندان و همسر جانباز دارد و تا حد زیادی از نگرانیهای فرزندان و خانواده می‌کاهد، به عنوان مثال: شادی فرزند یک جانباز قطع نخاع که با استفاده از ویلچر ایستا اولین بار در طول زندگی پدر خود را در حالت ایستاده مشاهده نموده بود وصف ناپذیر بود.

با توجه به آمار ارائه شده توسط معاونت بهداشت و درمان جانبازان خوشبختانه در سالهای اخیر بودجه هزینه‌های پزشکی و درمانی جانبازان، اعزام به خارج، تجهیزات پزشکی و... افزایش یافته و روند رو به رشدی را داشته است و ما به نوبه خود شاهد رضایت بیشتر جانبازان و خانواده‌هایشان بوده ایم .

پیشرفت امکانات پزشکی سبب ارتقاء سلامتی جانباز و خانواده اش و جامعه می‌شود و باعث شده است که این عزیزان در عرصه‌های گوناگون علمی، فرهنگی، قرآنی، ورزشی خوش بدرخشند به امید پیروزی و موفقیت جانبازان عزیز .

## آسیب شناسی خانواده از نگرش سینما مروری بر شکل‌گیری جانبازان در سینمای ایران چنان دور، چنین نزدیک

عاصمی . مجید

### مقدمه:

واقعیت این است که سینمای حرفه‌ای ایران در همان توجه اندک و محدود خود به آسیب‌شناسی حیات فردی - اجتماعی جانبازان نمونه‌های درخشانی را در کارنامه خود ثبت کرده است. نمونه‌هایی که در قالب فلیمهای بلند داستانی - و با تکیه بر شخصیت پردازیهای برآمده از واقعیات اجتماعی - در زمره آثار ماندگار سینمای ایران می‌گنجد و این ماندگاری را در قالبی منشورگونه در پروسه‌های مختلف زمانی فراروی مخاطبان خود قرار خواهد داد.

البته بسیاری را عقیده بر این است که سینمای ایران - در حیات نوین خود - همچون دیگر مضامین و سوژه‌آنگونه که شایسته بوده به شخصیت و زندگی جانبازان نپرداخته است و این عدم توجه فیلمسازانی که در عرصه سینمای بلند داستانی فعالیت دارند در قالبهای آماری نیز نموده‌های عینی خاص خود را نمایان ساخته است.

از دید این گروه از پژوهشگران مسایل سینمای ایران، این عدم‌گرایش به ساخت فیلم از زندگی جانبازان حتی محدوده‌های وسیع‌تری چون اشخاص و نهادهایی که در حال خدمت‌رسانی به جانبازان هستند را نیز در بر می‌گیرد و همانگونه که اشاره شد سینمای ایران - حداقل به لحاظ کمیت و آمار - در این حوزه با دستانی خالی برای مخاطبان خود قرار گرفته است. اگر از این زاویه به مبحث عدم توجه فیلمسازان ایرانی به زندگی جانبازان توجه شود درک این نکته بسیار راحت خواهد بود که بخشی از علل اصلی مرتبط با این فراموشی سینماگران ایرانی - البته - زیر ساختهای اقتصادی دارد و با توجه به سلیقه مخاطبان عام سینما - حداقل طی یک دهه گذشته - نفس تمرکز بر رویدادهای برآمده از زندگی جانبازان نمی‌تواند در به گردش درآوردن چرخهای اقتصادی سینمای معاصر ایران نقش داشته باشد.

در واقع از آنجا که صنعتی است هنر گونه و در عین حال بسیار گران و هزینه‌بر، گزینش مضامینی که قابلیت برگردانده شدن به آثار بلند سینمایی را داشته باشند و از دیگر سو بتوانند با برقراری ارتباطی گسترده با تماشاگران سینما - در مفهوم خاص و عام آن -

سرمایه‌گذاریهای نخستین و هزینه‌های مالی اعمال شده را بازگشت دهند اهمیت شایان توجهی دارد.

از سوی دیگر شرایط خاص جامعه‌ای با مشخصات کنونی محدوده‌ای که جانبازان در آن دارای زیست اجتماعی و فردی می‌باشند، باعث بروز و گسترش نوعی سلیقه جمعی میان تماشاگران عامه گردیده است که از اساس نزدیکی و سنخیت کمتری با زندگی جانبازان دارد. به همین لحاظ است که در این زمینه - با توجه به پیش زمینه‌های رایج شده پیشین - بنابر شرایط خاص اقتصادی حاکم بر مناسبات حرفه‌ای سینمای ایران، توجه به سوژه‌های برآمده از زندگی فردی جانبازان، نمی‌تواند در تامین آن پارامترهای اقتصادی مورد اشاره قرار گرفته شده تاثیر گذار باشد و همین موضوع پرونده موضوعی سینمای ایران را با محوریت جانبازان دارای شکلی از یک حجم اندک نموده است و در تشریح یک تعهد دو سویه واقعیت این است که در کلیت سینمای معاصر ایران هستند فیلمسازانی که با احساس نوعی تعهد پایدار نسبت به شخصیت و زندگی جانبازان - به ویژه جانبازان جنگ تحمیلی - نگاه هنرمندانه خود را پیوسته به سوژه‌های بکر نهفته در حیات فردی و گروهی این لایه از جامعه متمرکز نموده‌اند و تلاش کرده‌اند که با بهره‌جویی هنرمندانه از مدیوم سینما، مشکلات، دغدغه‌ها، ویژگیهای رفتاری و در یک کلام شخصیت انسانی جانبازان را به رشته تصویر درآورند.

در میان این گروه از فیلمسازان، ابراهیم حاتمی‌کیا به عنوان سینماگری که خود از سالهای آغازین دهه شصت شمسی و با آن شرایط سیاسی - اجتماعی وارد عرصه فیلمسازی شده است جایگاه بسیار ویژه و خاصی دارد. اینکه این فیلمساز در میان ساخته‌های متعدد بلند سینمایی خود تاکنون سه فیلم مشخص با محوریت شخصیت جانبازان کارگردانی و روانه اکران سینماها کرده البته در پوسته ظاهری خود نشان دهنده احساس مسئولیتی است که یک سینماگر جامعه‌گرا در برابر یکی از حساس‌ترین قشرهای حاضر در اجتماع و محیط پیرامونی خود با آن مواجه می‌باشد؛ اما واقعیت این است که در پس این پوسته آمیخته شده با رنگ‌آمیزی احساس مسئولیت، تعهد سینمایی حاتمی‌کیا نیز جلوه‌های مشخص خود را دارد و همین نکته به ارزش‌گذاری ساخته‌های سینمایی وی - به میزان قابل توجهی - افزوده است.

در واقع سینماگرانی چون ابراهیم حاتمی‌کیا - و در یک درجه پایین‌تر از آنان، فیلمسازانی به مانند محسن مخملباف - و دیگران با ساخت آثاری چون *از کرخه تا راین*، *بوی پیراهن یوسف*، *آژانس شیشه‌ای* و دیگر نمونه‌های مشابه علاوه بر اینکه وظیفه خود را در جایگاه فیلمسازانی واقعیت‌گرا - در درجه‌های مختلف به درستی ایفا نموده‌اند بلکه شخصیت هنرمندانه و سینمایی خود را نیز به گونه‌ای جلوه‌گر ساخته‌اند که در راستای ساخت آثاری با درونمایه‌های

برگرفته شده از زندگی و شخصیت جانبازان دچار آسیب کیفی نگردد. به عبارت ساده تر این گروه از فیلمسازان در عین توجه به ملزومات اجتماعی نهفته در زندگی و مشکلات فردی و جمعی جانبازان، وظیفه اصلی خود را به عنوان یک سینماگر دارای سبک و اندیشه نیز فراموش نکرده‌اند و همین نکته میزان تاثیرگذاری اجتماعی آثار سینمایی آنان را به شکل کاملا مشخصی افزایش داده است. به عنوان مثال چهره‌ای که حاتمی‌کیا از شخصیت سعید - به عنوان یک جانباز شیمیایی شده و نابینا - در فیلم از کرخه تا راین ارایه می‌دهد به قدری با ویژگیهای رفتاری یک انسان کامل مشابهت دارد که مخاطب فیلم در یک همذات پنداری از پیش اندیشیده شده زندگی او را تا واپسین دم حیات وی دنبال می‌کند. نکته جالب توجه این است که حاتمی‌کیا در تشریح این ویژگیهای شخصیتی گاه از جنبه‌های ملودراماتیک سینما بهره جسته و گاه با تاکید بر ایجاز و اختصار، صورتی بسیار سینمایی به سیر وقایع پیش آمده در جریان مداوای این شخصیت در خارج از کشور بخشیده است. همین نگاه هنرمندانه را حاتمی‌کیا در فیلم آژانس شیشه‌ای به سوی شخصیتی به نام عباسی معطوف داشته است که بنابر ملاحظات داستان و فیلمنامه خود را به نوعی در برابر اقشار متنوعی از جامعه می‌بیند و از آنجا با هدفی خاص خود را در یک پروسه تاریخی قرار داده و نقاط مختلف نهفته در همان محدوده تاریخی باعث مجروح شدن وی گردیده است، از این رویارویی تحمیلی و ناخواسته مقابل دیگر لایه‌های جامعه گریزان می‌شود و علیرغم همه تلاشهایی که از سوی حاج کاظم - فرمانده نظامی وی در دوران جنگ - برای اعزام وی به خارج از کشور برای مداوا و زنده ماندن صورت می‌گیرد، چون از اساس به دنبال همان هدف خاص بوده است، تمایلی به رفتن را در خود احساس نمی‌کند و سرانجام نیز جان بر سر همان چیزی می‌گذارد که از پایه اصلا بر همان مبناء حرکت می‌کرده است. نکته جالب توجه در این فیلم آن است که شخصیت عباس (با آن بازی ماندگار حبیب رضایی در نقش یک جانباز روستایی) هیچگونه اشاره شعاع گونه‌ای به همان هدفی که در جهت رسیدن به آن به کسوت جانبازان در آمده، نمی‌کند و همین ایجاز ارزشهای نهفته در بطن فیلم را عمق بسیار شایسته‌ای بخشیده است.

دور از اجتماع خشمگین

در مقایسه با نگرش سینمایی فیلمسازانی چون ابراهیم حاتمی‌کیا نمونه مقابل - و شاید ناخوشایند - این نگاه سینمایی به زندگی جانبازان را، شاید بتوان در دو فیلم متقدم و متاخر محسن مخملباف مشاهده کرد. فیلمسازی که بنابر دلایلی که بحث پیرامون آنها از حوصله موضوع حاضر خارج است از جمله سینماگران متفاوت و دارای اندیشه سینمای پس از انقلاب اسلامی به شمار می‌رود و بسیاری از ساخته‌های او - در دوران مختلف فیلمسازی اش -



واکنشهای متفاوتی را میان اقشار مختلف جامعه و به ویژه دوستداران جدی و پیگیر سینمای معاصر ایران برانگیخته است. مخملباف در کارنامه سینمایی خود و فیلم مشخص به نامهای شبهای زاینده رود و عروسی خوبان دارد که در آنها با گزینش مضامین گرفته شده از زندگی جانبازان تلاش کرده تا دیدگاههای خود را در این مبحث را در قالب تصویر به مخاطبان گسترده سینمای خود عرض نماید. نکته تاسف‌آور ما این است که کارگردانی با ویژگیهای فیلمسازی محسن مخملباف هم در شبهای زاینده رود و هم در عروسی خوبان چنان چهره‌ای از جانبازان تصویر نموده که به شدت پس زننده است و هیچگونه دافعه‌ای را میان مخاطبان هر دو فیلم بوجود نمی‌آورد.

به عنوان مثال در فیلم شبهای زاینده رود شخصیت استاد دانشگاه - که از جانبازان - روزهای به ثمر نشستن انقلاب اسلامی به شمار می‌رود - چنان در پیلای خود ساخته و دور از جامعه به سر می‌برد که حتی توانایی برقراری ارتباط با شاگردان خود را نیز ندارد و در چهره یک انسان کاملاً منفعل، منزوی و گوشه‌گیر داشته‌های ذهنی خود را بیرون می‌ریزد و طبیعی است که تماشاگر فیلم نیز هیچگونه توانایی ارتباطی عمیق و قابل درک را با این شخصیت در خود احساس نمی‌کند.

نقطه برجسته این دوری گزینی جانبازان از جامعه را می‌توان در دیگر ساخته محسن مخملباف، عروسی خوبان مشاهده کرد. شخصیت اصلی این فیلم جانباز موج گرفته‌ای به نام حاجی است که پس از ترخیص از بیمارستان و حضور در جامعه با همه چیز دچار تعارضی آشکار می‌شود. تعارضی که سرانجام او را به گریز از جامعه و ایدئولوژیسم حاکم بر اندیشه‌های فیلمساز را - به عنوان مولف اثر - به اوج می‌رساند.

این ویژگی به صورتی عام و اجتماعی در آثاری چون نغمه - ساخته ابوالقاسم طالبی - و دیوانه‌ای از قفس پرید - به کارگردانی احمد رضا معتمدی - نیز قابل لمس می‌باشد. به صورتی که البته سازندگان هر دو فیلم یاد شده، شخصیت‌های جانباز مورد نظر خود را در حالی به تصویر کشیده‌اند که چون لکه‌هایی چسبیده بر زمینه‌ای سفیدرنگ، دارای تضادی مشخص و آشکار با محیط پیرامون خود می‌باشند اما برخلاف ساخته‌های مورد اشاره قرار گرفته محسن مخملباف که تضاد آنها با دیگران به یک رویارویی ناگزیر میان جانبازان و جامعه منجر گردیده است، آدمهایی که در فیلمهای نغمه و دیوانه‌ای از قفس پرید به تصویر کشیده شده‌اند سرانجام در مهربانی‌ها ابراز همدردیهای اطرافیان خود به نوعی آرامش درونی دست پیدا می‌کنند که در شرایط کنونی شاید بیش از هر چیز دیگری به عنوان یک نیاز اساسی ضرورت بودن آن در روابط خانوادگی و اجتماعی جانبازان احساس می‌گردد.

و البته این همه آن تصویری نیست که در سینمای معاصر ایران از عنصر غیر قابل کتمان و در عین حال ارزشمندی به نام جانباز در کلیتی فردی و خانوادگی قابل مشاهده است. عنصری که هرگونه تشریح خصوصیات شخصیتی او در رسیدن به جایگاهی که اکنون در اختیار دارد، شاید به نوعی شعار زدگی شباهت پیدا نماید؛ اما واقعیت این است که کتمان آن نیز نادیده گرفتن وجوه رفتاری انسانها و ویژگیهای شخصیتی کسانی است که در پروسه تکاملی فردی خویش جلوه‌هایی مشخص از رحمانیت خداوندی را در زمین خاکی عیان ساخته‌اند. رحمانیتی که البته - و با ابراز تاسفی دریغ آلود- جای آن با محوریت زندگی و شخصیت جانبازان حوزه کوچکی را در سینمای ایران به خود اختصاص داده و فراخنای زمین آن این قابلیت را داشت که در اندازه‌هایی به مراتب وسیع‌تر از آنچه اکنون جلوه‌گر شده، خود را نمایان سازد.

### نتیجه‌گیری:

فیلمسازان حرفه‌ای فعال در عرصه سینمای ایران در توجهی مضمون‌گرایانه به زندگی شخصی و خانوادگی جانبازان اگرچه به لحاظ آمار و ارقام، کمیت قابل ملاحظه‌ای را در کارنامه خود ذخیره نساخته‌اند، اما با همان ساخته‌های انگشت شمار خویش نیز بر دو نکته بسیار اساسی در این مبحث مهر تایید گذارده‌اند. نکته نخست به همان جادوی قدیمی سینما در تاثیر گذاری - در وجه عام آن - با ز می‌گردد که در توجه به مضامین متنوع اجتماعی، این قابلیت قابل تحسین را نیز در خود نهفته دارد که با تمرکز بر آسیب‌شناسی جانبازان و خانواده‌های آنان (و همه آن مشکلاتی که ممکن است در میان این لایه از جامعه قابل مشاهده باشد) به طرح هنرمندانه دشواریهایی بپردازد که بهر حال زندگی فردی و اجتماعی این طیف را در حیطه خود در آورده‌اند. نکته دوم به ضرورت انجام پژوهشهای بایسته در حوزه‌های مرتبط با فیلمنامه‌نویسی برای سینمای حرفه‌ای ایران بر می‌گردد که از طریق آن شناخت دقیق و اصولی شخصیت، باور، مولفه‌های ذهنی و عملی و در یک کلام زندگی انسانهای جانباز میسر می‌شود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که کانون فیلمنامه نویسان خانه سینما - به عنوان متولی رسمی و اجرایی این حوزه از سینمای حرفه‌ای - با تشکیل تیمهای تحقیقاتی سامان یافته - و در عین حال آکادمیک - به این پژوهشها ببخشد و ماحصل کار را به عنوان پیش نیازهای ضروری جهت نگاشتن فیلمنامه‌های برآمده از دل واقعیات اجتماعی - با محوریت زندگی و شخصیت جانبازان - در اختیار فیلمنامه نویسان و فیلمسازان قرار دهد. در برآیند خوشایند چنین رویکردی می‌توان انتظار داشت که سینمای ایران هم به لحاظ توجه به زندگی جانبازان به داشته‌های کمی خود اضافه نماید و هم سطح کیفی آثار کیفی شده در این محدوده، به مرزهای ضروری فیلمهای ماندگار و ارزشمند تاریخ سینما نزدیکتر شود.

**منابع و مأخذ:**

عباس بهارلو (غلام حیدری)، فیلمساخت ایران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی، چاپ اول، بهار ۱۳۸۰

دوره ماهنامه سینمایی فیلم، ۱۳۸۲ - ۱۳۶۴

امیر اسماعیلی، تاریخ سینمای ایران: از تولد تا بلوغ، نشر گستره، چاپ اول، ۱۳۸۰  
فیلمنامه اقتباسی (تبدیل داستان و واقعیت به فیلمنامه)، نوشته: لیندا سیگر، ترجمه: عباس اکبری، نقش و نگار، چاپ اول، ۱۳۸۰

دوره ماهنامه دنیای تصویر ۱۳۸۲ - ۱۳۷۲

نوشتن فیلمنامه، نوشته: میشل شیون، ترجمه: ماندا بنی‌اعتماد، کانون فرهنگی - هنری اینتارگران، چاپ اول، ۱۳۷۶

## جایگاه قانونی دفتر حمایت حقوقی و قضایی ایثارگران (جانبازان)

### در حقوق ایران

ایمانی . محمد رضا

#### چکیده

در این مقاله سعی شده است که ایثارگران و بالاخص جانبازان عزیز و گرامی بطور اجمال و مختصر با فعالیتهای دفتر حمایت حقوقی و قضایی ایثارگران و جایگاه قانونی آن آشنا شده و جهت پیشگیری از بروز بسیاری از اختلافات و دعاوی در جامعه اعم از دعاوی خانوادگی و مالی و جزائی از راهنمایی و مشاوره قضائی کارشناسان دفاتر بهره‌مند گردند. این مقاله در چهار فصل مجزا در خصوص هدف تشکیل دفاتر حمایت، قوانین مربوطه، وظایف دفاتر و افراد تحت پوشش تهیه شده و در پایان انتقادات و پیشنهادات تحت عنوان نتیجه ارائه گردیده است.

#### مقدمه

ایثار و ایثارگری در فرهنگ تمام ملل و تمدنها امری پسندیده و ممدوح است. بویژه در میان ملت و مردم ما با داشتن کاملترین دین الهی یعنی دین اسلام و پیروی از بهترین کتاب آسمانی یعنی قرآن و بالتبع آن پیروی و مشایعت با بهترین مخلوقات عالم یعنی اهل بیت عصمت و طهارت علیهم السلام واژه ایثار امری مقدس می باشد که در عصر حاضر مصداق بارز ایثارگری در هشت سال دفاع مقدس و قبل از آن در دوران نهضت منجر به پیروزی انقلاب اسلامی به منصفه ظهور و ثبوت رسیده است.

ایثارگر و جانباز واقعی کسی است که دارای شرط مهم ایثار یعنی خلوص نیت در کنار سایر شرایط باشد. فارغ از ذکر شرایط ایثارگر واقعی، آنچه مهم است قدردانی سایرین در مقابل جانفشانی ایثارگران واقعی می باشد که تاسیس دفتر حمایت حقوقی و قضایی ایثارگران در کنار سایر خدمات ارزنده به این عزیزان امری ضروری و لازم به نظر میرسد. هدف اصلی این تحقیق بررسی اعتبار قانونی دفتر حمایت و معرفی بیشتر آن از نظر عملکرد قانونی به ایثارگران و جانبازان عزیز و قضات و وکلای محترم دادگستری و محققین و دانشجویان رشته حقوق و علاقمندان می باشد.

### فصل اول: هدف از تشکیل دفتر حمایت:

با توجه به لزوم پیگیری مشکلات حقوقی و قضایی رزمندگان در پشت جبهه، طبیعی است که تشکیل دفتر حمایت در راستای سیاست کلی و توجه خاص به مسائل و مشکلات مختلف حقوقی و قضایی تمامی کسانی که به نحوی در خدمت جبهه و جنگ قرار داشته اند بوده است.

مقصود از تاسیس این دفاتر چنانچه در بند ۲ مصوبه هفتمین جلسه شورای عالی جنگ مورخ ۶۵/۷/۲۷ آمده، پیگیری و رفع مشکلات حقوقی و حمایت و راهنمایی کامل رزمندگان و خانواده محترم آنان برای استیفای حقوق آنان بوده است که اینگونه اقدامات خود تاثیر بسزایی در رفع بسیاری از مشکلات حقوقی رزمندگان و ایثارگران و جانبازان داشته و دارد. با توجه به مشکلات قضایی و پیچیدگی های امر قضا و دادرسی و عدم اطلاع اکثر افراد حتی نسبت به ساده ترین مسائل حقوقی و قضایی ضرورت تشکیل و تقویت و ادامه کار دفاتر حمایت بیش از پیش محرز و مسلم گردید.

### فصل دوم: قوانین و مقررات لازم الاجرا در خصوص دفتر حمایت:

تشکیل و تاسیس دفتر حمایت از حقوق ایثارگران و جانبازان بر اساس مصوبات شورای عالی پشتیبانی جنگ در سال ۱۳۶۵ و بویژه با توجه به مصوبات چهارمین جلسه در تاریخ ۶۵/۴/۲۲ و هفتمین جلسه در تاریخ ۶۵/۷/۲۷ و نیز بخشنامه های صادره از سوی شورای عالی قضایی سابق در اجرای مصوبات فوق الذکر بوده است. پس از پایان جنگ تحمیلی به لحاظ احساس نیاز بوجود و تداوم کار و فعالیت این دفاتر و توجیهاات فراوانی که می توان برای آن ذکر نمود دفاتر حمایت همچنان کمافی السابق به فعالیت حقوقی خود ادامه داده اند. در این راستا بخشنامه های متعددی در خصوص لزوم ادامه فعالیت و همکاری با دفاتر و نیز معتبر بودن بخشنامه های صادره قبلی توسط قوه قضاییه صادر گردید که میتوان به بخشنامه های شماره ۱۳۵۹/۶۹/م مورخ ۱۳۶۹/۹/۴ از سوی ریاست محترم وقت قوه قضاییه و شماره ۵۷۷/۷۳/م مورخ ۱۳۷۳/۳/۵ از سوی معاونت محترم اجرایی قوه قضاییه اشاره نمود. متعاقب آن و جهت رفع شبهات و ابهامات ایجاد شده به لحاظ توقف جنگ تحمیلی و برخی شرایط و مقتضیات زمانی و از طرفی ضرورت تثبیت جایگاه دفاتر و تجهیز آن و اینکه بعضی ها با این استناد که بخشنامه ناقض قانون نیست معتقد به فقدان جایگاه قانونی برای دفاتر حمایت بودند، موضوع فعالیت این دفاتر در ماده ۲۰۳ قانون مقررات استخدامی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی مصوب ۱۳۷۰ مجلس شورای اسلامی بمنظور حمایت از بسیجیان

جانبازان و ایثارگران پیش بینی گردید و جزئیات آن موکول به آئین نامه ای شد که آئین نامه مزبور در تاریخ ۱۳۷۳/۵/۱۹ به تصویب مقام معظم رهبری و فرماندهی محترم کل قوا رسید و طی ماده یک آن به تشکیل و فعالیت دفاتری تحت عنوان " دفتر حمایت حقوقی و قضایی ایثارگران " بمنظور حمایت قضایی از جانبازان و ایثارگران اشاره شده است.

با توجه به نقش ارزنده و موقعیت برجسته نیروهای بسیجی و پیرو رهنمودها و تاکیدات مقام معظم رهبری دائر بر حضور گسترده و همه جانبه بسیج در صحنه های مختلف اجتماع و نظر به وظیفه سنگین بسیج در حراست از ارزشهای انقلاب اسلامی فریضه امر به معروف و نهی از منکر و مشارکت فعال در جلوگیری از تخلفات و جرائم مشهود، مجلس شورای اسلامی ضمن تصویب قانون حمایت قضایی از بسیج در مورخ ۱۳۷۱/۱۰/۱ جایگاه قانونی ویژه ای برای بسیج بعنوان ضابط قوه قضائیه معین کرده و در ماده ۴ قانون مذکور به تشکیل دفاتر حمایت و خدمات حقوقی و قضائی بسیجیان جهت حمایت از افراد موضوع این قانون اشاره نموده است که بموجب تبصره ذیل ماده مرقوم نیز " کارشناسان حقوقی این دفتر بدون الزام به کسب پروانه وکالت از کانون وکلا ( و مرکز امور مشاوران حقوقی وکلا قوه قضائیه ) می توانند در کلیه مراحل دادرسی از طرف افراد مذکور بعنوان وکیل اقدام کنند " آئین نامه اجرایی قانون یاد شده نیز مستقلا در تاریخ ۱۳۷۲/۳/۳۰ به تصویب فرماندهی معظم کل قوا رسیده است.

#### فصل سوم: وظایف و اقدامات دفتر حمایت:

تمامی وظایف قانونی این دفتر در ماده ۳ از آئین نامه اجرایی موضوع ماده ۲۰۳ قانون مارالذکر جمع و گردآوری شده است که عبارت است از :

- ۲۰- ارائه مشاوره حقوقی
- ۲۰- قبول وکالت در پیگیری دعاوی و شکایات مطروحه از طرف آنان
- ۲۰- ارشاد قضائی
- ۲۰- انجام اقدامات لازم جهت تسریع در رسیدگی به پرونده های مطروحه
- ۲۰- انجام کلیه وظایف مقرر در ماده ۴ قانون حمایت قضائی از بسیج در مورد افراد موضوع آن قانون
- ۲۰- کمک به مراجع قضائی در تشخیص افسار افراد معسر موضوع این آئین نامه از قبیل ارائه مدارک حقوق و اسناد اموال و املاک آنها
- ۲۰- انجام اقدامات لازم برای استفاده افراد موضوع این آئین نامه از امتیازات و تسهیلات قانونی

### فصل چهارم: افراد تحت پوشش دفتر حمایت:

در ابتدای تشکیل دفتر تمامی کسانی که به نوعی در خدمت دفاع مقدس بوده یا از آن متأثر شده بودند، تحت پوشش دفتر حمایت قرار داشتند.

مطابق مصوبات شورایی پشتیبانی جنگ و بخشنامه های صادره از سوی شورایی قضائی سابق و نیز ابلاغیه های اولیه ستاد فرماندهی کل قوا، کلیه رزمندگان جانبازان و ایثارگران و خانواده های آنان تحت پوشش دفتر حمایت بودند.

در حال حاضر با توجه به ماده ۲ آئین نامه اجرائی موضوع ماده ۲۰۳ قانون استخدامی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و با در نظر گرفتن ماده ۴ قانون حمایت قضائی از بسیج مصوب مورخ ۱۳۷۱/۱۰/۱۱ افراد تحت پوشش دفتر حمایت که می توانند از حمایت های حقوقی و قضائی و نیز خدمات مشاوره ای بهرمنند گردند عبارتند از:

۲- جانبازان حداقل ۲۵٪ از کارافتاده به بالا

۲- آزادگان

۲- خانواده اسرا و گروگانهای بسیج و سپاه شامل: پدر و مادر و همسر و فرزندان

۲- رزمندگان داوطلب بشرط داشتن حداقل ۳ ماه سابقه خدمت متوالی و یا ۶ ماه خدمت متناوب در جبهه

۲- کلیه بسیجیان در عضویت های فعال و ویژه بشرط داشتن حداقل ۶ ماه سابقه عضویت در بسیج و استمرار آن تاکنون

۲- افرادی که بعنوان ضابطین قضائی دارای مجوز از سپاه و رده مقاومت بسیج هستند.

**نتیجه:**

با توجه به مطالب مورد اشاره در فصول گذشته و با بررسی قوانین موجود به این نتیجه می‌رسیم که آئین نامه اجرایی ماده ۲۰۳ قانون استخدامی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی علاوه بر امتیازات فراوانی که دارد؛ دارای نواقص و معایبی است که در مدت خدمت نگارنده در دفتر حمایت حقوقی و قضائی ایثارگران بعنوان کارشناس حقوق دفتر و وکیل معاضدتی جانبازان و ایثارگران عزیز به آن دست یافتیم.

به موارد ذیل بعنوان معایب قانونی می‌توان اشاره نمود:

۱- اعمال محدودیت قانونی در مورد جانبازان ۲۵٪ به پایین و رزمندگان زیر ۳ ماه حضور

داوطلبانه در جبهه که توجیه قانونی در این مورد وجود ندارد.

۱- کمبود شدید نیروهای کارشناس حقوقی در دفاتر که این خود نیز ناشی از نقص

قانونی و مدیریت ناکارآمد می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در اصلاح آیین نامه اجرایی

یک ماده به شرح ذیل اضافه گردد:

”ماده ۱۴ مکرر - نیروهای کارشناس حقوقی دفاتر از میان کارشناسان رسمی و

وظیفه با تحصیلات حداقل لیسانس حقوق قضایی و داشتن سابقه عضویت فعال در بسیج

انتخاب میگردند. سازمان نظام وظیفه و نیروی مقاومت بسیج کشوری مکلف است مشمولین

وظیفه با تحصیلات حداقل لیسانس حقوق را در صورت اعلام نیاز دفاتر حمایت در آن دفاتر بکار

گمارند.”

تصویب ماده فوق هیچگونه بار مالی نداشته و استفاده مفید از نیروی جوان،

تحصیلکرده، آماده به خدمت و در اختیار نظام بوده که خود این عزیزان نیز علاقه وافری به

خدمت و کسب تجربه بیشتر در این دفاتر دارند که متأسفانه بدلیل مدیریت ناکارآمد، اکثریت

قریب به اتفاق این عزیزان در کار غیر تخصصی خود فعالیت دارند.



## تأثیر آموزش بر خانواده جانبازان

حیدریان، فریده، لطفی زاده، مسعود

### مقدمه

سلامت و بیماری هیچیک دائمی، مطلق و با ثبات نیستند بلکه هر دو حالاتی متغیر می باشند، هدف اساسی در مراقبتهای تندرستی را می توان رهایی از ناتوانی و ارتقاء وضع سلامتی و رفاه تا حدی که فرد قادر به انجام فعالیتهای جسمی، روانی و اجتماعی در حد مناسب با شرایط متفاوت افراد باشد دانست که در این راستا آموزش می تواند نقش بسزایی داشته باشد و کیفیت سلامت و بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. همچنان که سلامتی جنبه مثبتی را بخاطر می آورد واژه بیماری و معلولیت (جانباز در این مقاله) به عکس حالت منفی بخود می گیرد و این تصور علیرغم اختیاری بودن حضور در شرایط جنگ و استقبال از پیامدها مخاطرات احتمالی آن قبال آشکار نیست. بر همین اساس است که ما بیشتر به این امر گرایش داریم که فرد جانباز را در قالب (فرد دارای مشکل سلامتی) مورد بحث قرار دهیم تا آنکه او را از دید بیمار یا معلول بررسی نمائیم. بعبارت دیگر می توانیم مشکلات بوجود آمده برای یک جانباز را نوعی تنش تعبیر کنیم چرا که واژه تنش به هر عاملی اطلاق می شود که تعادل ارگانیسم را برهم زند یا دچار اختلال کند. شرایط جانباز را می توان نوعی تنیدگی یا تنش ناشی از محرومیت یا فقدان یک یا چند عضو توصیف کرد چرا که در اثر مشکلات داوطلبانه در عرصه خاصی که باورهای اجتماعی - مذهبی، سیاسی و... آنرا تقویت می کرده است و موقعیت جدید بوجود آمده است. آنچه برای یک فرد اتفاق افتاده و منجر به تغییر در وضعیت عادی او گردیده است و براین اساس فرد را در شرایط جدید قرار داده و اصطلاح "جانباز" را بخود اختصاص داده فرآیندی پرفراز و نشیب است که از ابتدا مستلزم آموزش می باشد.

فردی که در لباس مقدس سربازی، بسیجی و... به دفاع از میهن اسلامی خویش می پردازد قبل از هر چیز نیازمند اطلاع و آگاهی از احتمالات و مخاطراتی است که هر لحظه او را تهدید می کند، بطور قطع همه کسانی که روزی این مسئولیت شریف و سنگین را پذیرفتند می دانستند که کجا می روند و چه مسئولیتی به عهده گرفته اند و عواقب آن نیز چه می تواند باشد. محدوده تنشی ناشی از شرایط جدید (یعنی جانبازی) نیز بشدت متأثر از آموزشهایی

است که قبل از اعزام افراد به جبهه ها و نیز در خلال حضور در عرصه های نبرد به آنها ارائه شده است، از خاطر نبریم که این آموزش نمی تواند در هیچ مرحله ای مشتمل بر خانواده نگردد چرا که حمایت از نیروهای رزمنده در طول سالهای جنگ که از سوی خانواده ها صورت می گرفت بهترین و کار آمدترین ابزار تقویت روحی - روانی در کنار اعتقادات خاص مذهبی و اینکه این تلاش و ایثار در راستای "حق" می باشد بود و این امر در هیچ شرایطی انکار نمی باشد.

### روش مطالعه

مقاله حاضر از نوع مطالعات مروری (Review study) است که با استفاده از منابع مختلف کتابخانه ای، مجلات گردآوری شده و بحث نقش آموزش بر خانواده جانبازان و نیز خود آنان را مورد بررسی قرار می دهد.

### بحث و نتیجه گیری

آموزش مقوله ای است که در نگاه اول ساده به نظر می رسد اما موفقیت در این امر مستلزم رعایت شرایط خاص و بکارگیری تدابیر حرفه ای می باشد. آموزش موفق در صورتی رخ می دهد که "به تغییر رفتار" منتهی شود و بدین منظور آموزش باید ساده، عملی و مستقیم باشد، موفقیت در آموزش بستگی به انجام "بهترین کار ممکن" ندارد، بلکه بستگی به "برنامه ریزی دقیق" برای تمام کارهای لازم دارد و از سوی دیگر این موفقیت و میزان آن مربوط به قابلیت اطمینان، صمیمیت، صبر و بردباری، تداوم و پیگیری می باشد. که آموزش دهنده بایستی این ویژگیها را بنحوی دارا باشد.

امروزه پس از گذشت چندین سال از جنگ تحمیلی بسیاری از یادگاری های ارزنده هشت سال دفاع مقدس به دلیل جراحات مختلف ناشی از مواد شیمیایی، ترکشهای مختلف و... به عنوان جانباز در جامعه زندگی می کنند که به دلیل آسیبها جراحات وارده و تنش بروز کرده ناشی از محرومیت عضوی یا تنش روانی، در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی نیازمند توجه و رسیدگی هستند به عبارت علمی این افراد در گروه "آسیب پذیر" جامعه دسته بندی می شوند و خانواده آنان باید بدانند که چگونه با آنان رفتار کنند که متأسفانه شاید نکته ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته نیز همین امر باشد. دسته بندی نیازهای آموزشی جانبازان امکان بررسی دقیق تر این پدیده را بهتر فراهم می آورد.

براین اساس علیرغم تنوع و پیچیدگی های خاصی که در شرایط جانبازان وجود دارد، می توان نیازهای آموزشی آنان را در سه عرصه اساسی تقسیم بندی نمود:

الف: نیازهای جسمانی

ب: نیازهای روانی

ج: نیازهای اجتماعی

در بعد نیازهای جسمانی توجه به جانباز بر حسب نوع معلولیت و از کار افتادگی تعیین می شود اما نباید فراموش کنیم که جانباز به دلیل اینکه از ابتدا دارای این آسیب (معلولیت) نبوده، شرایط استفاده از اندام یا عضو آسیب دیده را باید فراگیرد و این امر مهمترین بخش آموزش برای جانبازان دارای آسیب جسمی را شامل می شود چرا که اگر در این بخش موفقیت کسب شود زمینه بروز ناهنجاریهای روحی به شکل غیرقابل تصویری بروز می کند، در همین شرایط است که کمک افراد خانواده نیز می تواند بر اساس آموزشهای ارائه شده شکل و سمت گیری صحیحی پیدا کند و حداکثر توانمندی از دست رفته را برای جانباز مجددا فراهم آورد و بازتوانی به شکل اصولی و شایسته آن صورت گیرد.

در بسیاری از موارد وجود آسیب جسمی نیز متأسفانه شرایط بازتوانی را مقدور نمی کند که در این حالت تطبیق و سازگاری موضوع آموزشی خواهد بود. در این عرصه علاوه بر آن نیاز است تا جانباز با شرایط جدید از سوی خانواده پذیرفته شود و این پذیرش از سوی خانواده با میل و رغبت صورت گیرد.

آموزش صحیح و مؤثر خانواده های جانبازان و پذیرش منطقی آنان حضور جانباز را در عرصه های اجتماعی - اقتصادی مقدور کرده و خود موجب افزایش توانمندی او می شود. اگر چه در این راستا پذیرش و آمادگی اجتماعی نیز برای واگذاری مسئولیت به جانباز گاهی مهم و تعیین کننده می باشد.

بنابراین اگر چه نباید و نمی توانیم اثر آموزش را تنها بر خانواده جانباز خلاصه کنیم اما می توانیم اثرات آموزش را بر خانواده جانبازان در موارد زیر خلاصه کنیم.

- پذیرش شرایط متفاوت جانباز (در مقایسه با شرایط قبل او)
- پذیرش مشکلات و یا معلولیت برای یک عضو خانواده
- تأمین شرایط مناسب زیستی (در ابعاد مختلف) در خانواده بر حسب نوع معلولیت
- عدم ترحم نسبت به جانباز به شکلی که احساس حقارت را باعث می شود و تخریب سلامت روانی وی را باعث شود.
- تشویق جانباز در مواردیکه موفق به انجام امور مربوط به خود یا دیگران می شود.

- تهیه برنامه مشخص به منظور تأمین شرایط روحی و تقویت آن در زمینه های زیارتی، دیدار با اعضای خانواده و فامیل، دیدار با دوستان دوران جنگ و برنامه های تفریحی و ورزشی و . . .
- باور جانباز به عنوان یک یادگار اندیشمند از دوران دفاع مقدس
- مکتوب کردن خاطرات و حماسه های مربوط به جانباز و تلاش برای نشر آنها در مجلات محلی یا کشوری
- در بعد روانی نیز آموزش مستلزم توجه به نکات خاصی می باشد که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:
  - خوب گوش کنیم و کمتر حرف بزنیم.
  - به یادگیری مهارت های مفید اهمیت دهیم تا باور بهتری نسبت به خود در جانباز ایجاد شود.
  - به جانباز کمک کنیم تا برای بهبود وضعیت خود طرحی بریزد و در اجرای آن او را راهنمایی و همراهی کنیم.
  - تشویق به پذیرش مسئولیت درمان و بهبودی خود.
  - کمک به جانباز برای کسب استقلال و رفتار مناسب.
  - توجه به نگرش درمانی و تشویق به انجام کار و پرهیز از همدردی و توجه به همدلی بجای همدردی (همدلی از هم زبانی خوش تر است).
  - واگذاری کارهای معنی دار تا آنان را برای کار یا توجه به خود آماده نمایند.
- بطور قطع برای اینکه بتوانیم در ابعاد روانی موفقیت بیشتری کسب کنیم ضرورت دارد بیش از آنکه حرف بزنیم فرصت حرف زدن و پاسخگویی را برای جانباز فراهم کنیم تا مشکلات و پیچیدگی های موجود در عرصه روانی که گاه به سختی ابراز می شود بیان گردد.
- همچنین بهتر است طوری سؤال کنیم که تا جواب نامحدود باشد در تمام این حالات باید بخوبی گوش کنیم و مهمتر از همه اینکه فراموش نکنیم که آموزش پیشتازه ای نیست، اما احتیاجات آن مرتبا در حال تغییر می باشد و موفقیت در عرصه تأمین سلامت روانی بطور قطع بایستی فراتر از یک مصاحبه و سؤال و جواب ساده باشد تا بتواند عرصه ها و تنگناهای روانی را بخوبی باز کند چرا که حل مشکلات روانی بدون باز شدن و روشن بودن آن مقذور نیست.
- در عرصه اجتماعی نیز بایستی تأکید کرد که شرایط اجتماعی پیرامون جانباز بایستی زمینه مشارکت در هر گونه فعالیت ممکن و مقذور برای جانبازان را فراهم کند تا از این دریچه

عرصه گسترده برای فعالیت اجتماعی و عدم ایجاد احساس منفی نسبت به خود را بدنبال داشته باشد. این امر به همراه خود می تواند توانمندیهای جدید و کارآمدتری را برای جانباز به همراه داشته باشد.

لازم به ذکر است که آموزش به جانبازان و خانواده های آنان در صورتی موفقیت بهتری را به همراه خواهد داشت که در صورت امکان اولاً:

- آموزش چهره به چهره باشد.
- از شیوه های آموزشی گروهی مناسب بویژه **Workshop** بیشتر استفاده شود.
- شیوه های بحث گروهی و انتقال تجربیات به شهرستانها بهتر می تواند پاسخگو باشد.
- و بالاخره اینکه در تمامی مراحل آموزشی با تأکید بر استفاده از برنامه مدول و سنجیده بایستی ارزشیابی مرحله ای و در خاتمه نیز به منظور تدوین برنامه بهتر از ارزشیابی.

#### منابع

- ۰. برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار - جودیت گراف، جان الدر و الیزابت میلر. مترجمین: دکتر محمد پوراسلامی و همکاران.
- ۰. رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت (تنوری - پژوهشی و عملکردی). کارن گلارز. فرانسیس مارکوس لویش باربارا رایمر. ترجمه دکتر فروغ شفیعی.
- ۰. اصول مراقبت از بیمار. گروه مترجمین وزارت بهداشت.
- ۰. آموزش بهداشت. راما چاندران. ترجمه دکتر فروغ شفیعی.

## **The Relation between Religious attitude and Father-Child Relationship with Social Adaptation among the Wounded War Children's and non-wounded war children**

**Khodayarifard . Mohammad**

### **Abstract:**

One of the consequences of war is the wounded that are afflicted with physical, affective-emotional, behavioral and psychic hurt.

These hurts lead to create behavioral and psychotic problems for the war wounded and his family. One of these problems is vulnerability of their children, especially adolescents who is developing from adolescence into youth. Living at a disturb home for these Iranian off springs could create irretrievable hurts. Thus, in order to compile educational programs, it is important to investigate and to recognize factors that are associated with social adjustment of these offspring.

**Objective:** The main purpose of this study is to investigate relation between religious attitude and father-child relationship with social adjustment of the wounded war and non-wounded war off springs in Tehran.

**Method:** The current study is ex-post facto research. The statistical population included boys and girls students of the wounded and non-wounded war families that are studying in Tehran high schools (grade 1-3). The sample group involved 480 students (240-240). The measurement tool of this study were following questionnaire: father-child relationship, social adaptation of CPI and religious attitude.

**Results:** Results indicated that there is a positive and significant relation between religious attitude and father-child relationship. The religious attitude of boy students of the wounded war was stronger than the other group, but hasn't seen this relation among girls students in two groups. The investigating social adjustment of two groups has showed the father-child relationship and student's religious attitude play an important role in social adjustment.

**Key words:** religious attitude, father-child relationship, the wounded war.

## **Assessment of psychological factors related to singleness of female veterans**

**Mohammad . Saeed**

### **Abstract :**

The goal of this study was assessment of factors related to marriage motivation (MM) in female veterans . The results showed : there is a positive correlation between self esteem and MM and the women with a high motivation have high self esteem . There was a positive correlation between social skills , assertiveness and MM Too . But there was no relation between MM and social support .

The negative body image and MM had a negative Correlation , it means that women with a high MM have low negative body image .

There were no relation between age, education , SES<sup>1</sup> , percent of disability and MM .

---

1 – Social economic status .

---

---

**Assessment of factors related with social adjustment in veterans children .****Mohammad . Saeed****Abstract :**

The goal of this study was : assessment of relation between social adjustment (SA) as a dependent variable and self esteem , quality of family interaction (FAD ) , religious beliefs , coping skills and quality of parent - child interaction (QOPCI ) as independent variables . The result showed self esteem , FAD , religious beliefs , coping skills and QOPCI had positive correlation with SA . but relation between SA and emotional disturbance was negative. for determining the rate of correlation between variables we used multiple regression method (stepwise ) and the result showed self esteem has the highest predictive value for SA .



---

---

## **A Study on Mental Health Situation of War Wounded's Adolescents in 22 Provinces of Iran**

**Hamid. Farideh**

The main aim of current study as survey search was to investigate the differences of mental health situation of war wounded's adolescents in 22 provinces . The sample consisted of 1146 subjects including 464 girls and 682 boys that invited for passing their free times at Imam Khomeini camp in summer (2003) . They selected by accessible sampling . Participants completed the short form of General Health Questions (GHQ-28).Data was analyzed using sample means , standard error of the means , percentage , and T test for comparing independent samples.Results showed that ;1)There was no significant differences between the means of mental health of boys and girls in eight provinces that were studied . 2)The best situation of mental health belonged to Isfahan ,Kordestan,Khozestan ; and the worst situation belonged to Sistan & Baluchestan, and Qom. 3)There was a significant difference between the means of mental health of war wounded's adolescents with higher and lower 50% impaired , and the first group had better results in the test .4) Depression among other sub-scales was higher (2.44%) ,and 22.51 percents of the whole sample had problem in their mental health situation .

## **Diablility and doing the role of father hood**

**Amdadi. Abbas**

### **Abstract:**

The this study is done with two general purposes that are : studying of awaring of disable man as father role in the family and how he can done his role as father in the family according to the personal (physical , mental and social) limitations. The subjects are 36 families.

This study is accidentally done in 6 regions in the city. The subjects are 36 disable men that afford the family. These subjects are divided in to of groups , till the subjects can be generalized to all.

The means of this study were questionars.

The extent of awareness of disable men to their role as father of the family and doing this role in different stages such as education childern, being a pattern for them, searching of their own capabilities, providing security for family and preparing them for receiving the best ethic behaviours and providing a necessary environment for educaltion were studied .

The results of the study were shown that the awareness of disable men were were not complete but this awareness

Is associated with two factors : culture and Education . ( $P < 0.00001$ ) .

So , the percent of father s role in the family will promote with higher education and it shows a meaningful difference. ( $p < 0.0005$ )

The percent of disability and place of injure are effect cases in quality and quantity of fathers roles in the family.

---

---

## Assessment of psychiatric health and personal characteristics of veteran's children

**Shokofe. Radfar, Hamid. Haghanie, Mariam. Falahati**

**Abstract:**

This research is done to assess the stability of personality and the affect of some demographic characteristics on it in the 15-18 years-old Veteran,s offspring . this is a descriptive study.The evaluate group includes of all 15-18 year-old Veteran,s offspring taking part in a camp in summer of the year 1381. 4281 adolescent has responded completely to the questionnaire of personal characteristic & Eysenck personality Inventory (EPI). finding has been analysed using statistical tests & spss-10 software.

our finding show: stability of personality dose not have relationship with the assessed factors except for .the level of father,s education and the province of residence of veteran,s offspring the strong relationship between (Extraversion- introversion) and (Neuroticism) show the Correlation between intraversion and Neuroticism. Distribution of both of these factors differs from normal distribution. The evaluate group has go to extraversion & Neuroticism more commonly.

**Keyword:** stability of personality, Adolescents aged 15-18 years. Eysenck personality Inventory.

---

---

## MOTHERS' PSYCHOLOGICAL PROBLEMS FOLLOWING THE INCIDENCE OF DISASTER AFFECTING THEIR CHILDREN

Mirzamani. Mahmoud \*

Abstract:

This study investigated the psychological adjustment of parents whose adolescent children had been involved in a disaster. Thirty-seven women whose adolescent children survived the "Jupiter" sinking in 1988 were studied. Comparison groups were: widows (N=18), and women who had suffered no major negative life-event (N=15). Measures includes the schedule for affective disorders and schizophrenia lifetime version (SADS-L) and various questionnaires. On measures of psychopathology, women whose children had been involved in the disaster presented with more symptomatology and adjustment problems than the women who had suffered no major negative life event but less than widows. This was greater in the subgroup of women whose children had developed post-traumatic stress disorder following the disaster than women whose children had not developed post-traumatic stress disorder following the disaster.

Key words: PTSD, disaster, parents, SADS, life event.

## **EVALUATION OF STRESS AND PERSONALITY TRAITS AMONG THE WAR – HANDICAPPED AND THEIR FIRST SONS**

**Refahi. Zhaleh**

Abstract:

In the following research , evaluation of stress and personality traits among the war – handicapped and their first sons have been studied . Two hundreds war – handicapped and their first boys who have been randomly selected from shiraz .

Two questionnaires have been conducted on the subjects which included : 1 ) Stressor Factors Determination Inventory , 2 ) Eyzenck Personality Inventory ( EPI ) .

Findings showed that war – handicapped and their family influenced serve stress and majority influenced stress due of war indirectly . Almost of their sons influenced of stress that threat fathers existential health directly . Therewith war – handicapped and their sons showed personality traits i.e, affectiv imbalance , complaint of panic , suspicion , pleasureless , loss of hedonism , feeling of pity and sympathy .

## **Comparing between psychological health of veterans' wives and ordinaries' wives who had referred to Imam Hosein Hospital and Sadr Hospital**

**Dejkam. Mahmood, Aminoroaya. Azita**

### **Abstract:**

It is quite obvious that mental disorder and the stress Caused by war and the husbands being away from the family have as impact on the other members of the family. This is an attempt to compare the psychological health of the wives of the veterans suffering from mental disorder with those non veterans patient suffering from the same problem. 32 wives of the former referring to Sadr hospital and 32 wives of the latter group referring to Emam hossein hospital were selected through a sampling method . They were all tested through a general health questionnaire GHQ-28 , testing four features : somatic symptoms , anxiety , social function and depression . Later on a demographic questionnaire was also used to gather information . The results of data analyses showed that there is no significant difference between the two group as far as somatic symptoms , depression and socialfunction are concerned but as far as anxiety is concerned a significant difference showed up. In other word the wives of veterans suffering from mental disorder were more anxious than the wives of non veterans patients suffering from mental disorders.

## **The study of the role of mental health education to the offspring of seventy percent Physically fathers in Mashhad.**

**Rahmani. Amin**

The summary of the research.

Education of mental health is necessary for the people from all walks of life especially when the family exposed to certain mental damages . we should remove these traum through the educating of mental health in order to prevent from disorders of psychological candaitions . we , as teachers, understand this problem deeper , when we deal with such students . to prevent from these psychological disorders , we must develop their health and logic thoughts. in the research , forty seven students from guidanaschad.

of Mashhad , were studid . this study lasted for 3 years. At frist , the subjects were given CDS test. Then , we discussed with the subjects on the principles of mental health and logic thoughts. These discussions were mainly based on our rich culture and they were held half an hour a week . At the end of the school year. The subjects were given the same CDS test again.

Having collected the datas , we analyzed them thus meaningful differents at psychological dimensians were observed.

In other words , the educating of mental health caused positive psychological condition on the subjects.

This education was so useful that it caused good adaptability of subjects with their schools, family and self.

These changes can introduce the offspring of the handicapped as a good model to their peers. These adaptabilites as values can be transmited in offspring of the handicapped can be considered as a good model to the subject's peers.

## **THE ROLE OF SOCIAL WORK PROFESSION IN SUPPORTING SELF-SACRIFICEION AND THEIR FAMILIES**

**GHOJAVAND . KAZEM**

### **Abstract:**

The social work is a profession based on knowledge, cognize, skills, ptitude and art that use of techniques applide to helping people to solve problems.

Practice with self- sacrificeion is a major component of social work in health care.

.Social work is a scientific professional subject that helps self-sacrificeion and their families use

self resource and community resource to resolve their problems.

The social workers use various roles in their action such as –1research role 2- counselor role 3- educator 4-planing role -supporting role 6-rehabilitation role– 5-

The purpose of social work practice with self-sacrificeion is to prevent or cure the breakdown of a healthy relationship between an individual and their families or associates or system .It helps to identify and resolve problems in their relationships in life .This article looked for :

Describe and definition social work practice / determine the purpose in social work with self –sacrificeion and describe the major roles with their families.

**Key Word:** Self-sacrificeion/ Social Work/ Family



## **The Effect of Social advising on Veteran's family**

**Mehdi Araghy. Maryam**

War has always been a serious subject and distorted public health in a society. No factors can cause so much stress and tension as war does. And one of its consequences is to cause physical and mental traumas for the people of the society. Any individual lives in a base called family. This affects the family a lot. The more the level of social health of the society is higher, the more positive the relations of its members will be. A question comes up here that if there is a disabled member\_who is the bread winner and in charge of the family\_, can it influence on other members of that family specially his wife and children?

One of the conditions which can put people under an increasing pressure is the time through which one of the members has got a kind of disorder or disease. In this case not only the afflicted person undergoes anguish and suffering, but also the other members of that family face a crisis differently.

The Janbaz's ( a person who voluntarily takes part in war to defend his religious and national aims and is injured permanently ) mental conflicts start since he participates in war until the last moment of his life. The results of these observations show that almost all of the injured Janbaz people still suffer from psychological disorders though many years have passed since the early crisis. Conveying these unsettled crises to their children and its continuation to next generations can be a warning on a great danger.

Offering advisory services to these Janbaz people can prepare them and their family to confront with different crises. It is the advisor's responsibility to help them to try to create a balance between the existing stress and adaptability mechanism. Holding advisory sessions for the afflicted people so that they can express their emotions and feelings, arranging proper conditions to train their families so as to accept their patients and also attracting their family members' collaborations are proper useful activities.

Holding therapeutic advisory sessions for the people and their families is very important . These family confront difficulties to do their basical duties while having a disabled member who can not perform his duties . The members of these families and specially the disabled have a weak view of themselves.

Thus the advisor should try to encourage the members of these familese to have correct behaviors towrads themselves and the disabled, as well so that they can accept more responsibilities and flexibility towards the people. They can admit the authority of the disabled indirectly mentioning the motivations of the members regarding their duties towards the Janbaz can be very useful in achieving this goal.

Most of advisory activities should be related to Janbaz's family because one can improve his hurt mind and morale in a healthy family.

## **Effect of Medical Devices on Veteran's Quality of life**

**Poraghaie. Maryam**

One of the most primitive civil rights of the human beings is having the Hygienic and remedial facilities in life and on the other hand delivery Of services to the hurts of the imposed war lay on the governments. Fortunately the respected government and the health staff had a good Favor in solving the devotee's problems comparing to the past and the Improvement of this field is remarkable and noticeable, so herewith Not only the hygienic and remedial problems of the devotees have been Reduced but also most of the devotees have been equipped with some Modern instruments, machines as well as the latest medicines. It is important to mention that the mass insurance, supplementary and The store box and dispatching of the devotees to the foreign countries Have been increased and totally the medical services comparing to the Past have been multiplied and this improvement had a good effect on The devotee's personal and social lives. Fortunately, nowadays most of the medical instruments and drugs are Produced in our country and we have no problems in this field. It has been cleared in this research that most of the devotees have been Satisfied with the facilities which they have received and we hope the Authorities pay more attention to the emotional feeling of the devotees And the training of devotees in keeping and using the tools well.

In the end I thank all the health staff for their help

## **Concentrating on Training for Families of the Handicapped**

**Heydaryan. Farideh , lotfizadeh. Masoud**

A change in normal physical state of a person and his becoming a handicapped is a complex process that requires training before and after it. Adopting serious responsibility to attend at front is surely accompanied by understanding possibilities and dangers that threaten the person all the times.

Meanwhile families more than others need training.

That is why supporting the families emotionally and mentally can be the best backing to be present at front, so that soldiers will never forget their mothers' good blessing before their going to front.

Today many of eight – year Holy Defense soldiers due to their injuries live in our society as the handicapped and despite their variety and complexity of position , their basic needs can be categorized as physical , psychological and social requirements.

Taking in to consideration this point that a handicapped person once has not had any disability leads to the fact that by proper use of injured organs he can adjust with other intact people under new conditions. And this necessitates proper training that on one hand cover the handicapped person himself and his family on the other hand. It must be said undoubtedly that the most important part of training concerns with the psychological – emotional aspect .

Training dimensions can include the following steps:

- Accepting the new conditions of the handicapped person ,
- Accepting this fact that a family member may have problems or be disabled ,
- Developing appropriate living conditions in family according to the degree of disability,
- Not taking pity on the handicapped person because this causes his mental health ruin ,
- Planning to strengthen his physical and mental conditions, and
- Believing to be a valuable member of the Holy Defense on the behalf of the handicapped person.

Training in these fields is best to occur by use of workshop method of training (in specific cases face to face) , so that it develops basis of

---

---

experience exchange. This training must definitely has step by step and final evaluation , in order to bear more success in decreasing problems of the handicapped and their families' Facilitation of affairs.